LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-DOUZIÈME ANNÉE

1899

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRE-DES-ARTS, 49

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1899

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er janvier 1899.

Si l'on s'en tenait aux chiffres, le nombre des étudiants, inscrits pendant l'année scolaire 1897-1898, aurait diminué de 520, ce qui nous ferait augurer d'une ère meilleure pour l'avenir de la profession.

Il y avait en effet, en 1897, 5015 étudiants inscrits, alors qu'en 1898, nous n'en trouvons que 4495.

Mais cette différence provient de ce que les élèves n'ayant fait aucun acte à la Faculté depuis cinq ans, ont été rayés des contrôles.

Les 4284 étudiants pour le doctorat se répartissent ainsi : 3279 ont pris des inscriptions ou subi des examens :

365	1re année.
372	2e —
507	3e —
772	4e —
1263	5e —

1005 étudiants, retenus soit par le service militaire, la préparation de l'externat ou de l'internat, la maladie, les affaires de famille, n'ont fait aucun acte de scolarité :

223	1re année.
87	2e —
245	3e —
91	4e —
359	5e —

Mais ce qui prouve que le nombre réel des étudiants n'a pas diminué et que la radiation n'a porté que sur des non-valeurs, c'est la courbe toujours ascensionnelle des examens.

En 1885, la Faculté faisait subir 3856 examens.

— 1891, ils atteignaient	5468	—
— 1892 —	5910	—
— 1893 —	6803	—
— 1894 —	8340	—
— 1896 —	8955	—
— 1897 —	8971	—
— 1898 —	9429	—

On voit que la radiation des 520 étudiants, n'ayant pas fait d'acte de scolarité depuis cinq ans, n'a pas enrayé l'activité de la Faculté.

Les étudiants se répartissent ainsi : 3630 Français et 31 Françaises, 510 étrangers et 31 étrangères. Le nombre des étudiants étrangers a diminué à cause des mesures appliquées à leur égard, mais cependant la diminution n'a pas atteint la proportion que l'on attendait.

Le nombre des élèves nouveaux s'est élevé cette année à 908.

171 sont venus des Facultés des départements :

Montpellier	22
Bordeaux	50
Toulouse	23
Lyon	14
Lille (Etat)	19
Lille (libre)	35
Nancy	8

99 sont venus des écoles de plein exercice :

Nantes	46
Rennes	32
Alger	9
Marseille	12

118 sont venus des écoles préparatoires :

Dijon	10
Rouen	9
Poitiers	6
Caen	13
Clermont	22
Reims	9
Angers	8
Limoges	13
Besançon	15
Amiens	1
Tours	10
Grenoble	2

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. A. FLORAND.

Sur un cas de rage survenu après treize mois d'incubation (1).

Il m'a paru intéressant de rapporter à la Société médicale des hôpitaux un cas de rage un peu anormal, tant par la

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1342.

durée de l'incubation que par ses allures spéciales, qui l'ont fait méconnaître par le docteur Roux, auquel je l'avais adressé. L'inoculation de son bulbe, faite à l'Institut Pasteur, a, bien entendu, permis de confirmer le diagnostic porté pendant la vie.

Observation. — Le nommé Charles G..., âgé de cinquante-trois ans, garde champêtre à Montmorency, est amené, le 17 août, dans mon service, par son médecin le docteur Millet.

Le malade est atteint depuis deux jours d'*hydrophobie*. C'est un homme robuste, de bonne santé habituelle. Il a passé plusieurs années dans la garde républicaine comme sous-officier, et il s'est retiré à Montmorency, où il exerce la profession de garde champêtre. Il n'a jamais été malade, n'a aucun antécédent nerveux ou alcoolique.

Bien qu'il paraisse très inquiet, il est venu de son plein gré à l'hôpital avec le médecin et le maire du pays et c'est avec beaucoup de calme et de facilité qu'il raconte l'histoire suivante :

Il venait de faire, la veille, sa tournée habituelle dans les terres de la commune, lorsqu'il fut appelé par un de ses voisins qui lui proposa d'entrer chez lui pour se rafraîchir (On se rappelle qu'il faisait à cette époque une chaleur excessive.) G... accepte l'invitation; il prend le verre de vin blanc qui lui est offert et, dès qu'il approche le verre de ses lèvres, il est pris d'un spasme douloureux du pharynx et ne peut avaler une goutte de liquide. Très impressionné par ce phénomène, il entre chez un marchand de vin et demande un verre d'eau. Il essaye en vain de boire, le même mouvement de contraction douloureuse se reproduit. Depuis ce moment, il lui a été impossible d'avaler quoi que ce soit de liquide ou de solide, et rien que l'idée ou la vue d'un liquide quelconque lui inspire une véritable terreur.

C'est dans ces conditions qu'il nous est conduit à l'hôpital.

Je le fais placer dans une chambre isolée de la salle Grisolle et je prie les externes du service de rester tour à tour à côté de lui pour l'observer, avec un infirmier pour le surveiller.

Dans l'après-midi du 17 août, jour de son entrée, il est tranquille. On parvient à lui faire sucer un morceau de glace dissimulé par un linge. Il éprouve une hyperesthésie douloureuse des sens, surtout de la vue et de l'ouïe. Un objet brillant, la lumière, une porte ouverte brusquement, un courant d'air lui produisent une impression très pénible.

Il continue à causer facilement. Il dit qu'il n'a jamais été malade et quand on lui demande s'il a été mordu, il répond que le chien d'un de ses voisins, qu'il caressait, l'a mordu au pouce il y a douze ou quatorze mois. Cette morsure, très légère, guérit très rapidement. Le chien, qui n'était pas malade, ne l'a pas été depuis et il vit encore. Le malade n'établit d'ailleurs aucune relation de cause à effet entre cette morsure et son état actuel. Interrogé encore sur ce point, il dit avoir pris part, dans le courant de 1897, à plusieurs battues dirigées contre des chiens enragés et n'avoir jamais été mordu.

Disons tout de suite que nous avons fait une enquête très sérieuse sur cette étiologie obscure et nous avons appris qu'en juillet, le garde champêtre aurait été léché, sinon mordu à la main, par un chien enragé. Ce chien avait mordu un enfant qui a été conduit et inoculé à l'Institut Pasteur. On conseilla au garde champêtre d'en faire autant. Il s'y refusa en disant qu'il n'avait pas de plaie. L'enfant inoculé se porte bien. Depuis cette époque, juillet-août 1897, il n'y a eu aucun cas de rage dans la région.

Ce point très important étant réglé, nous revenons à l'histoire de notre malade.

La nuit du 17 au 18 août est assez calme. Cependant le malade dort peu et se promène dans sa chambre.

Dans la matinée du 18 août, M. Klein, élève du servic conduit le malade à l'Institut Pasteur. Il est examiné par docteur Roux qui conclut à l'hystérie en se basant sur l'o scurité de l'étiologie et la longueur de la période d'incub tion. Le malade est ramené à l'hôpital et reste très cal pendant toutes ces promenades assez longues.

Dans la soirée du 18, il est beaucoup plus agité. Il n'a p cessé un seul instant d'avoir la même hydrophobie. L'ag tation s'accentue dans la nuit du 18 au 19. Il se lève, se r couche, se promène dans sa chambre, est obsédé par l'id que l'on veut le forcer à prendre un bain, et cette id accentue son agitation.

Dans la matinée du 19, il est plus calme. La visite maire de la commune, de ses enfants, du médecin lui f plaisir. Il est heureux que l'on s'occupe de lui. Cependant laisse échapper quelques paroles de découragement; disa qu'il souffre horriblement, qu'il est très malheureux, qu est perdu. Il ne peut d'ailleurs toujours rien avaler. L simple vue du liquide lui donne de violents spasm pharingés, il rejette sa salive par expuition pour ne p l'avaler.

Dans la soirée du 19 août, les infirmiers, le voyant tr agité, lui proposent une partie de dames. Il accepte et commence à jouer avec tranquillité, mais vers dix heures d soir, brusquement, il est pris d'un violent accès de fureu Il bondit de sa chaise, se précipite sur le lavabo de sa chambre, arrache les tuyaux, les tord et les mord avec un telle violence que l'empreinte de ses dents reste marqu sur le plomb. Il brise les carreaux de sa chambre, cherch à se jeter par la fenêtre et est retenu par un solide grillag

A ce moment, les infirmiers parviennent à le maîtriser e à lui mettre la camisole de force.

Quand l'interne de garde arrive, le malade est immobi dans son lit, la face cyanosée, la respiration bruyante, l lèvres recouvertes d'écume sanguinolente. Tout son cor est recouvert de sueurs abondantes, ses extrémités so froides. Il ne tarde pas à tomber dans le coma et meu quelques heures après sans avoir repris connaissance.

A l'autopsie, faite trente heures après la mort, par la vi lente chaleur, les organes sont déjà très altérés et assez dif ciles à examiner. Il est facile de constater cependant qu' sont le siège d'une congestion intense.

Cette congestion est surtout marquée au niveau des po mons, qui sont littéralement gorgés de sang noir, et a niveau des centres nerveux. Les vaisseaux sont injectés. I existe de l'œdème des méninges. Les capillaires sont gorg s de sang et leur rupture sur certains points a donné na sance à des foyers apoplectiques peu étendus.

Le sang est noir, diffluent. Le bulbe et la protubéran ont été envoyés à l'Institut Pasteur. L'inoculation sous-cutanée et intra-musculaire a donné des résultats positi Les animaux sont morts enragés après trois semaines. L'i noculation intra-cérébrale n'a pas été faite, nous ne savon pourquoi.

Une aussi longue période d'incubation de la rage (trei mois) n'a été signalée à notre connaissance qu'un très pe nombre de fois. Il était intéressant de relever cette part cularité d'autant plus intéressante que vers la même époqu en juin 1898, il est entré à l'hôpital Beaujon, dans un service dont j'ai pris la direction, un malade présentant tou les phénomènes de la rage qui, arrivé à l'hôpital le soir, es mort dans le coma avant la visite du médecin. Ce malac avait été, d'après l'enquête faite, mordu un mois avant la crise qui l'a emporté. Son autopsie a été faite à la Morgu et l'inoculation de son bulbe a confirmé le diagnostic d rage porté pendant la vie.

L'obscurité de l'étiologie, la durée prolongée de l'incuba-

tion, le peu de netteté ou plutôt l'inconstance de certains symptômes ont pu tromper le docteur Roux. Nous ne pensons pas cependant que l'hystérie puisse arriver à simuler l'hydrophobie à un degré aussi accentué.

Le malade ne présentait d'ailleurs pas le moindre antécédent et il n'était pas même, ainsi que nous l'avons relaté dans l'observation, obsédé par l'idée de la rage, n'établissant aucun rapport de cause à effet entre son affection et la morsure ou le contact antérieur avec un chien enragé.

NOTE SUR UN CAS DE BACTÉRIURIE

ET SUR LA RÉSISTANCE DE LA VESSIE A L'INFECTION

Par M. le docteur Escat (de Montpellier).

J'ai trouvé, dans l'urine d'un homme de quarante-cinq ans atteint d'une simple uréthrite postérieure et de vaginalite chronique avec hydrocèle, une prodigieuse quantité de bactéries, ayant l'aspect et les réactions colorantes du coli ; à part les gros filaments du premier jet il y avait une petite quantité de leucocytes : urine louche, acide, ne donnant pas de coagulum à la chaleur, sédiment presque microbien, vraie culture. J'ai noté dans ce fait :

1° Une disproportion absolue entre le degré de la pullulation microbienne et l'importance minime des lésions et des symptômes urinaires. A ce titre, j'en ai fait un cas de bactériurie relative.

2° Le malade n'ayant jamais eu d'épididymite aiguë dans le cours de ses blennorragies, je me suis demandé si son épididymite chronique et son hydrocèle étaient dues au coli qui remplaçait les filaments du premier jet.

Je n'ai pu préciser l'origine du coli, le malade n'a jamais été sondé (rein et intestin en bon état).

3° Bien que la pullulation microbienne paraisse surtout se produire dans la vessie, cette dernière n'a pas réagi, elle tolère sans difficulté 500 grammes de liquide. Il n'y a pas de cystite.

Cette tolérance de la vessie est fréquente dans les substances antiseptiques, des irritations réactionnelles très préjudiciables au malade.

On connaît aujourd'hui combien est grande l'influence du traumatisme et de l'irritation sur la détermination de l'infection vésicale, et il vaudrait mieux laisser les genres épuiser leur virulence progressivement, que d'irriter la muqueuse vésicale, en cherchant à les détruire par des substances antiseptiques trop énergiques.

La difficulté clinique consiste donc à faire la balance entre l'action microbicide et l'action irritante de l'antiseptique.

La bactériurie, c'est-à-dire l'infection de l'urine sans lésions de la paroi vésicale, admet l'emploi des antiseptiques énergiques auxquels peut résister la muqueuse qui est indemne.

Lorsqu'à la bactériurie s'ajoutent les symptômes de cystite, il faut être plus prudent et se préoccuper moins de détruire les germes que de ne pas léser les parois vésicales.

Si l'inflammation est violente, il vaut mieux s'abstenir de toute action locale à l'exemple des anciens.

Aujourd'hui, le microscope rend au clinicien de grands services en montrant, dès le début de la maladie, la nature du germe pathogène, duquel se déduit le pronostic et qui doit commander la thérapeutique. Les notions positives qu'on possède sur un certain nombre de microbes (bacterium coli, bactérie liquéfiante, staphylocoque, streptocoque, gonocoque, bacille de Koch, etc.) nous permettent de savoir à priori quelle sera l'évolution de l'infection, et comment il faudra l'attaquer.

Les antiseptiques peuvent parvenir jusqu'à la vessie, soit par voie rénale, soit par voie directe.

Dans le premier cas, ils sont absorbés par l'estomac et rejetés par l'urine (balsamique, goudron, acide benzoïque, acide salicylique, acide borique, etc.), ces agents trouvent surtout leur application dans les cystites intensives.

Les antiseptiques de la seconde catégorie sont portés dans la vessie soit par des lavages, soit par les instillations, soit enfin par la cystotomie.

Les lavages ont l'avantage d'agir sur une plus grande surface, mais l'inconvénient d'exiger des solutions relativement faibles. Ils répondent aux cystites avec peu de réaction vésicale.

Les instillations présentent les caractères diamétralement opposés.

La profondeur des lésions de la muqueuse vésicale et la rétention urinaire font échouer les lavages et les instillations.

On doit, dans ce cas, recourir à la cystotomie qui permet de détruire les germes infectieux inclus dans les tissus par le grattage et la cautérisation. De plus, l'ouverture de la vessie fait disparaître aussitôt la rétention.

Cette méthode chirurgicale qu'on réservait jusqu'ici aux cystites tuberculeuses me paraît devoir se généraliser. Je l'ai employée avec un succès complet dans le cas de cystite blennorragique rebelle.

Les antiseptiques vésicaux peuvent être divisés : en forts (permanganate, chlorate de potasse, sublimé, bi-iodure de mercure, chlorure de zinc, sulfate de cuivre, nitrate d'argent, argentomine), et en faibles (acide borique, borate de soude, acide salicylique, acide benzoïque, résorcine, goudron, eau alcoolisée).

Le permanganate est celui qui agit le mieux sur le colibacille. Le sublimé et le bi-iodure exercent leur action, surtout sur les staphylocoques et les streptocoques. Le sulfate de cuivre donne d'excellents résultats contre le gonocoque. Le formol réussit très bien aussi contre tous les microbes précédents. Quant au chlorure de zinc, il exerce une action quasi-spécifique contre le microbe tuberculeux.

Les antiseptiques faibles trouvent leur application chaque fois que les parois vésicales sont trop malades pour être traitées par les antiseptiques forts. Ils doivent céder le pas à ces derniers dès que les circonstances le permettent. (Congr. d'urol.)

THÉRAPEUTIQUE

Formule pour tonifier le système nerveux. (A. Robin.)

Magnésium métallique. . . .	10	centigr.
Glycérophosphate de chaux. . .	30	—
Poudre de fèves de Saint-Ignace.	2	—
Fluorure de calcium.	2	—

Pour un cachet. (*Rev. internat. de méd. et de chir.*)

Traitement de la migraine. (A. Robin.)

L'hygiène et le régime sont les meilleurs traitements prophylactiques qu'on puisse lui opposer. Elle s'atténue

et disparaît bien vite pendant la première étape du traitement de l'hypersthénie.

Quand l'accès de migraine est commencé, il ne cède qu'à un vomissement du contenu hyperacide de l'estomac. Mais à ses premières manifestations, on peut l'arrêter, soit en avalant un petit paquet de poudre composée à la magnésie, soit en prenant un des cachets suivants :

Antipyrine.	50	centigrammes.
Bromure de potassium . .	50	—
Chlorhydrate de cocaïne .	1	—
Caféine	2	—
Poudre de Paullinia sorbilis	30	—

Mêlez exactement. En un paquet ou en un cachet.

Le lavage de l'estomac avec l'eau de Vichy sera réservé pour les cas rebelles. (*Journ. de méd. de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1898. — Présidence de M. BERGER.

COMMUNICATION

Fistule stercorale. — M. MONOD, à propos de la présentation faite, dans la dernière séance, par M. Lejars, relate une observation analogue ; il s'agit d'un jeune fille de vingt et un ans qui, à l'âge de huit ans, avait été atteinte d'un abcès qui avait laissé une fistule stercorale. Arrivée à l'âge de jeune fille, elle demanda à être débarrassée de cette infirmité. M. Monod fit alors une opération analogue à la première opération pratiquée par M. Lejars chez sa malade, il isola l'anus contre nature, décolla l'intestin de toutes ses adhérences, fit une suture de Lembert, puis quatre plans de suture sur les diverses parties de la paroi abdominale. Tout se passa bien pendant huit jours, la jeune fille eut des garde-robes naturelles, il n'y eut aucune réaction locale ; mais le neuvième jour, on s'aperçut que la fistule se reproduisait, c'était un échec. La jeune fille fut pansée avec le plus grand soin pendant deux mois et au bout de ce temps, elle paraissait complètement guérie, quand la fistule se reproduisit à nouveau. La jeune fille étant repartie en Amérique, M. Monod a appris son intention de rentrer en France le plus tôt possible pour se remettre entre ses mains et tenter une nouvelle opération.

M. Monod pense, dans ce cas, comme cela eut lieu dans celui de M. Lejars, être resté dans l'antichambre et n'avoir pas pénétré dans la pièce principale, c'est-à-dire n'avoir pas pénétré dans la vraie poche intestinale, avoir seulement opéré sur une poche secondaire et n'être pas arrivé jusqu'au véritable orifice qu'il fallait fermer.

M. KIRMISSON relate l'observation d'un petit garçon de quatre jours, qui présentait une imperforation ano-rectale et qui fut amené dans son service le 26 mai dernier. Le chirurgien de garde du bureau central fut appelé, il chercha à faire le débridement de l'orifice anal ; n'y pouvant parvenir, il pratiqua un anus iliaque. Quelques jours après, l'enfant fut ramené dans le service, avec un prolapsus de son anus artificiel ; en poussant des cris, il fit sauter toute sa suture intestinale et les anses intestinales sortirent par la plaie rouverte. M. Kirmisson réduisit les intestins, agrandit l'incision abdominale, fit pénétrer une sonde jusqu'à ce qu'il pût la sentir avec un doigt introduit dans l'orifice anal, débrida, rétablit l'anus normal et ferma l'anus iliaque. Les suites de l'opération furent normales. Cet enfant, âgé aujourd'hui de neuf mois, est dans de bonnes conditions.

RAPPORTS

Traitement de la tuberculose testiculaire. — M. REYNIER fait un rapport une observation adressée par M. Beurnier relative à un jeune homme de vingt-six ans qui portait un gros testicule douloureux. Le gonflement du testicule ne datait guère que de six semaines. Un examen attentif montrait que l'épididyme, de son côté, était triplée de volume, dure, bosselée, que le canal déférent était également dur et hypertrophié jusqu'à sa sortie du canal inguinal. Il n'y avait rien du côté de la prostate, le toucher rectal ne révélait rien de particulier. Ce jeune homme n'avait pas eu de blennorragie. L'auscultation des poumons ne fournissait aucun signe. Il s'agissait donc d'une péricolite, d'une épididymite tuberculeuse sans retentissement du côté de la prostate ni du côté des poumons.

M. Beurnier fit une opération qui consista à ouvrir le scrotum, à faire la castration en enlevant la peau qui était adhérente au testicule, à libérer et à enlever le canal déférent en le poursuivant jusqu'à la prostate, après avoir incisé la paroi supérieure du canal inguinal et refoulé le péritoine aussi loin que possible. Cela fait, M. Beurnier reconstitua la paroi du canal inguinal et ferma la plaie scrotale. L'opération eut un plein succès. Quinze jours après, le malade était complètement guéri.

M. Reynier félicite M. Beurnier de la conduite qu'il a suivie. Dans un cas, en effet, il est nécessaire de poursuivre aussi loin que possible les lésions et de ne pas limiter l'intervention du testicule. Roux a insisté sur les fistules qui persistaient et la suppuration du canal déférent consécutive aux opérations incomplètes.

M. Reynier a fait la même opération que M. Beurnier. Il a constaté combien il était facile, avec cette large ouverture péritonéale, de poursuivre les lésions jusqu'au delà de leurs limites. C'est certainement par cette voie qu'il faut pratiquer l'ablation du canal déférent.

M. Reynier appelle tout particulièrement l'attention de ses collègues sur ce mode de traitement de la tuberculisation pulmonaire de date récente et non encore ouverte. Il n'a rien été fait sur ce sujet depuis la discussion qui eut lieu en 1871 et dans laquelle se trouvaient en présence les non-interventionnistes et les interventionnistes précoces. M. Reynier cite l'exemple d'un jeune homme, au sujet duquel il a tout lieu de regretter de n'être pas intervenu de bonne heure : il s'agissait d'un jeune homme de vingt-sept ans qui, à la suite d'un traumatisme, fut atteint d'une orchite qui devint rapidement tuberculeuse.

Malgré les apparences bénignes de cette orchite tuberculeuse, la généralisation se fit rapidement et ce jeune homme mourut en quelques semaines. Ces cas sont encore assez fréquents. On sait que la généralisation est plus à craindre encore dans les cas où la lésion a suppuré.

Dans ces cas, le curetage des lésions tuberculeuses est insuffisant. Les injections de chlorure de zinc ne donnent des résultats que lorsque la lésion est très limitée. Lorsque le malade refuse la castration, il faut préférer, à toutes ces interventions partielles, la cautérisation au galvano-cautère, telle que la préconisait Verneuil.

Mais le traitement vraiment rationnel de tuberculisation testiculaire est la castration faite assez large et d'aussi bonne heure que possible. Il faut poursuivre les lésions aussi loin qu'elles peuvent s'étendre, jusqu'à la prostate qui, jusqu'ici, est la dernière limite.

Hystérectomie abdominale pour le cancer de l'utérus. — M. PICQUÉ fait un rapport sur un travail de M. Mauclaire relatif à cette question. M. Mauclaire rapporte trois observations : dans le premier cas, il s'agissait d'un cancer végétant du col ; M. Mauclaire fit l'excision du col par le vagin, puis l'hystérectomie abdominale totale. Cette malade a guéri opératoirement. Dans un second cas, après avoir fait l'hystérectomie abdominale totale, M. Mauclaire alla à la recherche des nombreux ganglions pelviens, il en trouva

jusqu'au-devant de l'aorte abdominale. Cette malade a succombé le second jour à la péritonite. Dans le troisième cas, même intervention, même terminaison fatale.

M. Picqué fait un historique complet de la question, cite tous les auteurs étrangers qui s'en sont occupés et fait une étude parallèle de l'hystérectomie vaginale et de l'hystérectomie abdominale totale. Cette dernière permet une ablation plus large et la recherche des ganglions. La mortalité opératoire, assez considérable au début, a beaucoup baissé. Après une discussion consciencieuse des observations publiées, des diverses opinions émises par les auteurs, M. Picqué montre une préférence marquée pour ce mode d'intervention dont il cherche à dégager nettement les indications et contre-indications.

PRÉSENTATIONS

Plaie du foie. — M. LEGUEU présente un malade qui avait reçu un coup de revolver dans le ventre. Une heure et demie après l'accident, bien qu'il n'y eût pas de symptômes bien marqués, M. Legueu fit la laparotomie, trouva un épanchement sanguin provenant d'une plaie du foie, sutura cette plaie. Ce malade eut ensuite une fistule biliaire qui finit par se fermer seule. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

Gastrectomie. — M. FAURE présente une malade chez laquelle il a fait une extirpation presque totale de l'estomac par un procédé de sutures spécial dont il donne la description.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'occlusion intestinale (1), par le docteur BAUBY, chirrugien des hôpitaux de Toulouse.

Ce livre vient à propos, après les discussions récentes de la Société de chirurgie, pour mettre au point cette question si grave et si complexe de l'occlusion intestinale.

Les progrès constants de la science et les modifications successives des idées reçues rendent utiles ces études nouvelles de sujets anciens et que l'on pourrait croire épuisés, à ne considérer que la multiplicité des travaux antérieurs.

Ainsi s'explique l'opportunité de cet ouvrage, à la fois scientifique et très pratique, dans lequel sont exposées avec méthode et concision les données actuellement acquises sur l'occlusion intestinale.

C'est donc avant tout une œuvre de vulgarisation; mais on y trouve aussi des aperçus nouveaux, des documents inédits d'ordre clinique ou anatomique qui lui impriment un caractère original et démontrent la compétence de son auteur.

Ce petit traité se divise en trois parties :

Première partie. — *Etiologie et anatomie pathologique.* — Les diverses causes d'occlusion, vraies ou mécaniques, fausses ou dynamiques, sont successivement envisagées au point de vue de leur constitution anatomique, des lésions qu'elles provoquent et des caractères cliniques qu'elles impriment à la maladie. Des chapitres distincts sont consacrés aux occlusions post-opératoires et au rôle des agents infectieux dans le processus morbide.

Deuxième partie. — *Symptomatologie et diagnostic.* — L'interprétation rationnelle des signes objectifs et des troubles fonctionnels peut aboutir, dans certains cas, à la connaissance plus ou moins précise de la cause de l'occlusion, de son siège et de sa nature. Or, l'exactitude du diagnostic est la meilleure garantie d'un bon traitement; il faut donc s'y attacher avec le plus grand soin. L'auteur indique la méthode à suivre dans l'interrogatoire du malade et l'examen clinique.

Troisième partie. — *Thérapeutique.* — C'est la question la plus importante et la plus discutée. Pour la traiter clairement et formuler des conclusions pratiques, l'auteur expose d'abord la nature et la valeur intrinsèque des moyens dont nous disposons ; moyens médicaux et chirurgicaux, ceux-ci comprenant des interventions palliatives ou entérostomie, curatives ou laparotomie.

Les indications de ces diverses méthodes sont ensuite discutées et logiquement déduites, non seulement des considérations théoriques, mais aussi des véritables conditions dans lesquelles se rencontrent les malades et les praticiens.

Vient en dernier lieu le manuel opératoire des méthodes chirurgicales de traitement avec toutes leurs variétés.

On voit, d'après ce sommaire, que ce volume est un petit traité complet dans lequel n'a été négligé aucun des points relatifs à l'occlusion intestinale.

Formulaire du médecin de campagne (1). Remèdes sous la main, petits moyens thérapeutiques, par le docteur M. GAUTIER, ancien interne des hôpitaux.

Sans médicaments, sans instruments ou appareils spéciaux, éloigné de toute pharmacie, le médecin peut trouver autour de lui des armes précieuses, susceptibles de lui rendre les plus grands services, s'il sait les manier.

Le médecin ne doit pas négliger l'emploi de ces petits moyens ; ils n'éblouissent pas le vulgaire, mais ils sont d'un précieux secours au praticien qui sait s'en servir ; Trousseau ne les méprisait pas, et son exemple peut être suivi.

L'auteur a pensé être utile aux médecins praticiens en réunissant dans ce formulaire les procédés de traitement les plus simples qu'on puisse mettre en œuvre au moyen des substances usuelles les plus communes. Les médecins trouveront dans ce volume les moyens thérapeutiques applicables, dans les cas les plus fréquents de la pratique courante, en tirant parti des plus minces ressources qui se trouvent à leur portée.

La radiographie et la radioscopie cliniques (2), par le docteur REGNIER, chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital de la Charité.

On ne peut plus contester l'importance des services rendus par la radiographie à la médecine et à la chirurgie. Il faut que cette méthode nouvelle entre dans la pratique courante, comme y sont entrées ses aînées : l'auscultation, la percussion, et plus récemment l'analyse bactériologique. Ce livre, clairement écrit, sera un guide précieux pour le médecin désireux de se tenir au courant des actualités médicales.

Son but est de montrer que la radiographie est à la portée de tous les praticiens, qu'elle ne nécessite pas un matériel compliqué, ni des connaissances spéciales.

L'auteur décrit successivement le mode de production des rayons X, le matériel nécessaire, la technique de la radioscopie et de la radiographie. Puis, il indique les applications médicales et chirurgicales de cette méthode nouvelle de diagnostic, en indiquant, à propos de chaque région, le modus faciendi et les causes d'insuccès.

Dans les applications chirurgicales, il passe en revue les corps étrangers, les fractures, les luxations, les affections inflammatoires des os.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Dans les applications médicales, il étudie les maladies du poumon, du cœur, les arthropathies, les calculs.

Il termine par la radiographie appliquée à l'ophtalmologie et à l'obstétrique et par l'endodiascopie, nouvelle application des rayons X.

De nombreuses figures rendent encore plus attrayante la lecture de ce livre clair et précis qui continue dignement la série des actualités médicales dont les précédents volumes sur les états neurasthéniques, la grippe, la diphtérie, les myélites syphilitiques et la psychologie de l'instinct sexuel ont obtenu tant de succès.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat (Séance du 30 décembre). — « Anatomie du ventricule gauche du cœur; — Symptômes et diagnostic de la congestion pulmonaire. »

MM. Laubry 27 + 15 = 42. — Armand Delille 25 + 16 = 41. — Dambrin 23 + 14 = 37. — Bender 20 + 14 = 34. — Gasne 19 + 11 = 30. — Sébilleau 17 + 10 — 27. — Roglet 16 + 10 = 26. — Fouquet 16 + 7 = 23.

La prochaine séance d'oral aura lieu le mardi 10 janvier à quatre heures et demie.

— Par décret, en date du 29 décembre 1898, ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Canonge, général de brigade, commandant la 58e brigade d'infanterie et docteur en médecine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs de Goyon, ancien officier d'infanterie; Simon, campagne de 1870-1871 comme médecin aide-major.

— Par décret en date du 30 décembre 1898, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs de Brun du Bois-Noir, médecin sanitaire, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth; Bastide, directeur de la santé, médecin de l'hôpital français de Saint-Louis.

— Par décret en date du 30 décembre 1898, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Doué, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe de la marine Pons, Flandrin, Kergrohen, Audibert, Branellec, Suard, Négretti, Sevére, Bastier, Brugère; M. Tambon, pharmacien de 1re classe de la marine.

— Par décret, en date du 31 décembre 1898, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. Grolas, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par décision ministérielle, en date des 29 et 31 décembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. — MM. les docteurs Rousseau, affecté à Brest; Nédelec, affecté à Toulon; Moulinier, affecté à Rochefort; Jacquin, affecté au corps de santé colonial; Lasserre, affecté à Toulon; Vivie et Sambuc, maintenus jusqu'au 31 juillet comme aides d'anatomie à l'École de médecine navale de Bordeaux.

— Par décision présidentielle, en date du 29 décembre 1898, la démission de son grade, offerte par M. le médecin de 2e classe de la marine Forterre, a été acceptée.

Par décret, en date du même jour, M. Forterre a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer. Cet officier de réserve est affecté au port de Cherbourg.

— Par décret, en date du 30 décembre 1898, M. Angier, médecin de première classe du corps de santé des colonies, a été nommé, au titre militaire, chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 décembre 1898, M. le docteur René Charon, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Bailleul, est nommé médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Alban.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1898, un concours s'ouvrira le 10 juillet 1899, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Limoges.

— La Faculté des sciences de l'Université de Rennes est autorisée à délivrer un douzième certificat d'études supérieures de sciences portant sur l'anatomie comparée et l'embryogénie.

— Une médaille d'honneur (médaille argent de deuxième classe) est décernée à M. le docteur Bonnet, médecin à Mézières, 23 octobre 1898 : a exposé sa vie pour sauver des personnes en danger de se noyer. M. Bonnet est déjà titulaire d'une mention honorable.

— Des mentions honorables ont été accordées à M. le docteur de Ribier, médecin à Saint-Mandé (6 août 1898); à M. Saucet, étudiant en médecine à Bordeaux ; Lesparre (2 octobre 1898); ont maîtrisé des chevaux emportés.

— Une médaille d'honneur (médaille d'argent) est décernée à M. le docteur Trouillet, médecin de l'Association amicale et de prévoyance de la préfecture de police (épidémies diverses).

— *Hôpital de Nantua.* — Une médaille d'honneur (médaille argent, deuxième classe) est décernée à Mme Blanchard, en religion sœur Donatile, supérieure infirmière audit hôpital : 1861-1898, trente-sept ans de services; belle conduite dans plusieurs épidémies et pendant la guerre de 1870-1871.

— *Hospices de Toulouse.* — M. le docteur Dupau, dont le temps d'exercice est expiré, est remplacé comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, par M. le docteur Dupin.

M. le docteur Tapie remplace M. Dupin, à l'hospice de la Grave, comme chirurgien en chef.

— *Hôpitaux de la République de Vénézuela.* — Une médaille d'or est décernée à Mme Coustié, en religion sœur Adolphine. — Des médailles d'argent sont décernées à Mmes Peyronne, en religion sœur Catherine-Marie; Denat, en religion sœur Agnès; Junqua, en religion sœur Epiphanius; Andrieu, en religion sœur Marie-Clotilde; Peyrègne, en religion sœur Marie-Frumence : soins donnés aux varioleux dans des conditions particulièrement graves.

— Le « Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie », fondé par M. Caffe et publié par M. le professeur Cornil et M. le docteur Galippe, cesse de paraître, après une longue et utile carrière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boens (Hubert), membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique; Charnaux (de Vichy); Gandouet (de Frontenay-Rohan-Rohan); Ch. Éloy, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Léon Renard, de Breuvannes (Haute-Marne); Seinguerlet, décédé à Sarrebourg (précédemment installé à Nancy).

— MM. Léo, Mousseaux, Ravaut, Sauvage, internes des hôpitaux, commenceront le mercredi 11 janvier 1899, à deux heures, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), une conférence d'internat et la continueront les mercredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE, 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
[illegible] : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jaccoud en quittant, aux regrets de toute l'assemblée, le fauteuil de la présidence qu'il a si brillamment occupé, a fait le résumé traditionnel des travaux de l'Académie dans le cours de l'année 1898. Il a commencé par rendre à M. Bergeron un hommage bien mérité pour la part si grande et si active qu'il a prise à la décision, depuis si longtemps attendue, de la réinstallation de l'Académie dans un local digne d'elle, hommage auquel l'Académie tout entière s'est associée. Il a rappelé ensuite les communications les plus importantes, les quelques rares discussions qui se sont élevées, les rapports officiels; il s'est étendu plus longuement sur le rapport de M. Grancher relatif à la prophylaxie de la tuberculose, travail hors de pair, a-t-il dit; il a rappelé, à ce propos, ses propres idées qu'il a émises déjà depuis longues années et a terminé par une légitime revendication en faveur de Villemin et de ce qu'il a appelé la période pré-bacillaire pour tout ce qui concerne les notions actuelles sur la tuberculose.

M. Panas, en prenant place au fauteuil, a remercié ses collègues et la parole a été donnée à M. Lancereaux pour une communication intéressante sur les bons effets de la médication thyroïdienne dans le traitement des affections rhumatismales et, en particulier, de l'artério-sclérose.

LABOULBÈNE (1825-1898).

Par M. RENDU, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

Le professeur Laboulbène, qui vient de s'éteindre en Anjou ces jours derniers, après une longue maladie, était, à l'École, un des représentants de l'ancienne médecine. Il était resté clinicien à la façon des maîtres de la première moitié de ce siècle, cherchant, sans parti pris, à recueillir de tous côtés d'innombrables matériaux scientifiques, et désireux surtout d'expliquer les symptômes par les lésions pathologiques.

Aussi son œuvre, qui est considérable, est-elle dispersée un peu partout : journaux, recueils, bulletins de sociétés savantes, dictionnaires, sont remplis d'une foule d'articles sortis de sa plume, sur les sujets les plus divers, qui témoignent d'une curiosité scientifique toujours en éveil et d'une rare activité cérébrale, mais qui manquent un peu, il faut bien le dire, d'unité.

Laboulbène était venu à une époque où la médecine commençait à se transformer, et où l'on sentait le besoin de compléter par les investigations microscopiques les données courantes de l'anatomie pathologique. Cette science, entre les mains de Cruveilhier, avait donné tout ce qu'on pouvait en attendre : les lésions microscopiques étaient bien connues et admirablement décrites, mais les altérations des structures et le mécanisme intime des lésions ouvraient un champ très vaste, à peine exploré encore, aux recherches des médecins anatomistes.

Laboulbène fut de ceux-là. Ses aptitudes le portèrent à observer bien minutieusement, et à décrire exactement ce qu'il voyait. Dès son internat, ses tendances scientifiques commencèrent à s'affirmer par l'ardeur avec laquelle il se livrait à l'étude des autopsies et à l'examen microscopique des lésions organiques. Sa thèse sur les tumeurs érectiles et la structure du nævus, parue en 1853, est l'un des premiers travaux histologiques sortis du laboratoire de la Faculté de médecine. Il y travaillait avec Robin, et plusieurs mémoires d'histologie normale et pathologique, faits en collaboration avec ce professeur, datent de cette époque.

La structure du cancer, sa dissémination par les voies lymphatiques et sanguines, fut un de ses sujets de prédilection : de 1852 à 1855, il en publia un grand nombre d'observations, portant à la fois sur les épithéliomes cutanés et muqueux, et sur les carcinomes viscéraux; on lui doit notamment un beau cas d'envahissement néoplasique de la veine cave et de la veine rénale au cours d'un cancer rénal. En même temps, il cherchait pratiquement les moyens d'empêcher la dissémination des tumeurs malignes, et publiait, avec le docteur Manec, une série de faits de cancers volumineux extirpés sans récidives au bout de plusieurs années.

Les mêmes tendances se retrouvent dans les nombreux mémoires qu'il a consacrés à l'histologie des maladies de l'utérus. La question des fibromes, alors discutée, celle des polypes muqueux, dont il démontra l'origine folliculaire,

l'occupèrent de 1854 à 1856. Une des premières observations d'endométrite villeuse avec exfoliation périodique de la muqueuse fut consignée par lui. A cette date également se rattachent des recherches sur les salpingites hémorragiques et les kystes dermoïdes de l'ovaire, ainsi qu'un mémoire sur les malformations de la vessie et sur l'apoplexie placentaire.

Reçu agrégé en 1860, avec une thèse remarquée sur les névralgies viscérales, médecin des hôpitaux en 1861, Laboulbène continua, sur un terrain plus vaste, à recueillir les matériaux de son futur traité d'anatomie pathologique générale. Quelques publications intéressantes sur des lésions peu communes du système nerveux marquent cette période de sa vie. Un des premiers, il signala, sous le nom de paralysie isolée des membres supérieurs avec conservation de la sensibilité, un cas de poliomyélite antérieure; il décrivit également les symptômes et les lésions de l'hémorragie protubérantielle et de l'anévrisme du tronc basilaire.

Son passage à la crèche de l'hôpital Saint-Antoine d'abord, puis dans le service de gynécologie de Necker, fut marqué par une étude magistrale et très complète au point de vue anatomique des affections pseudo-membraneuses et ulcéreuses de la bouche.

Quelques années plus tard, l'épidémie de variole et de scorbut qui régna dans Paris au moment de la guerre, lui inspira une série d'intéressants mémoires. Déjà, en 1869, il avait fait à notre Société (1) une importante communication sur l'incubation de la variole et sur les formes hémorragiques qui commençaient déjà à se montrer; il y revint à plusieurs reprises, étudiant avec beaucoup de sagacité et d'après des observations précises l'influence réciproque de la variole sur le vaccin, et les récidives de l'éruption, dans un temps très court, chez les sujets prédisposés. De même, le scorbut lui fournit l'occasion de deux importantes communications, l'une sur l'étiologie et les symptômes, l'autre sur l'état du sang dans cette maladie. Il était préparé à cette dernière étude par les recherches hématologiques qu'il avait poursuivies, quelques années auparavant, sur le sang des malades atteints de lymphadénie généralisée.

C'est également à Laboulbène que l'on doit une des premières analyses chimiques de la sérosité articulaire du rhumatisme blennorragique, ainsi que des études sur les différents liquides pleurétiques.

Il avait deviné l'importance que devait prendre la chimie biologique.

On peut dire qu'aucune des questions d'actualité qui ont intéressé les médecins de sa génération ne l'ont laissé indifférent. Ainsi, à propos de la ponction dans les pleurésies séreuses et des accidents d'expectoration albumineuse consécutifs, il a démontré, le thermomètre en main, que chaque ponction est suivie d'une élévation de la température centrale, indice de la congestion pulmonaire concomitante. Ainsi encore il a donné sa note sur le traitement des pyopneumothorax par l'empyème et les lavages pleuraux, sur celui de la pneumonie par les méthodes d'expectation, sur celui de la pelvipéritonite par les émissions sanguines. La liste serait longue si je me contentais même de la simple énumération de ses travaux multiples. Tous sont marqués au coin d'une observation saine et judicieuse, sans prétention aux doctrines absolues, et sans aucun goût pour les généralisations dogmatiques. Laboulbène était un clinicien plein de bon sens : il soignait ses malades avec sollicitude et donnait un excellent enseignement pratique aux élèves qui suivaient ses leçons.

La chaire d'anatomie pathologique à l'École eût été l'objet de ses vœux, car ses nombreux travaux lui avaient créé des titres sérieux dans cette branche de la science. Ils lui avaient ouvert, en attendant, les portes de l'Académie de médecine, où il fut nommé en 1873, dans la section d'anatomie pathologique. Ce fut, au contraire, la chaire de l'histoire de la médecine qui lui échut en 1884, à la suite de la mort de Parrot, son troisième titulaire.

Il était peu préparé, par ses études antérieures, à cet enseignement spécial qui exige tant de qualités d'érudition, de critique et d'esprit philosophique. Il se mit néanmoins à l'œuvre avec l'ardeur qu'il apportait à toutes choses, et réussit à tenir très honorablement sa place, cherchant moins à exposer l'évolution des doctrines qu'à montrer les progrès accomplis dans l'étude de tel ou tel groupe de maladies, et préférant à la philosophie de l'histoire le côté un peu terre à terre, mais pratiquement plus accessible aux élèves, des faits précis et des résultats thérapeutiques acquis. Sa parole facile et abondante, sa voix sonore, son style clair et sa méthode parfaite en faisaient un professeur intéressant, écouté avec plaisir et avec fruit.

Mais la véritable chaire que Laboulbène eût occupée avec un talent incomparable eût été celle d'anatomie comparée ou d'histoire naturelle médicale. Il avait les qualités qui font les grands naturalistes : la précision, la méthode, l'exactitude dans les détails les plus minutieux. Et, de fait, c'était un entomologiste des plus érudits, dont les travaux faisaient autorité.

Je regrette de n'avoir pas la compétence suffisante pour apprécier toute cette partie de l'œuvre de Laboulbène, mais je ne puis omettre de mentionner, comme témoignage véritablement extraordinaire de sa fécondité scientifique et de la multiplicité de ses aptitudes, les travaux très considérables qu'il a consacrés à l'histoire des insectes, des acariens et des vers intestinaux. Il existe, dans les « Annales de la Société entomologique de France », près de quatre-vingts mémoires originaux dus à Laboulbène, sans compter un volume consacré à la faune de notre pays. Parmi ces mémoires, quelques-uns ont trait à l'anatomie générale des insectes, beaucoup à la description d'espèces nouvelles, étudiées au point de vue de leur structure, de leurs métamorphoses, de leurs mœurs et de leur habitat.

C'est ainsi que successivement il a été amené à faire la monographie des insectes qui dévorent les fruits de l'olivier, du noyer, du hêtre, des orangers, les parasites de l'orme et du poirier, aussi bien que ceux qui vivent sous la peau de l'homme et des animaux. Il est à peine nécessaire de rappeler qu'en helminthologie, il était notre maître à tous, et que l'un des premiers il a signalé la prédominance de plus en plus fréquente du tænia inerme sur le tænia armé, ainsi que la coexistence des cysticerques et du tænia chez l'homme. Sa connaissance parfaite des parasites intestinaux lui avait permis de préciser la formule et l'indication de leur traitement, jusqu'à lui demeuré exclusivement empirique.

Un seul mot résume la vie de Laboulbène : il a été un travailleur modeste, consciencieux et acharné, produisant sans bruit une œuvre considérable.

Comme homme, il était d'un abord facile, d'une grande aménité de caractère et d'une courtoisie parfaite, accueil-

(1) Société médicale des hôpitaux.

lant volontiers les jeunes, les encourageant, leur rendant des services désintéressés, avec une bienveillance discrète qui ne se lassait jamais. Sa nomination d'académicien et de professeur ne changèrent rien à la simplicité de sa vie, à l'affabilité de ses manières; personne n'eut moins que lui le souci des grandeurs. Aussi laisse-t-il, parmi la corporation, le souvenir d'un homme excellent, et sa mort a provoqué d'unanimes regrets.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Le pouvoir antivirulent du sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection vaccinale ou variolique (1).

Par MM. Béclère, Chambon, Ménard et Jousset.

Sternberg (2) avait annoncé, en 1892, qu'une goutte de vaccin mélangée à quatre gouttes de sérum d'un veau vacciné depuis deux semaines, a perdu, au bout d'une heure de contact, la propriété de provoquer une éruption vaccinale.

Nous avons entrepris des recherches expérimentales dans cette voie et successivement étudié le sérum de génisse vaccinée, de cheval vacciné, d'homme vacciné, puis le sérum des convalescents de variole, enfin le sérum des animaux inoculés avec le virus variolique.

Nos recherches, poursuivies pendant trois ans, nous on amenés aux conclusions suivantes :

I. Le sérum de génisse vaccinée, recueilli quatorze jours après l'inoculation, n'est pas doué seulement des propriétés immunisante, préventive et curative, déjà signalées (3). Il exerce, *in vitro*, sur le vaccin, une action qu'on peut qualifier d'*antivirulente*, puisque le virus vaccinal, après avoir baigné dans ce sérum, cesse d'être inoculé avec succès et ne produit plus ou presque plus de réaction locale.

II. Chez l'homme et le cheval, l'inoculation vaccinale donne au sérum des propriétés antivirulentes comme chez la génisse; il est vraisemblable que le même résultat s'observe chez toutes les espèces animales sensibles à cette inoculation.

III. La vaccination fait apparaître le pouvoir antivirulent du sérum, quelle que soit la voie d'introduction du vaccin dans l'organisme, que l'inoculation soit sous-épidermique, sous-cutanée ou intra-veineuse, et que l'infection vaccinale s'accompagne ou non d'une éruption cutanée. Dans la vaccine sans exanthème des génisses et des chevaux inoculés par la voie sanguine ou sous-cutanée, le sérum devient antivirulent comme chez les sujets inoculés sous l'épiderme et porteurs des vésicules caractéristiques.

IV. Le sérum des convalescents de variole exerce, sur le virus vaccinal, une action antivirulente comme le sérum des vaccinés.

V. Le sérum des animaux variolisés exerce de même, sur le vaccin, une action antivirulente, quelle que soit la voie d'introduction du virus variolique dans l'organisme et que l'infection variolique s'accompagne ou non d'une éruption cutanée, qu'il s'agisse du cheval inoculé par la voie sanguine sans exanthème consécutif ou du singe inoculé sous l'épiderme et porteur de vésicules de variole.

VI. La substance antivirulente du sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection vaccinale ou variolique est d'une composition très stable : elle offre une grande résistance à l'action du temps, de la lumière, de la chaleur, des moisissures et même des agents de putréfaction; elle traverse les filtres de porcelaine, mais ne semble pas dialyser; elle est précipitée par l'alcool avec les matières albuminoïdes du sérum et semble s'attacher exclusivement à la globuline; de nature encore indéterminée, elle présente de grandes analogies avec les diastases.

VII. Les propriétés antivirulentes conférées au plasma sanguin par l'infection vaccinale ou variolique apparaissent, quelle que soit la voie d'introduction du virus dans l'organisme, après une période d'incubation variable chez les diverses espèces, mais de durée assez fixe pour chacune d'elles, n'oscillant au moins que dans d'assez étroites limites. Le sang met plusieurs jours à acquérir ses propriétés antivirulentes chez la génisse vaccinée, il ne les possède pleinement que de neuf à treize jours, le plus souvent douze jours après l'inoculation.

VIII. Le moment où les propriétés antivirulentes du sérum deviennent très manifestes est, précisément, celui où le virus sous-épidermique et intra-dermique perd toute activité et où commence vraiment l'immunité.

IX. La période d'immunité consécutive à l'infection vaccinale ou variolique, de durée très variable chez les diverses espèces, se compose de deux phases successives : une première phase où le sang conserve ses propriétés antivirulentes qui vont en décroissant; une seconde phase où le sang ne manifeste plus aucune trace de pouvoir antivirulent, tandis que la peau résiste encore à de nouvelles inoculations.

X. Pendant la première phase de la période d'immunité, la substance antivirulente peut traverser le placenta et passer du sang maternel dans le sang du fœtus; ce passage est la condition essentielle de l'immunité congénitale. Par contre, on ne trouve pas la substance antivirulente dans l'urine; si elle franchit le filtre rénal, c'est à l'état de dilution assez étendue pour échapper à la recherche.

XI. Dans l'espèce humaine, où l'immunité persiste le plus longtemps, bien que de durée très variable suivant les individus, on peut reconnaitre la présence de la substance antivirulente dans le sérum, plus de vingt-cinq ans, et même plus de cinquante ans après l'infection vaccinale ou variolique. Chez certains sujets, cette substance ne se montre dans le sérum que pendant quelques mois, quelques semaines, quelques jours seulement. Elle peut même n'y être décelée à aucun moment. On ne connaît encore ni ses lieu et mode production, ni ses lieu et mode de destruction.

XII. La production de la substance antivirulente, au cours de l'infection vaccinale ou variolique, et son apparition dans le plasma sanguin constituent une réaction de défense de l'organisme intimement liée à l'arrêt du processus morbide et au développement de l'immunité. On ne saurait encore affirmer si cette substance agit directement sur les agents infectieux, comme virulicide, ou si elle agit comme un stimulant sur les cellules de l'organisme.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Sternberg. *A manual of Bacteriology*, p. 262; New-York, 1892.

(3) Béclère, Chambon et Ménard. Études sur l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée, *Ann. de l'Institut Pasteur*, numéro du 25 janvier 1896.

CYSTORRAPHIE PRIMIVE. NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Par M. le oocteur Thomas Jonnesco (de Bucarest).

La suture immédiate de la vessie après la taille hypogastrique suivie d'extraction de calcul ou de tumeur, est incontestablement une opération idéale, pourvu qu'elle réussisse. Or, pour cela, il faut que la suture immédiate ne se trouve pas contre-indiquée par l'état de la vessie et que le procédé employé puisse assurer une réunion par première intention des parois vésicales. Je ne vois comme contre-indication à la réunion immédiate de la vessie que : l'état d'altération profonde des parois vésicales et une grande surface saignante qui fait suite à l'extirpation de tumeur vésicale à large base d'implantation et dont l'hémostase est souvent incomplète. Un léger degré de cystite, même avec urines purulentes, ne me semble pas constituer une contre-indication, car j'ai obtenu dans des cas semblables des réunions par première intention parfaites. Seulement, dans ces cas, je suture la vessie et fais un drainage d'attente de la plaie abdominale pour me mettre à l'abri de toute surprise possible.

Depuis un an j'ai recours à un nouveau procédé de suture, imaginé dans mon Institut par mes assistants Juvara et Balacesco, auquel ils ont donné le nom de cystorraphie par imbrication. Le voici : la taille vésicale est faite près du sommet de la vessie, après décollement préalable de la vessie dans une certaine étendue, chose toujours facile. Sur une des lèvres de l'incision vésicale on pratique le décollement de la muqueuse et de la musculaire sur une étendue de 1/2 à 2 centimètres ; le lambeau muqueux ainsi dédoublé est réséqué et les deux lèvres muqueuses de l'incision sont réunies par un surjet au catgut 0 ou 00. Le lambeau musculaire est appuyé par-dessus la suture muqueuse et suturé à la vessie, par trois rangées de sutures : une en U qui unit la racine du lambeau à la lèvre opérée de la plaie vésicale ; un surjet unit le bord libre du lambeau à la paroi vésicale, et une troisième suture fixe la partie muqueuse du lambeau à la paroi vésicale. Grâce à ce lambeau, et à la triple suture dont je viens de parler, le parallélisme des plaies muqueuse et musculaire est aboli, ce qui empêche toute filtration d'urine et assure la réunion par première intention de la plaie.

Employée nombre de fois sur les chiens et huit fois par moi sur l'homme, cette suture m'a toujours donné des résultats merveilleux alors même qu'il s'agissait de vessies infectées, et même dans deux cas sans avoir mis une sonde à demeure et en laissant les malades uriner spontanément.

N'ayant pas obtenu, tant s'en faut, des résultats semblables avec les autres procédés de cystorraphie, que j'ai toujours pratiqués, étant un partisan absolu de la réunion immédiate de la vessie, quand cela est possible, je n'hésite pas à faire connaître, avec toutes les louanges qu'il mérite, le nouveau procédé de cystorraphie par imbrication.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement médicamenteux du diabète gras.

La forme de diabète qu'on rencontre le plus fréquemment en pratique est celle que l'on désigne sous le nom de *diabète gras*. De tous les médicaments préconisés contre cette affection, c'est l'antipyrine qui réussit le mieux, d'après l'expérience de M. le docteur G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

Notre confrère ne partage pas les craintes de certains cliniciens au sujet de l'administration de ce médicament, qu'il donne pendant quinze jours au moins sans aucun arrêt. Quant aux doses employées, elles varient suivant les cas.

S'agit-il d'un sujet présentant quelques symptômes d'intoxication et d'insuffisance hépatique, chez lequel la sécrétion urinaire et l'élimination de l'urée sont diminuées et dont l'haleine dégage l'odeur caractéristique de pomme reinette, signe qui doit mettre en garde contre l'apparition du coma diabétique, M. Lemoine prescrit les cachets ci-dessous formulés :

Antipyrine . . . . . . } *ââ* 50 centigrammes.
Benzoate de lithine . . }

Mêlez. Pour un cachet. Faites douze cachets semblables. — A prendre trois cachets par jour, dont un le matin, un autre à midi et le troisième le soir, dans un verre d'eau alcaline.

Lorsque les accidents d'auto-intoxication ne sont pas à craindre, on donne l'antipyrine à la dose quotidienne de 2gr50 à 3 grammes, divisée en trois cachets. On fait boire, en outre, de l'eau alcaline, et on administre deux fois par jour 1 gramme de carbonate de lithine ou de benzoate de lithine à une heure assez éloignée des repas. Pendant huit jours on maintient la dose maxima d'antipyrine, puis, suivant le résultat obtenu, on l'abaisse jusqu'à 1gr50.

Quel que soit le cas, l'usage de l'antipyrine est continué pendant deux semaines. Au bout de ce temps, la glycosurie et les autres phénomènes morbides, tels que les névralgies, la migraine, la polyurie et la polydipsie se trouvent amendés ou supprimés. On cesse alors l'usage de l'antipyrine pendant huit jours, puis on institue, durant une nouvelle période de deux semaines, la même médication intensive, qui amène d'habitude la disparition complète de la glycosurie.

Lorsqu'il n'y a plus de sucre dans l'urine, M. Lemoine s'adresse aux alcalins, car les diabétiques gras sont presque toujours des arthritiques, et il formule les cachets suivants :

Benzoate de lithine . . } *ââ* 50 centigrammes.
Carbonate de lithine . }

Mêlez. Pour un cachet. Faites douze cachets semblables. — A prendre : deux cachets par jour, dont un le matin, une demi-heure avant le premier repas, et le second vers cinq ou six heures du soir avec un verre d'eau alcaline.

Sous l'influence de cette médication, qu'on répète au besoin pendant quinze jours chaque mois, la glycosurie est définitivement enrayée.

Enfin, dans certains cas de diabète avec prédominance de l'élément nerveux, lorsque le sommeil est agité, notre confrère a recours à une thérapeutique plus complexe. Il donne encore de l'antipyrine, qui reste la base du traitement, mais à la dose de 2 grammes en deux prises, ou à celle de 1gr50 en trois prises, et il conseille toujours l'usage d'une eau alcaline. De plus, il fait prendre, une heure avant le coucher, du bromure de potassium associé à du phosphate de soude, en qualité de tonique du système nerveux. Voici la formule adoptée par Lemoine :

Bromure de potassium. .	40 grammes.
Phosphate de soude . . .	10 —
Eau	300 —

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à bouche de cette solution dans un bol de lait ou une infusion quelconque non sucrée, une heure avant le coucher.

Au bout de quelque temps, les nuits deviennent calmes. L'usage de la solution bromurée doit être continué pendant un mois environ. (*Semaine méd.*)

THÉRAPEUTIQUE

Formule contre le rachitisme (Bézy).

Chlorhydrate d'ammoniaque . .	20 centigr.
Bicarbonate de soude	50 —
Sirop de fleur d'oranger de julep.	60 grammes.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Les résultats donnés par cette préparation seraient très favorables. (*Rev. internat. de méd. et de chir.*)

Le chloroforme comme tænifuge.

On fait prendre en trois fois, à sept heures, à neuf heures et onze heures du matin :

Chloroforme.	4 grammes.
Sirop simple	35 —

A midi, le malade se purge avec 35 grammes d'huile de ricin. Vers une heure et demie, il rend le tænia presque toujours avec la tête. (*Journ. de méd.*).

Traitement médical des maux de dents (P. Cornet).

Sulfate de quinine. . . .	12 centigrammes.
Acide bromhydrique. . .	xv gouttes.
Teinture de gelsemium. .	xv gouttes.
Sirop de sucre	15 grammes.
Eau distillée	30 —

(*Gaz. hebd.*)

Des injections profondes d'antipyrine dans la sciatique.

M. le docteur Kuhn prétend que, si les médecins n'ont pas retiré de l'antipyrine des résultats satisfaisants dans le traitement de la sciatique, c'est qu'ils n'ont pas employé une solution assez forte, ni poussé l'injection assez profondément. Dans quatre cas de sciatique rebelle, il a injecté une solution concentrée (p. égale d'eau et d'antipyrine), l'a poussée dans le voisinage du nerf, de façon à exercer une action analgésique et il a obtenu une amélioration rapide. (*Chron. méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1899. — Présidence de M. Panas.

COMMUNICATION

La médication thyroïdienne dans le traitement des affections dites rhumatismales et en particulier de l'artério-sclérose. — M. Lancereaux, en son nom et au nom de M. Paulesco, fait la communication suivante :

L'insuffisance thyroïdienne (myxœdème) se traduit en clinique par des troubles qui sont la conséquence d'un défaut d'activité du système nerveux de la vie végétative et de celui de la vie de relation.

Ces troubles disparaissent sous l'influence de la médication thyroïdienne.

Il existe un autre état pathologique constitué par des troubles tenant à un défaut d'activité du système nerveux de la vie végétative ; on le désigne sous le nom d'herpétisme ou d'arthritisme.

Nous nous sommes demandé si la médication thyroïdienne, si puissante contre les troubles du myxœdème, ne pourrait réveiller l'activité amoindrie du système nerveux dans l'herpétisme. Nous avons administré l'extrait thyroïdien sous forme d'iodothyrine de Baumann, dans plusieurs cas de rhumatisme chronique ou goutte manifestée par de l'artério-sclérose, troubles vaso-moteurs et trophiques des extrémités, sclérodermie, etc., et les résultats remarquables obtenus nous engagent à vous les communiquer.

Voici une jeune femme atteinte de sclérodermie généralisée à toute la surface du tégument cutané.

La peau de la face, pigmentée, épaissie et indurée, avait perdu sa souplesse ; elle était lisse et luisante ; les plis effacés et les traits immobiles donnaient au visage l'apparence d'un masque. La peau du cou et du tronc était, elle aussi, pigmentée et tellement épuisée qu'elle gênait considérablement les mouvements de la respiration. Mais c'était surtout au niveau des membres supérieurs, que les altérations de la peau et des tissus sous-jacents atteignaient le maximum. La peau, collée aux os, donnait, au palper, la sensation du bois ; les tissus fibreux périarticulaires étaient rétractés et les mouvements presque complètement abolis. Soumise à un traitement consistant en iodothyrine à doses progressivement croissantes, l'état de la malade s'améliora rapidement. Après quatre mois de traitement, la peau de la face a repris son aspect normal ; celle du cou et du tronc s'est assouplie et ne gêne plus les mouvements de la respiration. Il en est de même de celle des extrémités, de sorte qu'actuellement la malade peut coudre, ce que, depuis deux ans, il lui a été impossible de faire.

Nous avons soumis au même traitement une autre femme, âgée de trente-deux ans, atteinte depuis six mois de troubles vaso-moteurs des extrémités. Sous l'influence du froid ou d'une émotion, les extrémités des doigts et des orteils devenaient exsangues et engourdies. Cette vaso-constriction durait environ un quart d'heure, puis se dissipait, laissant à sa place une dilatation vasculaire plus ou moins prononcée. En outre, la malade avait des sueurs abondantes et une salivation exagérée. Sous l'action de l'iodothyrine les troubles vaso-moteurs ont considérablement diminué d'intensité, tandis que les sueurs et la salivation ont complètement disparu.

Nous vous présentons aussi un homme, âgé de trente-six ans, atteint de rhumatisme chronique, de goutte, et d'artério-sclérose, avec une augmentation considérable de la tension artérielle, hypertrophie du cœur et sclérose des reins (albuminurie) : sous l'influence de l'iodothyrine, les douleurs articulaires, les ostéophytes et les troubles trophiques des ongles s'atténuèrent et finirent par disparaître. En même temps, la tension artérielle baissa considérablement, la polyurie nocturne diminua ainsi que l'albuminurie ; le cœur diminua, lui aussi, légèrement de volume et le deuxième bruit aortique, autrefois si fort et à timbre claquant, devint presque normal. Quant aux artères périphériques, elles ne sont plus ni dures, ni sinueuses, et paraissent avoir récupéré leur souplesse ; le pouls est moins tendu, mais plus rapide.

Nous avons soigné de la même façon un homme, âgé de quarante et un ans, et atteint d'artério-sclérose généralisée ayant déterminé une hémorragie cérébrale et la sclérose des reins (albuminurie). Sous l'influence de l'iodothyrine, on constate au bout de deux mois un abaissement de la tension artérielle et une diminution de la polyurie et de l'albuminurie.

Nous avons actuellement, dans nos salles, plusieurs autres malades atteints d'artério-sclérose et soumis au même traitement que les précédents. Les résultats sont encourageants et nous espérons vous les présenter prochainement très améliorés, sinon guéris.

En somme, voici quatre personnes, atteintes d'affections réputées incurables et contre lesquelles la thérapeutique actuelle ne possède aucun remède certain. Sous l'influence

du traitement thyroïdien, ces malades se sont améliorés à tel point, que nous espérons leur prochaine et parfaite guérison.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 JANVIER 1898)

Examens de doctorat.

LUNDI 9 JANVIER 1898, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Retterer, Broca (André) et Méry.

2e : MM. Ch. Richet, Lannois et Desgrez.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Delbet et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Blum, Humbert et Lejars.

MARDI 10 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Albarran et Wallich; — (2e série) : MM. Le Dentu, Budin et Rémy.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Hartmann et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Raymond et Charrin.

MERCREDI 11 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Poirier et Sébileau.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Lannelongue, Blum et Varnier; — (2e série) : MM. Pinard, Humbert et Walther.

JEUDI 12 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Poirier et Hartmann.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Bonnaire et Thiéry.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez.

VENDREDI 13 JANVIER, à une heure. — 1er : MM. Gariel, Blanchard et Desgrez.

3e (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Teissier.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Thoinot et Dupré.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Joffroy, Lancereaux et Méry.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 14 JANVIER, à une heure. — Dissection, *École pratique* : MM. Rémy, Quénu et Poirier.

2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Gley.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Marfan; — (2e série) : MM. Cornil, Ménétrier et Roger.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Mathieu, directeur de l'École du Val-de-Grâce, membre du comité technique de santé, est placé, à dater du 2 janvier 1899, dans la 2e section (réserve); du cadre des médecins-inspecteurs.

— *Maison de retraite de Villers-Cotterets.* — Des médailles de bronze sont accordées à Mmes Lepage, surveillante de l'infirmerie des femmes, et Miguel, surveillante en chef; à MM. Durand, surveillant de l'infirmerie des hommes, et Archaud, brigadier (grave épidémie de grippe en janvier 1898).

— MM. Albert Robin et P. Dalché commenceront leur leçon de thérapeutique médicale à l'hôpital de la Pitié, le lundi 9 janvier, à sept heures trois quarts. — Les lundis M. Albert Robin traitera successivement les questions suivantes : 1° des fausses utérines. Indications générales du diagnostic et du traitement; 2° traitement hydro-minéral des maladies des femmes. — Les vendredis, M. P. Dalché traitera des maladies de la menstruation, de la puberté et de la ménopause, au point de vue de la thérapeutique gynécologique médicale.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du foie et du pancréas, par E. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. Un vol. in-8° de 1 019 pages avec 132 fig. dans le texte. — Prix : 21 francs. — Paris, O. Doin.

Précis d'auscultation et de percussion, par E. CASSAET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine. (Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine, publiée sous la direction de L. TESTUT.) Un vol. gr. in-18, cartonné toile, de 692 p., avec 158 fig. dans le texte, dont 97 en couleurs. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Précis des maladies des voies urinaires, par A. POUSSON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, chargé du cours complémentaire des maladies des voies urinaires. (Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine, publiée sous la direction de L. TESTUT.) Un vol. gr. in-18, cartonné toile, de 848 pages, avec 206 figures dans le texte dont 25 tirées en couleurs. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Traité d'ophtalmoscopie, par E. ROLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon. Un vol. in-8° — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.

Notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie appliquées à l'orthopédie (étude pour le mécanicien orthopédiste), par le docteur Louis BEURNIER, chirurgien des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Manuel pratique d'opérations gynécologiques, par le docteur VORONOFF, précédé d'une préface du docteur A. RICARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Un vol. in-8° de 389 p. avec 160 fig. dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne, par le docteur G. SERSIRON, 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Agenda médical pour 1899, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des

eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 fr.; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 7 JANVIER 1899. — Nº 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'insuffisance hépatique.

Par le docteur G. CARRIÈRE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,
Chef du laboratoire des cliniques.

I

Le foie, glande vasculaire sanguine, joue un rôle considérable dans la physiologie générale de l'organisme humain. Pour comprendre ce rôle, il faut bien connaître le fonctionnement de la cellule hépatique, qui n'est en somme qu'un foie en miniature au point de vue physiologique.

La cellule hépatique est la plus volumineuse des cellules de l'organisme, elle a une forme spéciale « en réverbère ». Elle se compose d'une masse protoplasmique dans les mailles de laquelle on trouve des granulations graisseuses, des granulations biliaires et des granulations de glycogène.

Au milieu de cette masse protoplasmique se trouve un volumineux noyau à réseau chromatique très serré.

On ne sait pas au juste si la cellule hépatique possède une membrane d'enveloppe.

La cellule hépatique ainsi constituée est entourée de vaisseaux sanguins qui passent sur ses arêtes, et de canalicules biliaires qui se creusent un passage sur ces faces : elle est donc en rapport immédiat et très intime avec le sang où elle puisera des principes nombreux qu'elle élaborera, modifiera et rejettera ou dans le sang ou dans les canaux biliaires.

Ces notions anatomiques superficielles étaient nécessaires à exposer au début de ce travail, car elles mettent fort bien en évidence l'importance physiologique du foie.

Quelles sont maintenant les fonctions de la cellule hépatique que nous venons de décrire ?

1° *La cellule hépatique forme l'urée.* — Meissner, puis Brouardel ont montré que la cellule hépatique s'empare des albuminoïdes du sang et par oxydation ou par synthèse les transforme en amides acides : leucine, tyrosine, glycocolle, créatine, créatinine ; en acide urique et en urée.

Empressons-nous de dire que le foie ne forme qu'une partie seulement de l'urée qui est élaborée dans l'organisme.

2° *La cellule hépatique forme le sucre.* — Les recherches de Claude Bernard ont surabondamment démontré que la cellule hépatique s'empare des substances hydrocarbonées, sucrées, et même de certains albuminoïdes, emmagasine une substance spéciale dite glycogène, qui ultérieurement sera déversée dans le sang, sous forme de sucre, au fur et à mesure des combustions de l'organisme et de ses besoins.

3° *La cellule hépatique forme la bile.* — Les produits de destruction globulaire, l'hémoglobine, l'hématine, mis en présence de la cellule hépatique, perdent leur particule de fer, s'hydratent et se transforment en bilirubine, biliverdine, bilifuscine, biliprasine, bilihumine, qui sont éliminées par la bile.

Il est probable que c'est également au dépens de ces produits de destruction globulaire que se forment les acides et les sels biliaires.

4° *La cellule hépatique arrête les poisons.* — Les recherches de Bouchard et de ses élèves ont prouvé que la cellule hépatique arrête les deux tiers environ des poisons minéraux, la moitié des alcaloïdes végétaux, quel que soit leur mode de pénétration. Elle arrête les substances toxiques absorbées avec les aliments ou celles qui se forment pendant la digestion. Elle les modifie, les transforme en produits non nocifs pour l'organisme.

5° *Elle arrête aussi les microbes*, comme cela a été démontré par Wérigo.

6° *La cellule hépatique possède aussi une sécrétion interne* étudiée par MM. Gilbert et Carnot, mais elle est encore trop mal connue pour que nous y insistions.

7° Enfin *le foie joue un rôle dans l'hématopoïèse*, mais ici encore nous ne saurions insister.

Telles sont, succinctement résumées, les différentes fonctions de la cellule hépatique. Toutes les fois que toutes ces fonctions ou l'une d'entre elles seront amoindries ou supprimées, il y aura insuffisance hépatique. Nous devons ajouter que l'on considère en général toutes ces fonctions comme solidaires les unes des autres et que, lorsque l'une d'entre elles est perturbée, les autres le sont aussi (Roger).

II

Il peut y avoir insuffisance hépatique suivant deux modes bien différents.

a. Ou bien la cellule hépatique malade perd ses fonctions

en totalité ou en partie : c'est l'insuffisance hépatique absolue, proprement dite, celle des maladies du foie, de la cirrhose atrophique par exemple ;

b. Ou bien le travail imposé à la cellule hépatique est au-dessus de ses forces : il y a insuffisance hépatique relative. Prenons des exemples : la quantité de matières sucrées absorbées par un individu est au-dessus de celle que peut fixer la cellule hépatique sous forme de glycogène, il y aura glycémie, glycosurie.

La quantité de poisons élaborés dans l'intestin est au-dessus de la normale : la cellule hépatique ne pourra la détruire, l'annihiler, il y aura insuffisance hépatique relative.

Il y a là une division analogue à celle que Gübler établissait dans l'hémaphéisme. L'ictère hémaphéique, disait-il, est produit : *a*) ou bien parce que la destruction des globules rouges est trop considérable et que la cellule hépatique ne peut suffire à transformer ces déchets en pigments biliaires: c'est l'hémaphéisme relatif; *b*) ou bien parce que la cellule hépatique malade ne peut pas les transformer : c'est l'hémaphéisme absolu.

L'insuffisance hépatique absolue, celle qui dépend d'une lésion de la cellule hépatique, doit seule nous occuper. La seconde est trop mal connue à l'heure actuelle, nous ne nous y arrêterons pas.

Quelques noms se rattachent inséparablement à l'histoire de l'insuffisance hépatique. Ce sont les travaux de Rokitansky, de Budd, de Trousseau ; — ceux de Jaccoud, Mossé, Dreyfus-Brisac; mais ce sont surtout les travaux de Bouchard, de Hayem, de Tissier, de Hanot et de Chauffard qui nous ont fait connaître, jusque dans ses plus intimes détails, ce grand syndrome de la pathologie hépatique, ce syndrome auquel elle tient tout entière.

III

Comment se traduit cliniquement l'insuffisance hépatique ?

On peut, à ce point de vue, établir trois catégories de faits :

1° L'insuffisance hépatique latente ;
2° La petite insuffisance hépatique ou petit hépatisme ;
3° La grande insuffisance hépatique.

A. *Insuffisance hépatique latente*. — Dans un grand nombre de cas, le sujet porteur d'une insuffisance hépatique ne s'en aperçoit aucunement. Ce n'est qu'à l'occasion d'une intoxication passagère (alcool ou médicaments), à l'occasion d'une infection quelconque, qu'apparaissent des accidents manifestes.

Et cependant, même lorsqu'elle est latente, même lorsqu'elle passe inaperçue du sujet, on peut déceler très aisément cette insuffisance hépatique.

C'est du côté des urines que nous trouverons le syndrome révélateur si bien étudié par Hanot et que nous allons maintenant étudier.

Nous avons vu que la cellule hépatique possède quatre fonctions principales et bien connues :

1° La fonction uréogénique;
2° La fonction biligénique;
3° La fonction glycogénique;
4° La fonction d'arrêt des poisons.

Chaque fois que la cellule hépatique est lésée, ses fonctions sont modifiées, nous allons voir dans quel sens.

1° Fonction uréogénique. — Toutes les fois que la cellule hépatique est malade, les albuminoïdes, les peptones subissent des oxydations ou des synthèses imparfaites et incomplètes. Le taux de l'urée tombe au-dessous de la normale : au lieu de 24 à 34 grammes par vingt-quatre heures, le sujet n'élimine que 15, 10 et même 5 grammes d'urée par jour.

De plus, on note dans l'urine une quantité anormale d'acide urique, de la tyrosine et de la leucine.

Pour doser l'urée, on se sert avec avantage du procédé de Denigès (de Bordeaux), d'Yvon, d'Esbach ou de Regnard.

De tous ces procédés, c'est celui de Denigès qui nous semble donner les meilleurs résultats. La place nous manque pour en décrire la technique, mais c'est assurément le plus exact et le plus pratique.

La tyrosine se présente sous forme de fines aiguilles en amas. Pour la déceler on a recours au procédé de Scherer, que je vais exposer dans un instant.

La leucine se présente sous forme de petites boules sphériques. Pour la déceler on a recours au procédé de Scherer.

On évapore sur une platine une petite quantité d'urine à laquelle on ajoute 1 goutte d'acide acétique.

On obtient un résidu jaune, auquel on ajoute 1 goutte de levure de soude, il devient rouge, puis évaporé il tourne au brun noir : les urines renferment de la leucine.

Si, au contraire, après la première évaporation on obtient un résidu incolore qui, en présence de lessive de potasse, donne une goutte huileuse : c'est qu'il s'agit de tyrosine.

L'hypoazoturie est un des éléments les plus importants du syndrome urologique, tout en n'ayant pas une valeur pathognomonique, on l'observe dans une foule de circonstances; elle suit en général la marche de la lésion hépatique, progresse avec elle ou disparaît si celle-ci tend à s'améliorer.

C'est ce qui se produit à la fin de certains ictères infectieux, où la crise polyurique et azoturique est le signe de la guérison.

Ajoutons aussi que leucine et tyrosine disparaissent des urines quand la lésion hépatique guérit.

2° Fonction biligénique. — La cellule hépatique insuffisante, au lieu de fabriquer des pigments biliaires normaux, fabrique des pigments anormaux, tels que l'urobiline et son chromogène le pigment rouge brun — l'urocrythine, l'hématoporphyrine.

L'urobiline est le pigment du foie malade.

L'urobiline provient simplement de l'oxydation de l'hémoglobine. La cellule hépatique surmenée, fatiguée, insuffisante, incapable d'aller jusqu'à la bilirubine, s'arrête en route et ne forme plus que de l'urobiline.

Les urines urobilinuriques ont une teinte acajou comparable à celle du vin de Grenache ou de l'eau de Panama.

Elles sont dichroïques, c'est-à-dire jaunes par transparence et vertes à la lumière réfléchie.

On peut déceler l'urobiline dans une urine, en y ajoutant quelques gouttes de chlorure de zinc ammoniacal : il se produit une belle fluorescence rose : c'est un procédé insuffisant. Mais le vrai moyen clinique de révéler l'urobilinurie, c'est l'examen spectroscopique.

Dans un tube à essai, on verse une certaine quantité d'urine. On ajoute très doucement le long de la paroi de l'eau distillée acidulée. L'urobiline, très diffusible, se dissout dans l'eau, et si l'on examine alors cette eau au spec-

-troscope, on observe une bande d'absorption entre le vert et le bleu, entre les raies *b* et F de Frauenhofer.

L'analyse quantitative de l'urobiline ressort de la chimie pure.

Le chromogène de l'urobiline, en s'oxydant, se transforme en urobiline.

On se sert pour le mesurer de l'urobilinimètre de Riva, qui permet de varier l'épaisseur de la couche d'urine examinée. On chiffre d'abord l'épaisseur minima, qui donne le spectre de l'urobiline ou oxyde, en ajoutant un peu d'eau iodo-iodurée, et l'on mesure alors de nouveau l'épaisseur minima qui donne le spectre de l'urobiline. La différence correspond au chromogène oxydé.

Quant aux autres pigments, ils sont mal connus et les procédés chimiques pour les déceler ne sont guère du ressort de la clinique.

La valeur séméiologique de l'urobilinurie. Sans discuter les différentes théories qui font naître l'urobiline du sang (Poncet); des pigments biliaires extravasés dans le sinus (Quincke, Kiener et Engel); du rein (Leubet) ou de l'intestin (Maly-Robin, Loïa et Riva), nous n'ignorons point qu'on observe l'urobilinurie, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique, sans qu'il y ait altération manifeste de la cellule hépatique.

Malgré tout l'urobilinurie est un bon signe d'insuffisance hépatique, sa disparition indique une rétrocession du processus morbide.

MM. Gilbert et Weill croient que le foie à état normal arrête l'indican et que l'indicanurie est un symptôme de l'insuffisance hépatique (Soc. de biol., 26 mars 1898).

Cette opinion est sans doute un peu excessive, et l'on ne saurait affirmer que l'indicanurie est un signe absolu d'insuffisance hépatique. On l'observe seule, sans aucun des autres éléments du syndrome urologique révélateur, dans une foule d'états pathologiques, et en particulier dans les entérites aiguës et chroniques, la dysenterie. Si l'opinion de MM. Gilbert et Weill est vraie, l'indicanurie serait alors le premier signe de l'insuffisance hépatique.

3° Fonction glycogénique. — La cellule hépatique malade, insuffisante, ne fixe plus le glycogène, laisse passer les matières sucrées dans le sang, d'où glycémie, puis glycosurie.

En 1875, Colrat attira l'attention sur le fait suivant :

Si on fait absorber 15 grammes de sirop de sucre à un sujet dont la cellule hépatique est malade, on voit bientôt apparaître, dans les urines traitées par la liqueur de Fehling, la coloration rouge brique caractéristique.

C'est là le phénomène qu'on appelle : glycosurie alimentaire.

Depuis Colrat, on a signalé la glycosurie alimentaire dans une foule d'états morbides, où l'on soupçonnait une lésion de la cellule hépatique.

Or, en 1895, MM. Linossier et Roques établirent qu'on observe la glycosurie alimentaire chez 16 p. 100 de sujets sains : donc ce signe ne possède pas la valeur qu'on lui attribuait.

Cependant, l'on peut dire que lorsqu'on ne donne que 75 grammes de sirop de sucre, si l'on note la glycosurie, ce procédé conserve une réelle valeur, car, à cette dose, chez des sujets sains, jamais on n'observe la glycosurie.

Il y a donc lieu de reprendre les recherches sur la glycosurie alimentaire en y apportant cette modification.

MM. Roger et Garnier ont récemment proposé un nouveau procédé destiné à mettre en évidence l'insuffisance hépatique.

Si on introduit dans l'intestin une certaine quantité d'hydrogène sulfuré et qu'on cherche à constater son apparition dans l'air expiré au moyen du papier réactif à l'acétate de plomb, on constate qu'il en faut, dans ces conditions-là, cinq fois plus que quand on injecte l'hydrogène sulfuré dans une veine périphérique.

Le foie arrête donc une partie du gaz.

Si la cellule hépatique est malade, il suffit d'une quantité moitié moindre d'hydrogène sulfuré pour voir ce gaz apparaître dans l'air expiré.

Tel est le procédé. Reste à savoir quelle est sa valeur.

4° Fonction d'arrêt des poisons. — La cellule hépatique insuffisante ne retient plus les poisons qui lui parviennent, ces poisons sont éliminés par l'urine dont la toxicité s'élève au-dessus de la normale.

Pour mesurer la toxicité urinaire, on procède de la façon suivante. On prend un lapin de poids P, on le fixe solidement et on place une fine aiguille dans la veine marginale de l'oreille. Cette aiguille communique avec un entonnoir placé à une hauteur telle qu'il s'écoule par l'aiguille 1^{cc} d'urine filtrée et neutralisée en une demi-minute.

On injecte ainsi une quantité Q d'urine, qui produit la mort de l'animal.

On raisonne alors ainsi qu'il suit :

Si pour tuer un poids P de lapin il faut une quantité Q d'urine,

Pour tuer 1 gramme il en faudra P fois moins $= \frac{Q}{P}$

Pour tuer 1 kilogr. il en faudra 1 000 fois plus

$$\text{d'où } x = \frac{Q \times 1000}{P}$$

x désigne la quantité d'urine nécessaire pour tuer 1 kilogr. de lapin.

Le coefficient urotoxique est constitué par la quantité d'urotoxie que l'homme fabrique par kilogramme, en vingt-quatre heures. On obtient ce coefficient en divisant par le poids de l'individu la quantité d'urotoxies émise en vingt-quatre heures.

Exemple : Soit un homme de 65 kilogr. Il émet en vingt-quatre heures 1 200^{cc} d'une urine dont 40^{cc} tuent 1 kilogr. de lapin.

En vingt-quatre heures il émet donc : $\frac{1200}{40} = 30$ urotoxies.

Son coefficient urotoxique est donc de $\frac{30}{65} = 0,460$; c'est le chiffre normal.

On a objecté que ce procédé était défectueux à cause des coagulations sanguines qui se produisent très fréquemment.

Il faudrait, pour éviter cette cause d'erreur, suivre le conseil de MM. Joffroy et Serreaux, de M. Guilhou et mélanger à l'urine quelques centimètres cubes de suc salivaire de sangsue qui empêche les coagulations de se produire.

Quoi qu'il en soit, on devra toujours examiner la toxicité urinaire pour avoir le syndrome urologique révélateur de l'insuffisance hépatique au complet.

B. *Petite insuffisance hépatique; petit hépatisme.* — Mais si l'insuffisance hépatique reste fort souvent méconnue, latente, il n'en reste pas moins vrai que, dans certains cas, elle se révèle à un interrogatoire scrupuleux par tout un

ensemble de petits signes. Hanot comparant ces symptômes aux petits signes du brightisme les appelait petits signes de l'insuffisance hépatique. On pourrait, en suivant l'exemple de M. Dieulafoy pour le petit brightisme, les désigner sous le nom de petit hépatisme.

On observe des symptômes fonctionnels du côté de chacun des appareils de l'organisme.

L'anorexie est tantôt complète, tantôt et le plus souvent élective et porte sur les viandes ou les graisses; la soif assez vive.

La langue est généralement écarlate, jaunâtre ou ocre (Harley); elle est généralement brunâtre en arrière.

Les digestions sont lentes; le malade éprouve après le repas une sensation de pesanteur, de tension épigastrique, il a des nausées, quelquefois des régurgitations non acides. Examine-t-on l'estomac, on trouve la succussion hippocratique et la fluctuation caractéristique. En un mot, on trouve souvent, chez ces malades, les symptômes de ce que M. Bouveret dénomme la myasthénie gastrique.

Le chimisme gastrique, étudié dans des cas de ce genre, présente des modifications contradictoires : ordinairement il y a hypochlorhydrie avec fermentations secondaires.

Le ventre est généralement tympanisé et ce tympanisme, bien mis en évidence par Hanot, est un signe de grande valeur. Les anciens le savaient si bien que Portal avait pu dire que, dans la cirrhose atrophique, « les vents précèdent la pluie, » en faisant allusion au tympanisme qui précède l'ascite.

Le malade est ordinairement constipé, mais avec des crises de diarrhée séreuse présentant une coloration roussâtre assez caractéristique.

Plus rares, et moins caractéristiques sont les symptomes observés du côté de l'appareil circulatoire. La bradycardie, l'hypotension artérielle qu'on observe dans l'ictère orthopigmentaire ne s'observent guère dans l'ictère de l'insuffisance hépatique. En revanche, les hémorragies sont fréquentes. Elles ne sont point dues dans ce cas à des ruptures vasculaires par exagération des circulations collatérales, mais bien vraisemblablement à l'action sur les vaisseaux ou plutôt même sur le système nerveux vaso-moteur, de substances toxiques hémorragiques non annihilées par le foie et analogues à certaines toxines microbiennes.

Ces hémorragies peuvent se faire par n'importe quelle voie (buccale, gingivale, gastrique, intestinale, utérine, broncho-pulmonaire, etc.), elles peuvent se faire sur le tégument externe (purpura).

L'appareil respiratoire est généralement indemne. Il est à noter cependant qu'on observe fréquemment des crises de dyspnée, véritables accès asthmatiformes qu'on ne peut s'empêcher de comparer aux accès d'asthme urémique.

Les troubles du système nerveux sont relativement rares. On doit citer cependant la somnolence, la narcolepsie (Ballet et Lévi), ou l'insomnie, des douleurs sourdes, diffuses dans la continuité des membres; mais ces phénomènes sont moins fréquents que dans les ictères ortho-pigmentaires. Une exception doit être faite pour la somnolence. La tendance irrésistible au sommeil est considérée par quelques auteurs comme vraiment caractéristique de la toxhémie d'origine hépatique (Régis, *Presse médicale*, 1er octobre 1898).

Il n'en est plus de même du prurit. Le prurit est un signe révélateur des plus précoces et des plus constants de l'insuffisance hépatique. M. Bouchard dit qu'« il faut se méfier de ces prurits rebelles à toutes médications et dont on ne peut pénétrer la cause. Ils sont souvent le fait d'une insuffisance hépatique qui souvent aussi dépend elle-même d'un cancer de cet organe ». Notons aussi la sensation de doigt mort et la cryesthésie. Les cas de névrites périphériques dues à la toxhémie hépatique sont contestables.

On observe assez fréquemment des troubles du caractère, les malades sont indifférents, tristes, irritables.

L'asthénie musculaire est très prononcée; il y a sidération des forces (Lévi).

La céphalée est fréquente, sans caractères particuliers.

Les vertiges ne sont pas rares. On note des modifications inconstantes des réflexes (Lévi).

Enfin il convient de signaler certains troubles visuels (héméralopie, hyctalopie, xanthopie, amblyopie, amaurose, rétinite pigmentaire, asthénopie). Nous ne reviendrons pas sur les troubles de la sécrétion urinaire, nous les avons énumérés déjà.

A côté de ces petits symptômes de l'insuffisance hépatique, il en est d'autres plus évidents qui ne tardent point à se manifester : tel est l'ictère.

L'ictère de l'insuffisance hépatique n'a rien de commun avec les ictères pléiochromiques, l'ictère catarrhal ou l'ictère par rétention, tous ictères ortho-pigmentaires (tout au moins au début).

Le type de l'ictère de l'insuffisance hépatique c'est l'ictère méta-pigmentaire c'est-à-dire à pigments modifiés, l'ictère urobilinurique.

Les téguments ont une teinte safranée allant du jaune sale au rouge brun. Les muqueuses ne sont point colorées, à l'exception de la conjonctive qui l'est toujours légèrement.

Nous ne saurions passer sous silence les cas de délire simple et délire aigu, d'origine hépatique.

Le délire simple est un délire de parole et d'action, incohérent, s'accompagnant de niaiseries, d'actes enfantins.

Le délire aigu (folie hépatique de Klippel) peut présenter toutes les formes. Enfin citons la pseudo-paralysie générale hépatique (Joffroy).

Ces délires qui surviennent dans l'insuffisance hépatique sont généralement des délires de rêves ou oniriques. Ils naissent la nuit pendant le sommeil et sont constitués par des associations automatiques et hallucinations d'images et de souvenirs antérieurs et, à un degré plus avancé, persistent le jour, par une sorte de continuité diurne de rêve délirant qui s'est prolongé après un réveil resté incomplet.

Ces rêves ne sont pas les rêves du sommeil normal, mais ceux du sommeil pathologique, du somnambulisme. Ce ne sont pas des rêves auxquels le sujet assiste passivement, mais bien des rêves où, au contraire, il est essentiellement actif.

C'est ce peu d'intensité de coloration de téguments qui a fait dire que « l'ictère urobilinurique voulait être recherché ».

Tels sont les symptômes de la petite insuffisance hépatique.

A ce degré celle-ci peut : se terminer par guérison; — se terminer par la grande insuffisance hépatique.

a. La guérison est tantôt insidieuse, tantôt brusque. — Insidieuse, on voit les accidents progressivement rétrocéder et disparaître; seul le syndrome urologique persiste longtemps encore : aussi ne doit-on conclure à la guérison définitive qu'après sa disparition. La guérison brusque au contraire, celle qu'on observe à la suite de l'ictère catarrhal et de certains ictères infectieux, bénins, se juge par de véri-

tabes phénomènes critiques : accès de polyurie et d'hyperazoturie dont la constatation est d'une extrême importance.

b. Dans le plus grand nombre de cas au contraire, les lésions de la cellule hépatique vont progressant, l'insuffisance hépatique progresse parallèlement et l'on voit alors éclater les symptômes de la grande insuffisance hépatique que nous allons maintenant étudier.

C. *Grande insuffisance hépatique.* — Elle est aux maladies du foie ce qu'est l'urémie aux affections du rein.

Mais ici, il convient de dire que la grande insuffisance hépatique, si elle succède bien souvent à une affection préexistante du foie, peut, dans bien des cas, apparaître brusquement, sans que rien ne puisse la faire prévoir. Il y a donc lieu de distinguer :

Une insuffisance hépatique secondaire ;
Une insuffisance hépatique primitive.

Grande insuffisance hépatique et ictère grave ne sont point absolument identiques. Sans doute l'insuffisance hépatique joue un rôle considérable dans la pathogénie des accidents de l'ictère grave, mais nous ne saurions oublier que l'infection y occupe une part au moins égale, que l'ictère grave doit être considéré comme une toxi-infection. « La maladie, suivant l'expression de Girode, ne tient pas toute dans la phénoménalité hépatique. »

C'est ainsi que l'état fébrile, l'hyperthermie ou l'hypothermie qu'on observe dans quelques cas ne sont nullement fonction de l'insuffisance hépatique, mais bien de l'infection concomitante, et l'on tend à penser aujourd'hui que l'hyperthermie est sous la dépendance d'une infection streptococcique ou staphylococcique, tandis que l'hypothermie dépendrait d'une infection coli-bacillaire.

L'infection, du reste, est favorisée par le fait même de l'insuffisance hépatique. La bile, on le sait (Dupré), joue le rôle d'un antiseptique intestinal, et chasse, comme avec un balai, des voies biliaires, les agents pathogènes qui tenteraient d'y pénétrer. La bile, altérée du fait de l'insuffisance hépatique, ne possède plus ces qualités : l'infection en est la conséquence.

Dans d'autres cas, au contraire, l'infection est bien cause et non plus effet. Voici un sujet alcoolique, dont la cellule hépatique est en état d'insuffisance latente ; il contracte une maladie infectieuse quelconque (érysipèle, pneumonie, etc.). Son foie, incapable d'arrêter et d'annihiler les toxines ainsi formes par les agents pathogènes, subira de ce fait une atteinte plus profonde, et la grande insuffisance hépatique fera son apparition.

Il est donc extrêmement difficile de faire la part de ce qui, dans l'ictère grave, revient d'un côté à l'insuffisance hépatique, et de l'autre à l'infection.

L'aspect extérieur du malade est très caractéristique : c'est l'aspect typhoïde.

Les téguments, tantôt, présentent la teinte de l'ictère urobilinurique, tantôt, au contraire, n'offrent pas trace de pigmentation. Ce dernier phénomène s'applique aux cas qu'on désigne sous le nom d'acholie pigmentaire, il s'explique par ce fait que la cellule hépatique ne fabrique ni pigments normaux, ni pigments modifiés, la sécrétion pigmentaire, la fonction biligénique est suspendue.

Fréquemment, on note des éruptions affectant les types des érythèmes de la roséole, de la scarlatine, le rash variolique ou l'urticaire, le plus souvent, c'est le purpura qu'on observe.

Du reste, les hémorragies sont de règle et se font par toutes les voies (épistaxis, hémoptysies, hématémèses, melæna, métrorragies, hématémèses, etc.).

Le malade délire. Ce délire subcontinu, nocturne, consiste généralement en divagations tranquilles, en marmottements. Parfois, cependant, il y a incohérence, délire d'action avec impulsions motrices.

Mais ce délire est ordinairement entrecoupé d'accès convulsifs éclamptiques (Mya), épileptiformes (Day), de tremblement (Lévi), de secousses fibrillaires, de soubresauts tendineux, de crampes, de contractures tétaniques des groupes musculaires de la face, du cou ou des membres.

Le malade accuse une céphalalgie de plus en plus intense et progressive, bientôt il tombe dans le coma.

Etendu dans son lit, il ressemble alors à un corps étranger. Inconscient de ce qui se passe autour de lui, ses membres sont flasques, il fait sous lui : c'est le marasme au milieu duquel la mort ne tardera pas à apparaître.

La pupille, d'abord immobile, se dilate énormément (Ozanam, Frerichs), et cette mydriase annoncerait la terminaison fatale. Tous ces troubles sont incomplets, mobiles, alternants.

L'appareil circulatoire ne reste point indemne dans cet orage. Le cœur est irrégulier, ses battements sont faibles et lointains, le pouls devient petit et misérable, incomptable ; les membres sont cyanosés.

Le rythme respiratoire est modifié. A une inspiration lente et pénible succède une expiration brusque, suivie d'une longue pause. Quelquefois, on note le rythme de Cheyne-Stokes.

Le malade rejette tout ce qu'il prend, la langue, couverte de fuliginosités, est rôtie, c'est la « langue de perroquet ».

Ajoutons que les urines présentent les modifications caractéristiques déjà signalées.

Tel est au complet l'aspect clinique de la grande insuffisance hépatique ; il est facile de se convaincre de l'analogie qui existe entre cette toxhémie et la toxhémie urémique.

Essayer d'esquisser les divers tableaux cliniques que peut revêtir l'insuffisance hépatique, ce serait faire la pathologie hépatique tout entière. Ils varient en effet du tout au tout, suivant qu'on a affaire à des cas aigus (ictères infectieux bénins, pseudo-catarrhal, ictère grave), à des cas intermittents (ictère à rechute) ou à des cas chroniques (affections hépatiques).

Ce que nous avons voulu exposer ici, ce sont les accidents attribuables à la toxhémie hépatique de manière à permettre au clinicien d'avoir l'esprit toujours en éveil et de déceler de bonne heure l'insuffisance hépatique, quand il se trouvera en présence d'un des phénomènes que nous avons décrits.

IV

Ce n'est point, en effet, la clinique qui nous permet de mettre en évidence l'insuffisance hépatique. Aucun des symptômes que nous avons décrits n'est pathognomonique.

Seul, le syndrome urologique nous permet d'établir le diagnostic. On devra donc le rechercher avec soin.

V

Le diagnostic d'insuffisance hépatique porté, il faudra en rechercher la cause.

Quelles sont ces causes ?

Toutes celles qui sont susceptibles d'adultérer, de léser la cellule hépatique.

Et d'abord, il y a une prédisposition congénitale qui tient à ce fait que la résistance organique n'est pas la même *ab ovo* chez tous les individus. « On naît avec plus ou moins de foie, » disait Murchison. Cette fragilité congénitale de la cellule hépatique a été bien étudiée par Hanot.

J'en ai observé un cas absolument typique. Il s'agissait d'un enfant, dont la mère est manifestement atteinte de lithiase biliaire, et qui a lui-même présenté à trois reprises différentes, à un an et demi, à trois ans et à cinq ans, des poussées d'ictère à la suite de petites indigestions. A plusieurs reprises, j'ai noté chez lui l'existence du syndrome urologique en dehors de ces accès ictériques.

L'insuffisance hépatique s'observe à tous les âges.

Dans le jeune âge, sa fréquence s'explique par la fréquence même des affections gastro-intestinales.

L'âge adulte est la période de la vie où s'observe le plus communément l'insuffisance hépatique : c'est l'âge des intoxications et des infections.

La vieillesse n'en est point exempte. A un âge avancé, le parenchyme hépatique est véritablement amoindri par régression évolutive normale ou xérose, ou par suite de la longue série des infections pathologiques et des intoxications quotidiennes.

Sur 33 vieillards de soixante-dix ans et au-dessus que j'ai examiné à ce point de vue, on notait :

La glycosurie alimentaire . . . . 17 fois.
L'hypoazoturie . . . . 20 —
L'urobilinurie . . . . 12 —
L'hypertoxicité urinaire . . . . . 12 —

Rien d'étonnant dès lors à ce que certains symptômes fréquents chez les vieillards : prurit, insomnie, somnolence, etc., soient sous la dépendance d'une insuffisance hépatique latente.

La cellule hépatique est aussi plus facilement lésée chez la femme que chez l'homme. La vie sédentaire de celle-ci, les phases de sa vie génitale (grossesse, ménopause) en sont les causes principales.

L'influence qu'exerce la constriction du corset sur la stagnation de la bile doit aussi entrer en ligne de compte.

Chez la femme, le foie préparé par un surmenage mécanique de neuf mois d'auto-intoxications (Schwab, 1898) par déviation de la nutrition, n'oppose plus qu'une faible barrière à l'infection massive qui peut se faire au niveau de la vaste plaie placentaire.

C'est là la cause la plus ordinaire de l'ictère grave, expression la plus élevée d'une insuffisance hépatique brutale produite sous l'influence de la streptococcie puerpérale.

Les individus de souche arthritique offriraient aussi dans la cellule hépatique un « locus minoris resistentiæ », mais le fait doit être confirmé.

Les causes déterminantes de l'insuffisance hépatique peuvent se ranger en trois grandes catégories :

a. Les maladies de l'organe hépatique;

b. Les intoxications;

c. Les infections, et encore cette dernière catégorie se ramènerait à la seconde, car les agents infectieux, les microbes, agissent bien plutôt par leurs toxines que par eux-mêmes.

A. *Maladies primitives de l'organe hépatique.* — Les congestions actives du foie, celles qu'on observe dans les intoxications ou dans les infections, s'accompagnent transitoirement d'insuffisance hépatique, caractérisée le plus souvent par l'apparition du syndrome urologique seul, rarement par du subictère et les accidents qui sont consécutifs.

Rappelons-nous que, dans ces cas, on note ordinairement la dislocation trabéculaire, parfois l'infiltration pigmentaire de la cellule et nous aurons l'explication de cette insuffisance hépatique.

b. La congestion passive du foie, le foie cardiaque ne s'accompagne pas, dans les premiers temps, d'insuffisance hépatique : tout au contraire il y a hyperazoturie (Parmentier).

Mais à une période plus avancée on voit apparaître le syndrome urologique. Plus tard même, les malades peuvent présenter le tableau clinique assez particulier de l'asystolie hépatique : c'est celui de l'asystolie banale à laquelle se surajoute un ictère urobilinurique parfois très foncé. Les téguments revêtent parfois une coloration bronzée qui peut en imposer au premier abord et faire penser à la maladie d'Addison ou à la cirrhose pigmentaire d'autant plus que le foie est généralement énorme et dépasse de trois à quatre travers de doigt et quelquefois davantage le rebord costal.

A ce degré la guérison peut se produire, l'ictère disparaît, le foie reprend son volume normal, quitte à s'hypertrophia de nouveau lors d'une nouvelle poussée (foie en accordéon de Potain).

Dans d'autres cas, la mort survient dans un état de marasme fait d'un mélange de cachexie cardiaque et de cachexie hépatique.

c. Dans la cirrhose biveineuse, l'insuffisance hépatique est précoce, ce qui s'explique anatomo-pathologiquement par la précocité des lésions dégénératives de la cellule hépatique. Ici encore, ce sera le syndrome urologique qui décélera l'insuffisance latente, puis peu à peu cette insuffisance deviendra manifeste et la cachexie hépatique fera son apparition.

Les guérisons sont rares, sauf dans la cirrhose alcoolique hypertrophique où, disent certains auteurs, elles seraient assez fréquentes. Toutefois, même dans ces cas, il ne faut point se presser, suivant le conseil de Hanot, et ne pas conclure à la guérison définitive avant la disparition du syndrome urologique.

d. Dans la cirrhose hypertrophique (maladie de Hanot), l'insuffisance hépatique serait plus tardive. Anatomo-pathologiquement ce fait s'explique, parce que les lésions de la cellule hépatique sont bien plus tardives et parce que, d'autre part, on voit se produire fréquemment ces hypertrophies compensatrices du foie bien étudiées par Hanot et son élève Kahn.

e. Dans la syphilis tertiaire du foie l'insuffisance hépatique est fréquente et rapide dans son apparition.

f. Les cirrhoses impaludiques qui s'accompagnent aussi très fréquemment d'altérations cellulaires, présentent presque toujours les signes de l'insuffisance hépatique.

g. Le cancer du foie est une des affections de cet organe qui s'accompagnent le plus fréquemment et le plus rapidement d'insuffisance hépatique.

Dans le cancer primitif elle est rapide et précoce, intense. Dans le cancer secondaire elle est aussi de règle. « Méfiez-vous, dit Küssmaul, quand, dans le cancer de l'estomac

vous voyez apparaître le syndrome urologique. C'est qu'il y a des noyaux secondaires dans le foie. »

Je ne partage point son opinion car, dans quatorze cas de cancer de l'estomac j'ai observé le syndrome urologique et jamais il n'y avait de nodules hépatiques.

A mon avis l'intoxication cancéreuse suffit à léser la cellule hépatique, à produire le syndrome urologique sans qu'il soit besoin de formation cancéreuse dans le foie.

h. Dans la tuberculose du foie, dans le foie gras des tuberculeux, dans la forme hypertrophique de Hanot-Lauth, l'insuffisance hépatique est inconstante ; il en est de même du syndrome urologique révélateur.

i. Dans la dégénérescence graisseuse et dans la dégénérescence amyloïde du foie, l'insuffisance hépatique s'observe encore. On peut cependant affirmer que, dans sa dégénérescence amyloïde le syndrome urologique apparaît très tardivement.

j. Enfin on l'a signalée aussi dans l'angiocholite aiguë ou chronique, et ce serait en produisant l'angiocholite qu'agirait le cancer du pancréas pour produire l'insuffisance hépatique.

B. *Intoxications*. — L'insuffisance hépatique s'observe dans presque toutes les intoxications, qu'elles soient :

a. Exogènes.

b. Endogènes : auto-intoxications.

c. Microbiennes.

a. Parmi les premières, l'intoxication phosphorée tient à coup sûr la première place.

Le phosphore ingéré à dose toxique produit d'abord des accidents gastro-intestinaux, résultats de l'action caustique du phosphore sur la muqueuse digestive.

Puis après douze, vingt-quatre heures, tout se calme, calme trompeur, car vers le troisième jour apparaissent des accidents d'une tout autre nature. Dus aux lésions dégénératives de la cellule hépatique, ces accidents présentent le tableau clinique de la grande insuffisance hépatique, c'est l'ictère grave phosphoré. L'ictère va progressant, les urines sont très colorées, les selles incolores (acholie pigmentaire). Le foie est volumineux et douloureux, le malade a des vomissements, des hémorragies multiples, de la rachialgie, de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, de la courbature, des secousses musculaires, voire même des convulsions.

Les urines très foncées renferment de la leucine, de la tyrosine.

La mort survient en cet état, à moins qu'une intervention thérapeutique active ne mette fin à ces graves accidents. Ces faits sont d'une explication facile, si l'on se rappelle que Wegner, expérimentalement, a produit dans le foie une dégénérescence graisseuse massive et rapide que l'on retrouve du reste à l'autopsie des sujets qui meurent intoxiqués.

L'alcool produit aussi très fréquemment l'insuffisance hépatique. Cassaët a signalé le syndrome urologique dans l'alcoolisme aigu. Généralement il disparaît après une première atteinte.

Il y aurait lieu de rechercher si l'ictère *a crapula* n'est pas dû à une insuffisance hépatique passagère plus tôt qu'au bouchon muqueux de Virchow.

Dans l'intoxication alcoolique chronique l'insuffisance hépatique est fréquente. Le plus souvent en effet, il y a cirrhose, mais même sans cirrhose on observe le syndrome urologique chez 75 p. 100 des vieux buveurs.

Du reste, on sait, depuis les expériences de Lancereaux, Stranmann, Roger, etc., que l'alcool a une action dégénérative rapide sur la cellule hépatique.

L'insuffisance hépatique est fréquente dans le saturnisme.

Dans la colique de plomb MM. Surmont et Brunelle ont noté l'hypoazoturie, l'excrétion de substances incomplètement oxydées (acide urique, xanthine, etc.) en quantité exagérée. Lorsque l'accès se termine, il se produit une crise polyurique et azoturique.

Personnellement j'ai examiné, à ce point de vue, 6 cas de colique saturnine, 6 fois j'ai noté la glycosurie alimentaire, l'hypectoxicité des urines et l'urobilinurie.

Il y a donc syndrome urologique révélateur dans le saturnisme aigu.

Il en est de même dans le saturnisme chronique. Et il n'est pas rare de voir de vieux saturnins, pâles, maigres, aux chairs flasques, à la face jaunâtre et bouffie. Si on examine leurs urines on note le syndrome urologique.

Du reste, il suffit de se rappeler que Th. Ollivier a produit expérimentalement, à l'aide du plomb, des lésions dégénératives de la cellule hépatique, pour s'expliquer ces phénomènes.

Dans l'hydrargyrisme aigu ou chronique, Hopp Seyler a trouvé l'urobilinurie. Il est probable que l'on y rencontrerait aussi, si on les recherchait, l'hypoazoturie, la glycosurie alimentaire et l'hypertoxicité des urines.

Enfin on a noté l'existence du syndrome urologique révélateur dans l'arsenicisme aigu ou chronique, dans l'intoxication sulfo-carbonée, oxycarbonée, chez les cocaïnomanes, chez les morphinomanes, les éthéromanes. Je l'ai observée chez un buveur de chloral.

b. *Poissons autochtones ou endogènes*. — Dans une série de recherches entreprises avec le concours de mon ami M. Castels, en 1895-1896, et calquées sur celles de M. Gaucher, j'ai obtenu des lésions dégénératives des cellules hépatiques chez des animaux à qui j'injectais la leucine, la tyrosine, la créatine, la créatinine, et l'acide lactique. Ces lésions consistaient en nécrose de coagulation, tuméfaction trouble et dégénérescence graisseuse.

Il n'est donc pas étonnant de constater que, dans les cas où il y a perturbation digestive, on peut voir apparaître l'insuffisance hépalique et son syndrome urologique.

C'est ainsi qu'on l'a notée dans la gastro-succhorée, maladie dans laquelle MM. Cassaët, de Benech ont isolé des substances éminemment toxiques, dans la dilatation de l'estomac, le cancer de l'estomac, et certains cas de gastrite.

Hanot, Teissier, d'autre part, ont fort bien mis en évidence les rapports qui réunissent le foie et le tractus intestinal.

L'intestin est, nous le savons, « un laboratoire de poisons, » qui proviennent ou des fermentations alimentaires, ou de la vie des microbes, qui constituent la flore intestinale. Que cette production de poisons s'exagère, et voilà l'insuffisance hépatique qui va se produire.

C'est ce qui se passe dans la dysenterie, les diarrhées aiguës ou chroniques, le choléra nostras (Carrière), en particulier dans les gastro-entérites de l'enfance.

b. On a noté aussi l'insuffisance hépatique dans certaines auto-intoxications générales ou diathésiques. C'est ce qui se passe chez les arthritiques, les obèses et les goutteux. Chez les diabétiques et les urémiques, les faits d'insuffisance hépatique sont complexes et difficiles à débrouiller.

c. Intoxications microbiennes. — Il est peut-être un peu prématuré de dire que les microbes agissent toujours sur le foie par l'intermédiaire des toxines qu'ils sécrètent.

Cela est probable, mais non encore démontré.

Nous ne savons rien sur ce qui se passe à se sujet dans la scarlatine, la rougeole, la varicelle.

Dans la fièvre typhoïde on note, fréquemment, le syndrome urologique révélateur de l'insuffisance hépatique. Dans le service de mon maître, M. le professeur Pitres, sur 6 cas de dothiénenterie, je l'ai noté 4 fois.

On l'a signalé dans le typhus, dans le paludisme (Brousse, Roques et Lemoine); dans le choléra indien (Oddo); dans la variole (Auché); dans l'érysipèle (de Villemor); la diphtérie, l'infection puerpérale, la pneumonie, et certaines congestions pulmonaires (Carrière).

J'ai signalé aussi la présence du syndrome urologique révélateur dans deux cas de purpuras infectieux, et dans la grippe. Dans cette dernière maladie M. Hayem avait signalé l'urobilinurie; mon élève Moussou a signalé des troubles plus profonds dans le fonctionnement de la cellule hépatique.

Dans la tuberculose pulmonaire on note assez fréquemment la présence du syndrome urologique révélateur. Chez certains phtisiques, on note même une teinte ictérique, presque bronzée, des téguments (Carrière).

Enfin l'insuffisance hépatique est notée dans la syphilis secondaire, et l'ictère secondaire devrait probablement lui être attribué bien plus qu'à la roséole des canaux biliaires comme le voulaient certains auteurs.

Dans tous ces cas l'infection microbienne est connue et bien déterminée dans sa nature et son évolution.

Il en est d'autres, au contraire, où l'insuffisance hépatique relève d'une action microbienne mal déterminée.

L'ictère catarrhal fait peut-être partie de ce groupe; sa nature infectieuse n'est pas démontrée.

Il n'en est plus de même des ictères infectieux proprement dits.

Ceux-ci peuvent se présenter sous deux formes :

a. Forme simple,
b. Forme typhoïde.

a. La forme simple évolue en deux temps : dans la première phase (cinq à six jours), on n'observe que des phénomènes généraux d'infection; dans la seconde apparaissent les signes de l'insuffisance hépatique :

Ictère avec signes de rétention biliaire. Ictère catarrhal infectieux de Chauffard.

Ictère avec diarrhée bilieuse contenue. Ictère pléïochromique de Stadelmann.

Cette seconde période a une durée variable.

Elle se termine par des symptômes critiques (diurèse, azoturie, chute de la température, disparition des phénomènes généraux).

Mais la cellule hépatique ne recouvre que lentement son intégrité (Chauffard et Girode).

b. La forme typhoïde (Mathieu, Weill), débute par une période d'incubation (de 10 à 15 jours) brusquement.

Les premiers signes sont des signes d'infection : frissons, fièvre, céphalée, rachialgie, asthénie, courbature, anorexie, vomissements bilieux.

Du sixième au huitième jour apparaissent les signes de la participation hépatique : ictère, syndrome urologique; hémorragies diverses.

L'état général s'aggrave, l'état typhoïde et les phénomènes de dépression se sont accentués, et certains malades meurent à cette période.

Le plus souvent, cependant, huit à quinze jours après le début de l'ictère, on voit se produire une rémission.

Cette rémission est définitive ou transitoire.

Quand elle doit être définitive elle est marquée par une diurèse et une diaphorèse très marquée, l'hypothermie est prononcée, le malade dort profondément.

Si la rémission ne doit être que transitoire, la diurèse et la diaphorèse sont nulles ou presque nulles, la chute thermique est moins franche, l'hypermégalie hépato-splénique persiste.

Puis au bout de trois à quatre jours se produit une nouvelle rechute, pendant laquelle reparaissent tous les symptômes de la période d'état.

Au bout de trois à huit jours se produit la crise qui annonce définitivement, cette fois, la guérison.

On a signalé, enfin, l'insuffisance hépatique chez les cancéreux, dans la leucémie et dans l'athrepsie.

Telles sont les causes déterminantes de l'insuffisance hépatique. Elles sont nombreuses, on le voit, et, cependant, toutes n'agissent qu'en lésant la cellule hépatique.

VI

Cette lésion, il est vrai, peut se présenter sous différents aspects.

1. La plus fréquente d'entre ces dégénérescences est la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les poisons organiques et microbiens amènent très fréquemment la dégénérescence graisseuse. Le fait a été prouvé expérimentalement pour l'alcool (Magnan, Sabourin, Dujardin-Beaumetz et Audigé, Mairet et Combemale, Stranmann, von Kahlden, Ad. Laffitte); le plomb (Laffitte); le phosphore (Wegner); les acides organiques (Boix, Carrière et Castels). Il est aussi prouvé pour la diphtérie (Roux et Yersin, Morel), l'érysipèle (Achalme), la maladie pyocyanique (Charrin), la fièvre typhoïde (Legry et Roger), le choléra (P.-H. Papillon).

L'infiltration et la dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique tiennent à des causes multiples au premier rang desquelles figurent : l'intoxication et le défaut d'oxydation par ralentissement des combustions organiques.

Le protoplasma s'infiltre de granulations disséminées qui se réunissent en gouttes de plus en plus volumineuses, dont la coalescence en une seule goutte, occupant la presque totalité de la cellule, transforme celle-ci en une véritable vésicule graisseuse.

Le noyau se transforme différemment suivant qu'il y a infiltration ou dégénérescence.

S'il y a infiltration, le noyau conserve ses caractères normaux : il est seulement refoulé à la périphérie.

S'il y a dégénérescence, la chromatine nucléaire est altérée, le noyau s'hypertrophie, se multiplie ou s'atrophie : il ne prend qu'avec peine les colorants nucléaires.

2. La dégénérescence amyloïde est aussi la résultante d'une toxi-infection. Expérimentalement, on l'a reproduite avec des toxines pyocyaniques (Kraskow), celle du bactérium termo (Candorelli Mangeri).

La cellule conserve son volume normal, mais le noyau disparaît, masqué par l'infiltration amyloïde. La matière

amyloïde qui a envahi la cellule se colore en rouge en présence du violet de méthyle.

3. La dégénérescence pigmentaire est moins connue au point de vue expérimental.

Dans le foie muscade, les cellules hépatiques sont remplies de granulations brunes plus ou moins volumineuses, solubles dans l'alcool, insolubles dans l'acide acétique.

Le plus ordinairement c'est le pigment ocre que l'on rencontre (impaludisme, diabète bronzé).

Ces granulations pigmentaires sont formées par un hydrate ferrique que Auscher et Lapicque nomment rubigine.

Le pigment ocre apparaît dans le protoplasma cellulaire sous forme de poussière dont les grains s'agglomèrent ensuite en masses muriformes de 2 à 3 μ de diamètre ou constituent des blocs plus épais encore.

Le noyau cellulaire d'abord rejeté à la périphérie, s'atrophie puis disparaît.

Après sa mort l'élément cellulaire reste, représenté par des blocs jaunes plus ou moins réguliers.

On note aussi, mais plus rarement, des pigments mélaniques.

4. Dans la tuméfaction trouble que quelques auteurs ont reproduite expérimentalement à l'aide de toxines microbiennes, la cellule se gonfle, ses angles disparaissent; le protoplasma granuleux prend mal les réactifs; le noyau est volumineux, dédoublé, en voie de karyokynèse. A une période plus avancée, le noyau lui-même ne se colore plus, on ne distingue plus qu'une tache enkystée à peine visible.

5. La tuméfaction transparente, plus rare que la précédente, est caractérisée par ce fait que la cellule hépatique est transformée en un bloc transparent. Il en est de même dans la dégénérescence vitreuse.

6. La dégénérescence granulo-fragmentaire, que j'ai reproduite expérimentalement à l'aide de toxines du bacille de Koch, se caractérise par la désintégration en fragments irréguliers du protoplasma et du noyau.

Telles sont les principales lésions de la cellule hépatique. N'oublions pas qu'un même poison organique ou microbien peut produire telle ou telle de ces lésions, parfois même plusieurs d'entre elles en même temps.

A côté de la lésion cellulaire, on peut trouver des lésions accessoires ou secondaires, qui varient suivant la nature de la cause : sclérose, vascularité, cancer, etc., et qui sont souvent elles-mêmes le primum movens de la lésion cellulaire.

VII

Le pronostic de l'insuffisance hépatique dépend de la cause qui la produit et de l'état du rein du sujet qui en est atteint.

Il est aisé de comprendre, en effet, que le pronostic d'une insuffisance hépatique apparue à la suite d'un excès alcoolique inhabituel sera essentiellement bénin, tandis qu'il sera essentiellement grave, si vous le voyez apparaître chez un alcoolique invétéré ou chez un cirrhotique.

Le pronostic dépend aussi de l'état du rein. M. Bouchard a montré le rôle que joue l'insuffisance rénale surajoutée à l'insuffisance hépatique : ce serait là la cause primordiale de l'ictère grave qui ne serait, d'après lui, qu'une toxhémie rénale. Le fait est aisé à comprendre si le filtre rénal est intact, il suffira à déverser au dehors les poisons qui s'accumulent dans l'organisme par suite de l'insuffisance hépatique. S'il vient à être lésé, il ne pourra suffire à sa tâche, l'intoxication en sera la résultante.

Le pronostic de l'insuffisance hépatique, indépendamment de ces deux facteurs, dépend de bien d'autres causes.

C'est une épée de Damoclès constamment suspendue sur la tête du malade.

La moindre infection, la moindre intoxication (même médicamenteuse) peut jouer le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le vase et peut amener l'apparition des accidents de la grande insuffisance et de ses conséquences.

D'un autre côté, le tableau clinique de certaines maladies peut être modifié profondément par le fait de l'insuffisance hépatique. C'est peut-être la cause de la tendance hémorragique de certains états infectieux : variole, fièvre typhoïde, etc. Telle est sans doute aussi l'origine des formes bilieuses de certaines maladies infectieuses : dothiénentérie, impaludisme, etc.

Par elle-même, débarrassée de toute circonstance accessoire aggravante, le pronostic de l'insuffisance hépatique est sérieux. Depuis les travaux de Hanot, on sait que le terme d'insuffisance hépatique équivaut à lésion de la cellule hépatique.

Cette lésion de la cellule hépatique indique une fragilité fonctionnelle, qui ne demandera qu'une occasion pour se manifester de nouveau.

Il est donc nécessaire de toujours suspecter et d'entourer de soins pieux le foie d'un sujet qui a été atteint d'insuffisance hépatique.

VIII

La thérapeutique devra donc être prophylactique et curative.

Prophylactique, elle consistera, dans les affections susceptibles de produire l'insuffisance hépatique et que nous avons énumérées, elle consistera, dis-je, à éviter tout surmenage hépatique, à mettre l'organe au repos.

Essayer de supprimer la cause : telle sera la première indication. Réduire *a minima* le rôle, l'intoxication qui est le plus souvent en cause. Pour ce faire diminuer les fermentations intestinales par le régime lacté qui, de plus, aura l'immense avantage de favoriser par la diurèse l'élimination des substances capables de léser la cellule hépatique.

Le traitement curatif variera essentiellement, suivant la cause. C'est à cette cause que nous devons nous attaquer, suivant les moyens thérapeutiques appropriés.

En second lieu on devra s'attaquer à l'insuffisance hépatique et dans les cas graves ce sera même de la thérapeutique d'urgence.

Dans le petit hépatisme, il faudra mettre le foie au repos. On proscrira tous les alcools, le vin, les mets épicés, les salades, le vinaigre, les sauces, les graisses, les viandes noires, les mollusques et les crustacés, les fromages et les substances fermentées ou de conserve.

Le lait sera donné à doses modérées : ne pas en abuser, réserver son action énergique pour le cas où la grande insuffisance ferait son apparition.

Ne point négliger l'antisepsie intestinale à l'aide du salol, du benzo-naphtol et surtout du calomel, le protecteur du foie par excellence.

L'hydrothérapie surtout sous forme de douche hépatique

locale (Lancereaux), les frictions sèches ou alcoolo-térébenthinées viendront en aide à ce traitement en favorisant les oxydations.

Si des accidents faisaient prévoir l'approche de la grande insuffisance, il faudrait évacuer *larga manu* le tube digestif à l'aide de purgatifs salins répétés, et même recourir aux grands lavements antiseptiques froids.

De plus il faudra éviter l'infection possible en faisant l'antisepsie générale à l'aide du sulfate de quinine ou du salicylate de soude.

On augmentera la chasse urinaire en soumettant le sujet au régime lacté absolu, en y ajoutant la lactose, la caféine ou mieux encore la théobromine. Dans quelques cas, on augmentera encore l'élimination toxique par l'injection hypodermique de pilocarpine.

Dans la grande insuffisance hépatique, la thérapeutique doit être rapide, énergique et pressante :

On insistera sur l'élimination des poisons :

a. Par la diurèse : lactose, régime lacté absolu, caféine, théobromine;

b. Par la diaphorèse : injection de nitrate de pilocarpine.

c. Par les purgatifs froids salins très énergiques et les lavements.

d. Par la saignée qui donnera d'excellents résultats.

On réduira à minima la production de nouveaux poisons :

a. En faisant l'antisepsie intestinale.

b. En favorisant les oxydations. Le benzoate de lithine qui s'élimine en hippurates, les inhalations d'oxygène, l'essence de térébenthine ozonisée donneront d'excellents résultats.

On combattra les infections microbiennes toujours menaçantes par l'antisepsie générale : sulfate de quinine, salicylate de soude ou injections hypodermiques d'acide phénique, sauf contre-indications (hypothermie, tendance à l'adynamie, coma, menaces d'hémorragie).

Étant donné les notions que nous possédons sur le fonctionnement du foie et sur l'insuffisance hépatique, il était logique de songer à remplacer la glande malade par l'extrait qu'on pouvait en retirer : de là est née l'opothérapie hépatique. Entre les mains de MM. Gilbert et Carnot, l'opothérapie hépatique semble féconde en applications et riche en résultats thérapeutiques et expérimentaux. Néanmoins avant de se prononcer sur sa valeur, il est nécessaire d'accumuler les résultats.

Enfin le praticien aura à remplir des indications thérapeutiques symptomatiques : hémorragie, hypothermie... sur lesquelles nous ne saurions insister ici.

Par l'application de ces moyens on fera souvent œuvre utile et vraiment médicale, sans qu'on puisse se dissimuler qu'ordinairement telle œuvre n'est malheureusement point durable, et que le plus souvent, hélas ! le sujet retombe de Charybde en Scylla.

Bibliographie. — Bouchard. *Auto-intoxications*. — Boix. Th. de Paris, 1894. — Brouardel. Urée et foie, *Arch. de physiol.*, 1874. — Bidau. Th. de Paris, 1896. — Brunelle. Glycosurie alimentaire et colique de plomb, Soc. de biol., déc. 1894. — Colosanti. Fonctions protectrices du foie, *Arch. ital. de biol.*, XXVI, 358. — Cassaet et Mongour. Surmenage hépatique, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1895. — Cassaet. Fonctions de la cellule hépatique dans certaines affections du tube digestif, Soc. de biol., 11 mars 1893. — Chauffard. In *Traité de médecine*; — Guérison apparente et réelle dans les maladies du foie, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1890. — Charrin. Action des toxines sur le foie, Soc. de biol., 13 mars 1893; — *Poisons de l'organisme*. — Debove-Achard. *Manuel de médecine*, t. VI. — Ducamp. *Rev. de méd.*, 1890. — Frerichs. *Maladies du foie* (trad. Duménil et Pellagot). — Ferrari. Physiologie pathologique de la cellule hépatique, *Rev. venet. sc. méd.*, mars 1897. — Greletty. Th. de Paris, 1873. — Gilbert et Weill. Soc. de biol., 26 mars 1898. — Gilbert et Carnot. Opothérapie hépatique, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1897-98; — Congr. de Montpellier, 1898. — Hanot. Congr. de Bordeaux, 1895; — Considérations sur les cirrhoses alcooliques, *Semaine méd.*, 29 avril 1893; — Acholie pigmentaire, *Semaine méd.*, 1895; — Congr. de Budapest, 1894; — Considérations sur l'ictère grave, *Semaine méd.*, 5 août 1893. — Hayem. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1890-91. — Harley. *Maladies du foie*. — Linossier et Roques. Acad. de méd., 26 mars 1895. — Levi. Troubles nerveux dans les maladies du foie, *Gaz. des hôpit.*, 6 juin 1896; — *Arch. gén. de méd.*, 1896. — Moussou. Th. de Bordeaux, 1896. — Mafucci et Sirleo. Foie dans les maladies infectieuses, *Centralbl. f. Allg. Path.*, 1896. — A. Mathieu. *Arch. gén. de méd.*, fév. 1887; — *Rev. de méd.*, janv. 1885; — Roger. Th. de Paris, 1887; — *Rev. des sc. pures et appliquées*, 15 fév. 1894; — *Physiologie normale et pathologique du foie*, Encyclopédie Léauté, 1893; — Fonctions du foie, *Ann. de méd.*, 1894. — Roger et Garnier. Soc. de biol., 2 juillet 1898. — Régis. Des délires d'auto-intoxication, *Presse méd.*, 3 août 1898. — Riva. *Écoles italiennes de médecine de Milan*, 1894. — Surmont (de Bruxelles). *Arch. gén. de méd.*, juillet 1894. — Tymowsky. Th. de Paris, 1889.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Maurice de Fleury nous prie d'annoncer que c'est par erreur que le décret qui le nomme chevalier de la Légion d'honneur lui donne le titre de directeur du laboratoire de psychologie physiologique à la Salpêtrière. Le titulaire de ce poste est le très distingué docteur Pierre Janet.

— Par décision de S. A. le bey de Tunis, ont été promus dans l'ordre du Nichan Iftikar :

Au grade de commandeur. — MM. le médecin principal de deuxième classe Yvert; — les médecins-majors de première classe Ucciani et Roeser.

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Keim et Rivière; — Wavelet, médecin aide-major de première classe; — André, pharmacien-major de deuxième classe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Galippe est nommé chef du laboratoire de clinique obstétricale.

— Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le jeudi 9 mars 1899, à l'École de médecine d'Alger

— Un congé d'inactivité est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le docteur Dumontpallier, médecin du lycée Louis-le-Grand.

— La Société de géographie a décerné son prix annuel à MM. Huguet, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital du Dey, et Pelletier, lieutenant aux tirailleurs algériens.

— La Société médicale du XVII[e] arrondissement de Paris vient de renouveler son bureau de la manière suivante :

Président, M. René Belin; vice-présidents, MM. Gaucher et Duboys de Lavigerie; secrétaire général, M. Ducor; secrétaires annuels, MM. Farret et Rochebois.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 4. — MARDI 10 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 10 JANVIER 1899. — N° 4.

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 janvier 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'épidémie de méningite cérébro-spinale n'est pas éteinte. M. Netter en a observé de nouveaux cas, et présente à la Société le cerveau d'un jeune homme de dix-neuf ans, mort, la veille, de cette maladie. Il existe des plaques de pus dans les méninges craniennes. Cette présentation de pièce est l'occasion que saisit M. Netter de revenir sur les rapports qu'affectent entre eux le pneumocoque et le méningocoque. Nous ne dirons que quelques mots à ce sujet, car l'auteur annonce qu'il y reviendra plus amplement ultérieurement. Il est certain qu'il existe des différences, entre le pneumocoque et le méningocoque; ces différences déjà indiquées par M. Netter, sont devenues plus évidentes depuis les dernières communications de MM. Chantemesse, Bezançon et Griffon. Mais on est en droit cependant de penser que le méningocoque est une variété de pneumocoque, comme une race à part de même micro-organisme.

Il arrive quelquefois que des malades rendent, au cours d'un **cancer gastrique**, par vomissements, des parcelles de leur tumeur. D'autres fois aussi ces parcelles sont retirées par le lavage et sont d'une utilité incontestable pour le diagnostic qu'elles affirment ; si bien, que des auteurs ont dit, ce qui est évidemment exagéré, que la présence de ces particules du cancer était le seul signe *certain* de la maladie. En tout cas, ces particules cancéreuses sont communément fort petites et parfois à peine visibles. C'est ce qui rend particulièrement intéressante la communication faite par M. Mathieu à ce sujet. Il apporte en effet des végétations cancéreuses rendues dans un vomissement par un malade de son service ; ces végétations ont l'aspect de véritables polypes, elles atteignent les dimensions, à peu près, de la dernière phalange du petit doigt. Elles ont un aspect mamelonné, irrégulier. Ces végétations, examinées au microscope, montrent qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

M. Merklen présente un malade atteint de **périgastrite consécutive à un ulcère simple de l'estomac**. Il y a plusieurs mois, cet homme, au cours d'un ulcère simple, eut un abcès gazeux sous-diaphragmatique dû à la perforation de cet ulcère.

Peu de temps après, des crises douloureuses très violentes éclatèrent; ces douleurs siégeaient dans la région épigastrique, remontaient vers le cou et irradiaient dans les bras. Elles apparaissaient, soit après l'ingestion des aliments, soit pendant la station debout. De ces deux caractères et en se basant sur les antécédents du malade, on put conclure à des adhérences ou à un ulcère chronique de l'estomac. Une laparotomie fut faite qui montra des adhérences multiples et une union intime de l'ulcère à la face inférieure du foie. Ces adhérences furent sectionnées; le contact de l'estomac et du foie ne put être supprimé. Après quinze jours d'amélioration, les douleurs reparurent, provoquées seulement par la station debout. Deux mois après, elles nécessitèrent une nouvelle intervention. M. Faure réséqua l'ulcère stomacal et la partie du foie attenante. Les douleurs disparurent pendant deux mois, puis revinrent sous une autre forme. Actuellement le malade est en somme dans un état satisfaisant.

Cette observation est des plus suggestives, car elle touche aux points les plus délicats de la pathologie gastrique : au diagnostic de l'ulcère simple, au diagnostic des adhérences et surtout au choix de l'intervention.

M. Hayem, qui a pu examiner le malade pendant un certain temps, fait remarquer que, dans ce cas, le diagnostic des adhérences était relativement facile, car l'estomac était si absolument fixe, qu'il ne bougeait jamais, soit qu'on l'insufflât, soit qu'on l'emplît de liquide ; la grande courbure ne changeait jamais de place.

Le choix de l'intervention est donc particulièrement délicat. M. Merklen a eu l'heureuse inspiration de la tenter au mieux du malade. C'est là une question que devraient discuter ensemble les médecins et les chirurgiens.

DE L'EXTRAIT PHYSIOLOGIQUE NASO-PHARYNGIEN
ET DE SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le docteur R. FAUVEL (de Paris).

Les découvertes microbiologiques et les recherches physiologiques modernes ont attiré l'attention sur une branche de la physiologie qui est née d'hier : l'immunité.

Les études de Buchner, de MM. Robin, Metchnikoff et du professeur Charrin ont établi que, pour résister aux attaques incessantes du micro-organisme ambiant, l'organisme humain était pourvu de fonctions de défense, lesquelles neutralisent l'action des microbes et de leurs toxines, à l'état physiologique.

Partie de la théorie humorale de Buchner, l'immunité devient une fonction cellulaire avec M. Metchnikoff et arrive tout récemment à la théorie glandulaire de M. le professeur Charrin.

Attribuer, comme le savant allemand, l'immunité aux humeurs de l'organisme, et spécialement au sang, était une erreur: le courant sanguin est la citadelle que l'immunité doit défendre contre les attaques de l'extérieur.

Il n'est pas plus recevable de penser que le globule blanc est seul à assurer l'immunité : cet élément est indispensable à la fonction qui nous occupe, cela est certain, mais il joue un rôle plus important à l'état pathologique qu'à l'état physiologique.

Comme l'entend M. le professeur Charrin et comme M. Richet l'a également exposé dans une monographie remarquable, l'immunité est une fonction complexe, disposant de moyens variés suivant les endroits du corps humain qui doivent être défendus.

Ces moyens variés sont constitués par les procédés mécaniques, physiques et biologiques employés par la nature ; et ces procédés mécaniques, physiques et biologiques varient eux-mêmes suivant les tissus (cutanés, muqueux) et les endroits de ces tissus au niveau desquels il faut assurer l'immunité.

Au niveau des orifices muqueux, le tissu glandulaire, en particulier, prend une importance telle que la vue révèle immédiatement les masses glandulaires qui y résident, et que la moindre irritation produit sur ces glandes une hypersécrétion très active.

A l'entrée des voies respiratoires, qui nous occupent spécialement en ce moment, les glandes muqueuses et les glandes vasculaires sanguines sont plus nombreuses : les premières sont remarquables par leur importance, aussi bien comme développement que comme nombre ; les secondes forment des amas, tantôt dissimulés sous la muqueuse (exemple : au niveau des replis aryténo-épiglottiques et de l'apophyse basilaire); tantôt nettement agglomérés (exemple : les amygdales).

Ces glandes jouent un rôle physiologique prépondérant : la pathologie nous montre que la suppression de leurs fonctions entraîne rapidement l'invasion bacillaire des bronches.

Les expériences de Straus ont démontré que les germes pathogènes les plus variés peuvent exister dans le pharynx, lorsque la muqueuse fonctionne normalement, sans entraîner le moindre désordre dans la santé. Il est certain que l'air qui pénètre dans les bronches doit se débarrasser dans le vestibule des voies respiratoires des poussières et micro-organismes qu'il entraîne.

Ce rôle d'arrêt, de neutralisation, de destruction, est dévolu au système glandulaire si important des muqueuses *nasale*, *pharyngée*, laryngée et trachéale.

M. le professeur Dieulafoy a montré la présence du bacille de Koch dans les amygdales, chez les tuberculeux au début et chez les individus préparés à la tuberculose pulmonaire.

Nous avons pu assez souvent prévoir, chez des individus vivant dans un milieu de tuberculeux sans interruption, l'invasion de la tuberculose pulmonaire, en constatant l'existence de pharyngites tuberculeuses; d'un autre côté, l'examen méthodique des tuberculeux et les interrogations sur leurs antécédents ont toujours démontré que la tuberculose avait attaqué d'abord la muqueuse des premières voies respiratoires avant de descendre, par les bronches, vers l'alvéole pulmonaire. Il était donc rationnel de penser que la muqueuse, exerçant une fonction si importante à l'état physiologique, devait posséder des propriétés thérapeutiques spéciales et utilisables lorsque, l'état pathologique étant survenu, sa fonction est partiellement ou totalement supprimée.

Pourquoi cette sécrétion qui neutralise les toxines des bacilles mis en contact avec la muqueuse à l'état normal, ne donnerait-elle pas les mêmes résultats lorsque les toxines ont pénétré dans l'organisme devenu malade ?

L'expérience de MM. Wurtz et Lermoyez avait démontré, en 1893, le pouvoir bactéricide du mucus nasal « in vitro ». Cette même expérience a été reprise en Allemagne et publiée en 1897 : elle a donné le même résultat.

Préparation. — Nous avons adopté la méthode de Brown-Séquard pour préparer l'extrait de la muqueuse naso-pharyngienne : le véhicule peut être, soit la glycérine, soit le sérum artificiel; nous utilisons la muqueuse soit du chevreau, soit de l'agneau, bien saine, ne présentant aucune hypersécrétion, aucune hyperémie.

Cette muqueuse hachée est mise douze heures en contact avec le liquide choisi, filtrée au papier, stérilisée à 100 degrés par la méthode de Tyndall, et mise en ampoules de 3 centimètres cubes. Nous devons avouer que cette préparation présente de grandes difficultés : une température trop élevée, une macération insuffisante ou le mauvais état de conservation des muqueuses employées donnent un liquide d'une activité nulle. Il est donc bon de n'employer qu'une préparation présentant de sérieuses garanties.

Avant de procéder à des injections hypodermiques sur l'homme, nous avons essayé le liquide sur l'animal.

Expérience. — Nous avons pris quatre cobayes de quatre semaines environ et d'un poids moyen de 170 grammes.

Le numéro 1, injecté deux fois de 2 centimètres cubes, pesait, deux mois après, 325 grammes.

Le numéro 2, injecté deux fois de 3 centimètres cubes, pesait deux mois après, 275 grammes.

Les numéros 3 et 4, non injectés pèsent, deux mois après 270 et 255 grammes.

Résultat. — Les animaux injectés ont présenté une vivacité plus grande que les deux autres, un appétit plus marqué et leur poids était supérieur. Ces résultats se sont maintenus; plusieurs mois après, les animaux injectés avaient un aspect plus prospère et leur taille et leur poids étaient restés supérieurs à ceux des témoins.

Après cette expérience, nous pouvions être autorisés à pratiquer des injections hypodermiques de l'extrait naso-pharyngien chez l'homme.

Nous avons fait six injections hypodermiques à un homme sain à deux jours d'intervalle; aucune modification ne s'est produite, ni dans la fréquence du pouls, ni dans l'élévation de la température.

Il nous était donc permis de tenter l'application du produit à des tuberculeux.

Notre premier sujet nous a pleinement confirmé nos prévisions.

M. X..., cinquante-huit ans, comptable, est malade depuis deux ans; il ne présente aucun antécédent héréditaire, est marié et n'a pas eu d'enfants.

Il a maigri de cinq kilogrammes depuis cinq mois et pèse, au moment de sa première piqûre d'extrait, 49 kilogrammes.

Toux très vive, pharyngite et laryngite tuberculeuses, sommet droit nettement envahi et présentant une caverne, crachats épais, abondants et présentant, à l'analyse microscopique, de nombreux bacilles de Koch. Fièvre du soir très marquée, 39 degrés environ; pouls à 120. Soif vive, peu d'appétit, essoufflement, faiblesse musculaire; urines très chargées en urates et phosphates, ni sucre, ni albumine. Transpirations nocturnes abondantes. Excitation cérébrale, nuits mauvaises. Dimanche 1er novembre 1896, mardi 3 et jeudi 5 novembre, une injection hypodermique d'extrait pharyngien de chevreau. — Le 8 novembre, M. X... se trouve mieux, l'appétit est bon : le pouls oscille de 78 à 94, la température varie de 37°6 à 38°2. Les transpirations n'existent plus.

Nous supprimons les injections hypodermiques et le dimanche 15 novembre, les symptômes décrits précédemment ont reparu.

Nous avons rétabli et supprimé plusieurs fois les injections hypodermiques et chaque série d'injections nous a donné régulièrement une suppression presque complète de l'état morbide, tandis que la suppression du traitement laissait reparaître l'intoxication tuberculeuse.

Après un traitement régulier, M. X... reprend ses travaux; au bout de deux mois, il pèse 53 kilos et aujourd'hui il se porte bien, malgré quelques atteintes nouvelles, mais plus faibles que la première, et que le traitement a facilement guéries. . . . . (*A suivre.*)

DE L'INFLUENCE DU SEXE

SUR LA TRANSMISSIBILITÉ DU CANCER DE L'ESTOMAC

Par M. le docteur Émile Lairé, de Carignan (Ardennes).

Le sexe a-t-il une influence quelconque sur la transmissibilité du cancer, et en particulier du cancer de l'estomac? Peu ou point d'auteurs, croyons-nous, se sont encore occupés de cette question intéressante à plus d'un titre, la contagion et l'hérédité ayant été jusqu'ici envisagées dans l'étiologie du cancer.

Le docteur Arnaudet (de Cormeilles), qui, en 1889, dans la *Normandie médicale*, a publié une étude des plus curieuses sur le cancer en Normandie, n'en fait pas mention, il voit surtout l'action d'un élément étranger. Un autre médecin de Normandie, le docteur Rebulet, en l'espace de huit ans, a observé dans sa clientèle qui comprend environ 3 500 habitants, 106 cas de cancer et particulièrement des cancers de l'estomac, *mais presque exclusivement chez l'homme.* La population était composée d'ouvriers travaillant le drap et de quelques cultivateurs. Tous, dit-il, ont une nourriture saine et abondante et boivent en grande quantité du cidre léger contenant 6 p. 100 d'alcool par litre; deux litres et plus par repas, d'où de fréquentes dyspepsies et dilatations. Devons-nous trouver là la cause de la grande fréquence du cancer de l'estomac, sorte de *locus minoris resistantiæ?*

Il nous semble bien plutôt qu'on doive voir là l'influence du sexe, influence qui se manifeste conjointement avec l'hérédité, car comment se fait-il que le cancer reste limité aux hommes, puisque, et le docteur Rebulet l'avoue lui-même, les femmes boivent autant?

Passons à l'examen des faits, et étudions les observations, au nombre de 21, rapportées par le docteur Rebulet :

Observation	Cas
Observation I. — Une cancéreuse, E. N..., quarante-neuf ans (cancer utérin), a un père et deux de ses oncles morts de cancer de l'estomac soit 3 cas cancer homme. . . .	3
Obs. III. — Une cancéreuse, F. L... (cancer utérin), a un père mort de cancer de l'estomac soit 1 cas homme. . . .	1
Obs. V. — Cancéreuse, F. A..., cinquante-cinq ans (cancer utérin), a deux cousins morts cancéreux soit cas homme. . . .	2
Obs. VI. — E. M..., quarante-quatre ans (cancer du sein), un de ses oncles mort cancéreux. . . .	1
Obs. VII. — F. C..., cinquante-deux ans (cancer du sein), père cancéreux	1
Obs. VIII. — F. P..., cinquante-quatre ans (cancer du sein), père mort cancéreux. . . .	1
Obs. IX. — Cancer du sein, père mort du cancer de l'estomac. . . .	1
Obs. X. — L..., quarante-huit ans (cancer du testicule), père mort de cancer de l'estomac. . . .	1
Obs. XII. — O..., quarante-huit ans, père mort de cancer de l'estomac. . . .	1
Obs. XIV. — D..., cinquante-deux ans (cancer de l'estomac), père mort de cancer de l'estomac	2
Obs. XV. — C..., cinquante-quatre ans (cancer du pylore), deux oncles morts de cancer de l'estomac. . .	3
Obs. XVI. — G... (cancer de l'estomac). Sa femme morte à soixante et onze ans d'un cancer de l'estomac.	1
Obs. XVII. — N..., quarante-cinq ans (cancer du cardia), père mort cancéreux. . . .	2
Obs. XIX. — C..., cinquante-deux ans (cancer de l'œil), deux oncles morts cancéreux. . . .	2
Obs. XXI. — L..., cinquante-deux ans (cancer du foie), père mort de cancer de l'estomac. . . .	1
Total. . . .	23

Une seule observation, la seizième, comporte un cancer de l'estomac femme. Les 23 autres cancers de l'estomac, cités dans les observations du docteur Rebulet, s'appliquent à des hommes. Ces faits ne parlent-ils pas d'eux-mêmes et la conclusion de cette statistique ne peut-elle se formuler ainsi : le sexe exerce une influence indéniable sur la transmissibilité de la néoplasie stomacale?

Arrivons maintenant à l'examen d'une autre statistique, celle du docteur Manichon (d'Oulchy-le-Château), nous y trouvons :

Famille	Cas
1re famille. — B. P..., cinquante-huit ans, cancer de l'estomac. 3 fils morts de cancer de l'estomac, soit 4 cas homme. . . .	4
2e famille. — N. G..., cinquante-huit ans, cancer de l'estomac. Une parente et une fille mortes de cancer l'estomac. . . .	1
3e famille. — C. A..., soixante-deux ans, mort de cancer de l'estomac. Son père, son fils et une nièce morts du cancer de l'estomac. . . .	3
4e famille. — G. A..., mort du cancer de l'estomac. Un fils mort du cancer de l'estomac. . . .	2
A reporter. . . .	10

Report. 10

6ᵉ FAMILLE. — D. A..., soixante-quatorze ans, mort du cancer de la vessie. Deux fils et une fille morts du cancer de l'estomac. 2

7ᵉ FAMILLE. — T. E..., soixante-cinq ans, mort du cancer de l'estomac. Deux fils morts du cancer de l'estomac. 3

8ᵉ FAMILLE. — D. H..., mort à soixante-deux ans de cancer de l'estomac. Un fils et une nièce morts de cancer de l'estomac. 2

9ᵉ FAMILLE. — F. P..., mort à quarante-neuf ans de cancer de l'estomac. Un fils mort de cancer de l'estomac. 2

10ᵉ FAMILLE. — L. S..., mort à soixante-quatre ans de cancer de l'estomac. Un fils, une fille et une petite-fille morts de cancer de l'estomac. 2

11ᵉ FAMILLE. — B. A..., mort à cinquante-neuf ans de cancer de l'estomac. Un frère et un fils morts de cancer de l'estomac. 3

12ᵉ FAMILLE. — H. S..., mort de cancer de l'estomac. Un fils mort de cancer de l'estomac 2

13ᵉ FAMILLE. — R. E..., mort à cinquante-huit ans de cancer de l'estomac. Un fils mort de cancer de l'estomac 2

16ᵉ FAMILLE. — D. P..., mort à soixante-deux ans de cancer de l'estomac. Deux fils morts de cancer de l'estomac. 3

18ᵉ FAMILLE. — L. J..., mort de cancer de l'estomac. Un fils et une fille morts de cancer de l'estomac 2

21ᵉ FAMILLE. — J. F..., mort de cancer de l'estomac. Cinq fils morts de cancer de l'estomac. 6

22ᵉ FAMILLE. — L. H..., mort de cancer de l'estomac. Un fils, cancer de l'estomac. 2

Total. 41

En résumé, sur 23 familles, nous trouvons 41 cas de cancer de l'estomac chez des hommes, tandis que 16 cas seulement de cancer de l'estomac sont relevés dans ces mêmes familles chez des femmes, soit presque une proportion de 3/1.

De plus, dans 8 familles, le cancer de l'estomac porte exclusivement sur des hommes, et dans une seule exclusivement sur des femmes.

Enfin, dans 5, il porte sur les uns et les autres, mais bien plutôt sur les hommes que sur les femmes :

Dans la 1ʳᵉ famille. .	1 homme,	2 femmes.
— 2ᵉ — . .	3 —	1 —
— 3ᵉ — . .	2 —	1 —
— 4ᵉ — . .	2 —	2 —
— 5ᵉ — . .	2 —	1 —
Soit au total	10 hommes,	7 femmes.

Enfin, si l'on considère les familles au nombre de 6 où le cancer de l'estomac s'est rencontré avec d'autres néoplasies, mais en bien plus grande proportion qu'elles, on trouvera comme cancers de l'estomac :

Dans la 1ʳᵉ famille. .	1 homme,	2 femmes.
— 2ᵉ — . .	3 —	1 —
— 3ᵉ — . .	3 —	1 —
— 4ᵉ — . .	2 —	1 —
— 5ᵉ — . .	2 —	2 —
— 6ᵉ — . .	2 —	1 —
Au total	13 hommes,	8 femmes.

Ici encore l'hérédité cancéreuse apparaît bien plus chez l'homme que chez la femme, et si nous comparons à présent les deux statistiques que nous venons d'exposer, nous aurons un total de 81 cas de cancer de l'estomac, pour lesquels nous trouvons :

1ʳᵉ statistique :	23 cas chez les h. contre	1 chez les f.
2ᵉ —	41 —	16 —
En tout	64 cas chez les h. contre	17 chez les f.

Soit presque une proportion de 4/1, autrement dit sur 5 cas de cancer de l'estomac, 4 se rencontrent chez l'homme et 1 seulement chez la femme.

Que conclure, sinon la plus grande prédisposition de l'homme à contracter la néoplasie? — Il s'agit ici d'un fait qui saute aux yeux, qui ressort nettement de l'exposé des statistiques. A quoi l'attribuer? Ce sont des personnes vivant dans les mêmes milieux, avec les mêmes habitudes, de même souche, dans les mêmes conditions hygiéniques. La nourriture est la même, la boisson identique. Nous avons voulu simplement signaler le fait et la conclusion qui s'en dégage : tel est le but de ce modeste exposé.

THÉRAPEUTIQUE

Pommade contre les engelures.

1° Sous-acétate de plomb. . . 2 grammes.
Acide phénique. . . . . . 50 centigrammes.
Oxyde de zinc. . . . . . . 15 grammes.
Vaseline. . . . . } *ââ* 20 —
Lanoline. . . . . }

2° Sous-acétate de plomb. . 2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth . 6 —

Traitement de la toux post-grippale (CAPITAN).

Parmi les manifestations actuelles de la grippe, il n'en est pas de plus tenace que la toux. Elle est actuellement, dans beaucoup de cas, particulièrement pénible, et bien peu de médicaments arrivent à la calmer. Nombre de malades, une fois la période d'état passée, continuent à avoir de vraies quintes coqueluchoïdes qui font leur désespoir et souvent celui du médecin.

Voici tout d'abord une formule due à Sänger, qui dit s'en être bien tvouvé (chez des phtisiques).

Il prescrit 5 pilules en vingt-quatre heures d'extrait sec d'hydrastis canadensis (1 à 5 centigrammes par pilule). Ou bien encore, il fait prendre cinq fois par jour, avant les repas, XXX à XL gouttes dans un peu d'eau du mélange :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis. } *ââ* p. e.
— — d'ergot de seigle . . . }

La toux diminuerait très vite, l'expectoration deviendrait plus visqueuse et moins abondante.

Contre cette toux grippale à forme coqueluchoïde si déságéable et si tenace, nous avons plusieurs fois employé la formule suivante :

Teinture de drosera . . . . } *ââ* 2 grammes.
— de grindelia . . . }
Alcoolature de racines d'aconit. 1 —
Bromoforme . . . . LX gouttes.
Glycérine pure 2ᶜᶜ

VI à XV gouttes, trois à quatre fois par jour, dans un peu de vin blanc sucré.

Ce véhicule, singulier en apparence, masque très bien le goût fort peu agréable de cette préparation.

Les résultats que nous avons obtenus ont été excellents. Les quintes de toux diminuent de fréquence et d'intensité et finissent par disparaître. (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1899. — Présidence de M. BERGER.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

M. ROUTIER fait connaître les résultats de sa pratique et s'efforce de poser les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale. Il s'applique tout d'abord à distinguer les cas dans lesquels le traitement médical peut être mis en œuvre avec chances de succès. Ce traitement médical est le suivant : diète, opium et application de glace sur le ventre. Il combat énergiquement l'emploi des purgatifs.

Quand une appendicite tend à se terminer par suppuration et qu'il se forme un abcès, la guérison est souvent obtenue dans ces cas. Dans les cas aigus, il importe d'opérer de bonne heure. Quand on trouve le péritoine rouge, un liquide louche, la situation est peut-être plus grave que quand on trouve une suppuration franche bien limitée. Autant que possible, il vaut mieux aller à la recherche de l'appendice et l'enlever. Quand on ne le fait pas lors d'une première intervention, on est souvent obligé d'ouvrir de nouveau le ventre plus tard pour opérer à froid. Ce qui est dangereux en matière d'appendicite, ce n'est pas la suppuration, l'infection locale, c'est l'infection généralisée.

Comparant les résultats de l'opération faite à froid avec l'opération urgente faite en présence d'accidents aigus graves, M. Routier déclare n'avoir jamais perdu un seul des malades qu'il a opérés à froid. Quand on opère un malade atteint d'appendicite, on trouve toujours des lésions plus considérables que celles auquelles on s'attendait. Au point de vue du diagnostic, M. Routier attache beaucoup plus d'importance au pouls qu'à la température. C'est le pouls surtout qui indique la gravité du pronostic, et il aime mieux avoir affaire à un malade ayant 39 degrés et 100 pulsations qu'à un malade ayant 38 degrés et 130 pulsations. M. Routier attache également une grande importance à l'émission des gaz. L'absence des gaz a pour lui autant de gravité dans l'appendicite que dans l'occlusion intestinale ou la hernie étranglée. C'est pour M. Routier une indication précise d'intervenir aussitôt que possible. En pareil cas, il faut opérer de suite. Douze heures d'attente peuvent coûter la vie au malade.

M. Brun avait soutenu qu'en présence d'une attaque légère d'appendicite, on pouvait attendre au lendemain pour prendre une détermination relativement à l'intervention. M. Routier a à se reprocher d'avoir suivi ce conseil émanant d'un collègue dans l'opinion duquel il a toute confiance. Il s'agissait d'un enfant, fils d'un employé de l'hôpital Necker. Les internes de M. Routier le voient pour la première fois légèrement atteint le dimanche soir. M. Routier le voit le lundi matin. Sous l'influence de l'opinion émise peu de temps avant par M. Brun, il attend et revoit l'enfant le mardi matin. Le pouls était insaisissable, l'enfant était mourant; M. Routier l'opère *in extremis*; il succombait quatre heures après. Il est convaincu que, s'il l'avait opéré le lundi matin, il l'eût sauvé. Il est donc bien difficile d'émettre des règles précises et de distinguer bien nettement les cas dans lesquels on peut se contenter encore du traitement médical, des cas dans lesquels on doit intervenir de suite. Pour M. Routier, l'état du pouls, l'absence de gaz, sont des raisons d'intervenir immédiatement.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Routier fait l'incision antérieure le long du bord externe du droit antérieur; il fait l'incision très petite, va chercher l'appendice, lie aussi près que possible de la base au catgut, lie le mésocolon, touche au thermocautère la surface de muqueuse et tout ce qui peut rester de muqueuse au-dessus de la ligature, ferme la plaie par un seul plan de sutures et ne draine que dans les cas aigus.

M. RECLUS demande à M. Routier s'il a constaté plus de cas d'éventration après les cas opérés à chaud qu'après les cas opérés à froid.

M. ROUTIER répond qu'il ne se rappelle pas avoir constaté d'éventration consécutive à ses opérations pour appendicite.

M. TILLAUX, à propos de la communication de M. Routier, tient à faire devant la société de chirurgie la déclaration suivante : dans une autre enceinte, il a été dit qu'avec un bon diagnostic, avec une intervention à temps et une bonne technique, on ne devait pas mourir d'appendicite. M. Tillaux n'accepte pas cela et il regrette de n'avoir pas été présent à la séance où ont été prononcées ces imprudentes paroles. Il ne faut pas laisser s'accréditer cette opinion auprès de parents qui seront en droit, dès lors, d'adresser des reproches au chirurgien qui aurait le malheur de perdre un enfant opéré d'appendicite. Il faut bien qu'on sache que, même toutes ces précautions étant prises, on peut avoir des revers et l'auteur même de cette proposition a cité un cas où l'opération a été faite par M. Routier et où la mort est survenue. Pourtant, M. Routier avait fait un bon diagnostic, avait opéré à temps et avait certainement suivi une bonne technique.

M. BAZY cite une observation d'éventration survenue chez un enfant opéré d'appendicite à chaud et précisément par l'incision inférieure, celle que l'on prétend exposer le moins aux éventrations.

PRÉSENTATIONS

Paralysie radiculaire du plexus brachial. — M. TUFFIER présente un malade qui, après une chute de sa hauteur, se releva avec le bras absolument inerte. Il alla trouver un rebouteur qui lui réduisit une luxation, mais son bras n'en resta pas moins inerte. Il s'agit ici d'un arrachement de toutes les racines du plexus brachial ayant déterminé une paralysie flasque, complète du membre. M. Tuffier se propose de faire la suture nerveuse.

Sarcome du genou. — M. SCHWARTZ présente un malade qu'il a opéré, il y a quatre ans, d'un sarcome à myéloplaxes par la résection des régions condyliennes du fémur. Il n'y a pas trace de récidive.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Extrait du journal de Jean de Roye (1460-1483).

Par BERNARD DE MANDROT.

Oudit moys de janvier IIII^c LXXIIII, advint que ung franc archer de Meudon, près Paris, estoit prisonnier es prisons de chastellet, pour occasion de plusieurs larrecins qu'il avoit faictes en divers lieux et mesmement en l'église dudit Meudon; et, pour lesdiz cas et estranglé au gibet de Paris, nommé Montfaucon, dont il appella en la court de Parlement, ou il fut mené pour discuter de son appel. Par laquelle court et par son arrest fut ledit franc archer déclairé avoir mal appellé et bien jugié par le prévost de Paris, pardevers lequel fut renvoié pour exécuter sa sentence. Et,

ce mesme jour, fut remonstré au roy par les médecins et chirurgiens de ladicte ville que plusieurs et diverses personnes estoient fort traveillez et molestez de la pierre, colique, passion et maladie du costé, dont pareillement avoit esté fort molesté ledit franc archer, et que aussi desdictes maladies estoit lors fort malade monseigneur du Boschage, et qu'il seroit fort requis de veoir les lieux ou lesdictes maladies sont concrées dedens les corps humains, laquelle chose ne povoit mieulx estre sceue que inciser le corps d'un homme vivant, ce qui povait bien estre fait en la personne d'icellui franc archer, qui aussi bien estoit prest de souffrir mort. Laquelle ouverture et incision fut faicte ou corps dudit franc archer, et dedens icellui quis et regardé le lieu desdictes maladies. Et, après qu'ilz orent esté veües, fut recousu et ses entrailles remises dedens, et fut, par l'ordonnance du roy, fait très bien penser, et tellement que, dedens XV jours après, il fut bien guery et ot remission de ses cas, et ot remission sans despens, et si lui fut donné avecques ce argent.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 16 AU 21 JANVIER 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 16 JANVIER 1899, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Varnier et Legueu ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Humbert et Delbet ; — (2e série) : MM. Blum, Lejars et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Hayem, Dupré et Méry ; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 17 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Bonnaire et Faure ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Achard et Thiroloix ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Le Dentu et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Hallopeau et Vaquez.

5e (2e partie, 2e série), *Hôtel-Dieu* : MM. Debove, Troisier et Charrin ; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 18 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Sébileau et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Walther et Lepage ; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 19 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Hartmann et Thiéry.

2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse et Gley.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Vaquez et André ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 20 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Launois et Broca (André).

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Delbet et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Humbert, Walther et Legueu ; — — (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Teissier ; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Blum, suppléant.

SAMEDI 21 JANVIER, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Raymond, Rémy et Langlois.

3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Ménétrier et Roger ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Poirier.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur LE SOURD, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous serais infiniment obligé de faire paraître dans votre estimé journal la lettre suivante de M. Capmartin, pharmacien à Blaye :

« Monsieur le docteur Picot,

Vous m'avez assigné devant le tribunal de Blaye à raison de la publication que j'ai faite de votre portrait avec notice sur la couverture d'une brochure réclame à mon sirop Jane.

Vous m'avez autorisé d'abord à publier votre portrait dans un annuaire médical, puis de le publier en spécimen en attendant la publication de l'annuaire.

Je me suis cru dès lors bien autorisé à placer ce spécimen sur la couverture de ma brochure, alors que telle n'était pas votre intention.

C'est un malentendu que je regrette bien vivement.

En conséquence, je supprimerai désormais votre portrait dans les tirages nouveaux et je détruirai les exemplaires qui restent du tirage déjà fait.

Je vous autorise à publier cette lettre dans les journaux de médecine, si vous le jugez utile.

Il est bien entendu que cette déclaration mettra fin au procès qui, dans ces conditions, n'a plus de raison d'être.

Veuillez agréer, monsieur le docteur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Signé : CAPMARTIN.

Blaye, le 31 décembre 1898. »

Cette lettre a été transmise à M. Saignat, professeur à la Faculté de droit, mon avocat, par M. P. Tardy, avocat à Blaye, avocat de M. Capmartin.

Je vous remercie, monsieur le rédacteur et très honoré confrère, et je vous prie de recevoir l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr PICOT,
Professeur de clinique médicale.

Bordeaux, le 5 janvier 1899.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 6 janvier 1899, rendus sur la proposition du ministre de la guerre :

M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'Ecole du service de santé militaire, membre du Comité technique de santé, est nommé directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce en remplacement de M. le médecin-inspecteur Mathieu, admis dans la section de réserve.

M. le médecin-inspecteur Nogier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, est nommé directeur de l'Ecole de service de santé militaire à Lyon, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Kelsch.

— Par décret, en date du 6 janvier 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Cartier, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Long, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe, docteurs Emily, en remplacement de M. le docteur Cartier, promu ; — Guitton, en remplacement de M. le docteur Dedel, retraité.

— Par décret en date du 6 janvier 1899, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole : MM. les docteurs Bordas (de Paris),

Susini (d'Aullène) et Rançon, médecin principal des colonies à Pondichéry.

— On nous demande de publier le décret de réorganisation de l'École du Val-de-Grâce. Ce décret, en date du 27 octobre dernier, est assez important pour que nous donnions satisfaction aux nombreuses demandes qui nous sont faites, et nous le publierons dans notre prochain numéro.

— L'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, à l'occasion de son centenaire, a nommé membres honoraires : MM. d'Arsonval, Berthelot, Bouchard, Brouardel, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Félix Guyon, Lannelongue, Marey, Ollier et Roux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gars (de Saint-Valéry-sur-Somme) et Alfred Leplat (de Lille).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion des courses de Nice et du tir aux pigeons de Monaco, la Compagnie délivrera, jusqu'au 18 janvier 1899, des billets d'aller et retour, 1re classe, valables pendant vingt jours, et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes; 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.

On trouvera ces billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

— Depuis le 4 janvier, un service quotidien de train de luxe, composé de voitures à lits-salons, est organisé entre Paris et Vintimille et *vice versa*.

Train L 17. Départ de Paris à 7 h. 20 soir. Nice 11 h. 40 matin. Vintimille 1 h. 29 soir.

Train L 18. Départ de Vintimille à midi 52. Nice 2 h. 5 soir. Paris 7 h. 15 matin. Premier départ de Vintimille : 6 janvier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 5. — JEUDI 12 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 12 JANVIER 1899. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Proust a lu la première partie d'un rapport très documenté sur la distribution géographique de la peste et les épidémies navales. Nous attendrons la fin de cet important travail pour le résumer ; mais nous pouvons, dès à présent, retenir ce fait de la communication de M. Proust, qu'en général les mesures de protection ont été prises d'une manière tout à fait insuffisante et trop tardivement sur les navires égyptiens et anglais.

On parle beaucoup, un peu partout, des bienfaits de la médication thyroïdienne. Dans la dernière séance encore, M. Lancereaux communiquait deux intéressantes observations dans lesquelles cette médication avait donné d'excellents résultats. Ses indications paraissent, en effet, se multiplier. Parmi les affections qu'elle est appelée à combattre, il en est une, l'obésité, pour laquelle on a singulièrement exagéré son application. Grâce aux prospectus et aux réclames de toutes sortes, les gens du monde se sont jetés sur ce moyen de maigrir sans même prendre l'avis de leurs médecins. Il en est résulté parfois d'assez graves accidents. Il faut donc féliciter M. François-Franck d'avoir porté cette question à la tribune de l'Académie et d'avoir fait connaître les méfaits dont peuvent se rendre coupables l'abus ou l'usage immodéré de la médication thyroïdienne.

MM. Lancereaux, Potain et Huchard se sont associés aux sages réserves de M. Franck et, sur leur proposition, l'Académie a nommé une commission chargée d'émettre un vœu pour que la vente des préparations thyroïdiennes ne soit pas libre.

L'Académie a entendu ensuite quatre communications d'ordre chirurgical. M. Lejars a présenté une malade qui avait avalé 18 sous. Elle en a rendu 7 par les selles, et M. Lejars lui a retiré les 11 autres de l'œsophage par la gastrotomie.

M. Charier (d'Angers) a fait connaître un nouveau mode de débridement en dehors du sac dans la hernie étranglée.

M. Doyen a décrit un nouveau procédé de gastro-entérostomie auquel il donne le nom de gastro-duodénostomie, et il a montré une ingénieuse modification du bouton de Murphy.

Enfin, M. Chipault a fait connaître sa statistique intégrale de chirurgie nerveuse pour l'année 1898. Cette statistique porte sur 117 cas. Il n'y a eu aucun accident opératoire.

DÉCRET

PORTANT RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Le Président de la République française,
Sur la proposition du ministre de la Guerre,

Décrète,

ARTICLE PREMIER. — Les décrets des 22 novembre 1887, 25 février 1889 et 29 novembre 1897, portant réorganisation de l'École d'application du service de santé militaire, sont abrogés et remplacés par le suivant :

« TITRE PREMIER. — *Institution de l'École.*

ARTICLE PREMIER. — L'École d'application du service de santé militaire est instituée pour donner aux médecins aides-majors de deuxième classe élèves et aux médecins et pharmaciens stagiaires, l'instruction professionnelle militaire spéciale, théorique et pratique, nécessaire pour remplir dans l'armée les obligations de service qui incombent au corps de santé militaire.

TITRE II. — *Personnel de l'École.*

ART. 2. — L'état-major de l'École sera composé de : un médecin-inspecteur, directeur ; — un médecin principal de première classe, sous-directeur ; — un médecin-major de première classe, major ; — un médecin-major de première classe, bibliothécaire et conservateur des collections ; — trois médecins-majors de deuxième classe ou aides-majors de première classe, surveillants ; — un officier d'administration de première classe, comptable du matériel et trésorier.

ART. 3. — Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la Guerre.

ART. 4. — Le sous-directeur et les autres officiers attachés à l'École sont nommés par décision ministérielle. — Le bibliothécaire et conservateur des collections peut être pris parmi les médecins-majors de première classe en retraite. — Les médecins aides-majors de première classe ne peuvent être nommés surveillants qu'après deux années d'ancienneté dans leur grade.

ART. 5. — L'autorité du directeur de l'École s'exerce sur tout le personnel et sur toutes les parties du service, police, discipline, instruction et administration. — Il correspond directement avec le ministre. — Il est tenu de résider à l'École.

ART. 6. — L'hôpital militaire du Val-de-Grâce est rattaché comme hôpital d'instruction à l'École d'application du service de santé militaire. — En conséquence, le directeur de l'École exerce sur cet hôpital l'action d'un directeur de service de santé de corps d'armée, telle qu'elle est définie par l'article 12 du décret du 23 novembre 1889, portant règlement sur le service de santé à l'intérieur, sauf les modifications ci-après spécifiées. — En qualité de directeur de l'hôpital d'instruction, il est, pour ce service spécial seulement, sous les ordres du général gouverneur militaire de Paris. — Le directeur de l'École correspond directement avec le ministre pour toutes les affaires relatives à l'École, comme il a été dit à l'article 5; en principe, la correspondance pour les affaires de l'hôpital est directe entre le gouvernement militaire de Paris et le directeur de l'École, et *vice versa*. Toutefois, s'il le juge utile pour l'unité et la facilité du service, le gouverneur militaire de Paris peut transmettre ses instructions ou ses ordres généraux, relatifs à l'hôpital d'instruction, au directeur de l'École, par l'intermédiaire du directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, qui les adresse alors par bordereau au directeur de l'École. Ces deux hauts fonctionnaires correspondent librement entre eux. — Le directeur de l'École adresse au directeur du service de santé militaire de Paris : 1° tous les renseignements utiles à la prophylaxie des épidémies, à l'hygiène ou à la santé des troupes qui sont logées dans les casernements envoyant leurs malades à l'hôpital d'instruction; — 2° les éléments de la statistique médicale mensuelle et annuelle; — 3° les pièces relatives au traitement par les eaux minérales.

Les deux directeurs règlent, d'un commun accord, toutes les questions ayant trait aux évacuations des malades des divers hôpitaux du gouvernement militaire de Paris sur l'hôpital du Val-de-Grâce, et réciproquement; aux convocations du personnel de l'hôpital ou de l'École du Val-de-Grâce pour le service de la place de Paris; à la répartition et aux mutations des infirmiers militaires de l'hôpital; à l'utilisation de la buanderie du Val-de-Grâce pour les autres hôpitaux du gouvernement militaire de Paris; à la cession auxdits hôpitaux des fruits récoltés dans les jardins du Val-de-Grâce; aux diverses adjudications, et, en général, à toutes les affaires intéressant à la fois la direction de l'hôpital et la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris a le droit de visiter les militaires hospitalisés à l'hôpital du Val-de-Grâce et provenant des établissements et casernes dudit gouvernement, toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans l'intérêt de l'hygiène des troupes et de la prophylaxie des épidémies. — Il peut, dans ces circonstances, à charge de prévenir le directeur de l'École, se faire accompagner par le médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction; mais, en aucune circonstance, il n'a à intervenir dans le service intérieur de cet établissement. Il lui est loisible également, en prévenant le directeur de l'École, de convoquer le médecin chef pour toute conférence à laquelle il estimera utile la présence de cet officier supérieur du corps de santé militaire.

En cas de mobilisation, l'hôpital d'instruction passe sous l'autorité du médecin-inspecteur, membre du comité de défense du camp retranché.

ART. 7. — Le sous-directeur est en même temps médecin en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. — Il est l'intermédiaire du directeur de l'École dans toutes les parties du service. Il est chargé de la police, de la discipline et du maintien de l'ordre dans l'École. Le personnel de l'École est sous ses ordres immédiats et sous sa surveillance directe. Il tient le registre du personnel. Il remplace le directeur absent. — Il n'est chargé d'aucun enseignement particulier. — Il est directeur des études, et, à ce titre, a le contrôle général de tout ce qui concerne l'enseignement et les travaux pratiques. — En cas d'absence, il est remplacé par le médecin principal le plus élevé en grade ou le plus ancien dans le grade supérieur. — Le sous-directeur est médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, considéré comme hôpital d'instruction et rattaché à l'École, ainsi qu'il a été dit au précédent article. — Ses attributions comme médecin chef sont déterminées par le décret du 23 novembre 1889 sur le service de santé à l'intérieur. Il adresse toute sa correspondance, notamment celle prévue aux articles 146 et 148 de ce même décret, au directeur de l'École, ainsi que la statistique médicale. Il rend compte au directeur de l'École de tous les faits intéressant l'hygiène et la santé des troupes du gouvernement militaire de Paris. — Il prend les ordres du directeur pour tout ce qui a trait à ses relations éventuelles avec le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — Néanmoins, pour tout ce qui concerne le travail afférent à la mobilisation du camp retranché de Paris, le médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce relève exclusivement, dès le temps de paix, du directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, et il correspond directement avec lui à cette occasion spéciale.

Les professeurs et professeurs agrégés sont les médecins traitants de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Le médecin chef prend les ordres du directeur pour la répartition des diverses divisions de malades entre eux, selon les besoins de l'enseignement et les nécessités du service extérieur.

Aucune modification n'est apportée aux dispositions définissant le fonctionnement des services pharmaceutique et administratif sous l'autorité du médecin chef de l'hôpital d'instruction, ni à celles relatives aux infirmiers militaires, ni à la situation des médecins, pharmaciens et officiers d'administration ne faisant pas partie du cadre de l'École.

ART. 8. — Le major, l'officier d'administration, le bibliothécaire et les médecins-majors ou aides-majors surveillants exercent leurs fonctions conformément aux règlements sur l'administration et la comptabilité des écoles et sur le service intérieur de l'École. — Le major peut, en outre, être chargé d'un service de malades à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et de conférences à l'intérieur de l'École ou de l'hôpital, selon les ordres du directeur.

ART. 9. — Le personnel de l'enseignement comprend des professeurs et des professeurs agrégés répartis comme il suit : 1° un professeur et un agrégé : maladies et épidémies des armées; — 2° un professeur et un agrégé : chirurgie d'armée (blessures de guerre); — 3° un professeur et un agrégé : anatomie chirurgicale; opérations et appareils; — 4° un professeur et un agrégé : diagnostic chirurgical spécial (yeux, oreilles, larynx, dents); manœuvres d'ambulance, pansements et appareils en campagne; — 5° un professeur et un agrégé : hygiène; — 6° un professeur et un agrégé : médecine légale; législation, administration et service de santé militaire; — 7° un professeur et un agrégé : chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie.

L'agrégé de chimie, outre ses fonctions auprès du professeur de chimie, est mis à la disposition du professeur d'hygiène pour les démonstrations et les manipulations de physique et de chimie nécessaires pour l'enseignement pratique de l'hygiène.

Les professeurs sont choisis parmi les anciens agrégés en exercice. Ils sont nommés par le ministre sur des listes de trois candidats dressées l'une par le conseil de perfec-

ionnement de l'École, l'autre par le comité technique de santé. Ils doivent être du grade de major de première classe au moins et de principal de première classe au plus ; la durée des fonctions de professeur ne peut excéder dix ans.

ART. 10. — Les professeurs agrégés sont nommés au concours. Les majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à concourir. La durée des fonctions de professeur agrégé est fixée à cinq ans.

ART. 11. — Le petit état-major de l'École est composé de : un adjudant élève d'administration ; un sergent infirmier de visite ; cinq sergents infirmiers commis aux écritures ; un sergent maître d'armes ; sept caporaux infirmiers commis aux écritures ; douze soldats infirmiers de première ou de deuxième classe.

ART. 12. — Les agents subalternes civils sont nommés par le directeur de l'École sur l'approbation du ministre. Ils comprennent : un aide de laboratoire ; — un concierge de l'hôtel de la direction.

TITRE III. — *Conseil.*

ART. 13. — Il est établi à l'École : 1° un conseil de perfectionnement ; — 2° un conseil d'administration ; — 3° un conseil de discipline.

Le conseil de perfectionnement est composé : du directeur de l'École, président ; — du sous-directeur de l'École, directeur des études, et des professeurs. — Un agrégé, désigné chaque année par le directeur, remplit les fonctions de secrétaire. — Le conseil se réunit chaque fois que le directeur le convoque, et au moins deux fois par an. — Il émet son avis motivé sur tous les objets soumis à ses délibérations, sur la propositiondu président ou d'un des membres dans l'intérêt des études. — Si ses délibérations l'amènent à proposer des modifications dans les programmes ou dans l'emploi du temps, les procès-verbaux des séances sont annexés aux demandes conformes adressées par le directeur de l'École au ministre.

ART. 14. — Le conseil d'administration se compose : du directeur de l'École, président ; — du sous-directeur ; — d'un médecin professeur ; — d'un major rapporteur ; — de l'officier d'administration trésorier et comptable du matériel. — Le médecin professeur est désigné chaque année par le directeur, qui le choisit alternativement parmi les deux plus anciens professeurs. — Les attributions du conseil d'administration sont définies par les règlements sur l'administration et la comptabilité des écoles militaires.

ART. 15. — Le conseil de discipline est composé : du directeur de l'École, président ; — du sous-directeur de l'École ; — d'un professeur désigné chaque année par le directeur ; — de deux médecins principaux ou majors de la garnison, désignés chaque année par le ministre. — Le conseil de discipline est chargé de provoquer toutes les mesures nécessaires au maintien de l'ordre. — Le stagiaire qui aura commis une faute assez grave pour encourir le renvoi de l'École paraîtra devant le conseil de discipline. — Le ministre de la guerre statuera sur les propositions de renvoi, qui devront toujours être accompagnées d'un avis motivé du conseil. — Le médecin aide-major de deuxième classe élève, appelé pour le même motif à comparaître devant le conseil de discipline, sera l'objet, s'il y a lieu, et selon le cas, d'une proposition de mise en non-activité ou de réforme.

ART. 16. — En cas de désordres graves, de manifestations quelconques ou de fautes collectives, le ministre prendra, d'après les rapports du directeur de l'École, telles mesures qu'il jugera convenable dans dans l'intérêt de la discipline.

TITRE IV. — *Dispositions relatives aux médecins aides-majors de deuxième classe élèves, aux stagiaires et au service intérieur.*

ART. 17. — Tout élève de l'École du service santé militaire reçu docteur en médecine est admis de plein droit à l'école d'application le 1er février ; il est nommé à cette date au grade de médecin aide-major de deuxième classe et pourvu de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève ; l'École peut recevoir aussi à la même époque, en qualité de médecin ou pharmacien stagiaire, les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe qui sont directement admis à l'École après concours, en exécution de l'article 4 de la loi du 14 décembce 1888. — Pendant leur séjour à l'École d'application, le classement par ordre de mérite des médecins aides-majors de deuxième classe élèves et des médecins stagiaires est déterminé par les examens bimestriels. — Le classement par ordre de mérite des pharmaciens stagiaires est déterminé par les examens bimestriels. — Les cours de l'École d'application commencent le 1er février ; ils durent neuf mois.

ART. 18. — Les diverses branches de l'enseignement sont déterminées par des programmes. Ces programmes et le tableau de l'emploi du temps sont soumis à l'approbation du ministre par le directeur de l'École.

ART. 19. — Le règlement sur le service intérieur de l'École sera présenté par le directeur à l'approbation du ministre ; aucune modification ultérieure ne pourra y être apportée sans une autorisation ministérielle préalable.

ART. 20. — L'École sera inspectée chaque année par le médecin-inspecteur général, conformément aux instructions ministérielles.

ART. 21. — A partir de leur nomination, les médecins aides-majors de deuxième classe élèves et les stagiaires (médecins et pharmaciens) reçoivent les allocations déterminées par les tarifs de solde ; il leur est attribué une indemnité de première mise d'équipement.

ART. 22. — Ils sont soumis à l'intérieur de l'École à des interrogations et à des épreuves pratiques qui donnent lieu à des notes permettant d'établir tous les deux mois un classement qui est transmis au ministre.

ART. 23. — Les examens de sortie sont passés devant un jury spécial présidé par le médecin-inspecteur général, ou par un médecin-inspecteur, et subdivisés en trois sections : médicale, chirurgicale et pharmaceutique, présidées respectivement par le médecin-inspecteur général, par le médecin-inspecteur directeur de l'École et par le pharmacien-inspecteur. — Le jury de médecine et celui de chirurgie sont formés par les professeurs de l'École auxquels sont adjoints dans chaque spécialité deux membres étrangers à l'École et du grade de médecin principal ou major de première classe. Le jury pharmaceutique sera composé du pharmacien professeur et d'un pharmacien principal ou major étranger à l'École. — Les trois sections fonctionnent simultanément. — Tous les membres du jury sont nommés par le ministre ; les juges étrangers à l'École le sont sur la proposition du comité technique de santé. Des professeurs agrégés en exercice sont désignés comme juges suppléants. Les séances du concours sont publiques. — Le classement par ordre de mérite des médecins aides-majors de deuxième classe élèves et des médecins stagiaires, ainsi que celui des pharmaciens stagiaires, est arrêté en assemblée générale des membres du jury d'examen et des membres du conseil de perfectionnement de l'École, sous la présidence du président général du jury. Ce classement est défini par la combinaison des notes obtenues aux examens de sortie avec celles des classements bimestriels.

ART. 24. — Les médecins aides-majors de deuxième classe élèves qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen de sortie prennent rang sur la liste d'ancienneté dans le grade

de médecin aide-major de deuxième classe, d'après leur numéro de classement auxdits examens. — Les stagiaires (médecins ou pharmaciens) qui ont subi avec succès les mêmes épreuves, quittent l'École le 1er novembre avec le grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe; ils prennent rang entre eux et à cette date sur la liste d'ancienneté, d'après leur classement de sortie.

Art. 25. — Les médecins aides-majors de deuxième classe élèves et les stagiaires qui n'ont pas obtenu à l'examen de sortie la moyenne des points déterminée par le règlement sur le service intérieur de l'École peuvent être autorisés par le ministre, sur la proposition du jury, à redoubler leurs neuf mois d'études. — Ils concourent, dans ce cas, avec la promotion suivante. S'ils ont satisfait à l'examen de sortie, l'ancienneté dans le grade d'aide-major de deuxième classe devient, pour les médecins aides-majors de deuxième classe élèves, la même que celle des aides-majors de deuxième classe élèves de cette promotion; les stagiaires prennent rang dans le grade d'aide-major de deuxième classe avec les stagiaires de ladite promotion. — Dans le cas où l'autorisation de redoubler les neuf mois d'études n'est pas accordée, les médecins aides-majors de deuxième classe élèves sont mis en non-activité. Ils peuvent être autorisés à subir de nouveau des examens de sortie, en même temps que les aides-majors élèves d'une promotion suivante : s'ils satisfont à ces examens, ils sont rappelés à l'activité et prennent rang à la suite des aides-majors élèves de cette promotion et entre eux, s'il y a lieu, d'après les règles générales établies pour le classement. — Les stagiaires (médecins et pharmaciens), à qui l'autorisation de redoubler le stage n'est pas accordée, sont licenciés de l'École et restent d'ailleurs soumis aux obligations imposées par la loi sur le recrutement.

Art. 26. — L'autorisation de redoubler les neuf mois d'études ne peut être accordée qu'une seule fois aux aides-majors élèves et aux médecins et pharmaciens stagiaires.

Art. 27. — Tout stagiaire licencié de l'École est tenu au remboursement du montant des sommes payées à lui ou pour lui par le département de la guerre. (Médecin stagiaire, indemnité de première mise d'équipement; pharmacien stagiaire, indemnité de première mise d'équipement et frais de scolarité payés pour lui par l'administration de la guerre et d'indemnités touchées avant l'eutrée à l'École d'application du service de santé militaire.) — Il en est de même si, nommé médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe, il quitte, sauf dans le cas de réforme pour infirmités, le service de santé militaire avant d'avoir accompli son engagement sexennal. — Les médecins militaires provenant de l'École du service de santé militaire qui quitteraient, sauf dans le cas de réforme pour infirmités, le service de santé militaire avant d'avoir accompli leur engagement sexennal, sont tenus au remboursement du montant des frais de scolarité payés pour eux par l'administration de la guerre, et, s'ils ont été boursiers à l'École de Lyon, au paiement du montant des frais de pension et de trousseau, ainsi qu'au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement.

TITRE V. — *Dispositions générales.*

Art. 28. — Toutes les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées. »

Art. 2. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 29 octobre 1898.

Signé : Félix Faure.

Par le Président de la République :
Le ministre de la Guerre par intérim,
Signé : Édouard Lockroy.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la coqueluche.

Comme nous ne possédons pas encore de traitement spécifique de la coqueluche, nous ne pouvons avoir recours qu'à une médication symptomatique, qui a deux grandes indications à remplir : diminuer le nombre et l'intensité des quintes dans la mesure du possible, et combattre l'infection bronchique.

I. Pour la première indication, les médicaments employés sont innombrables; mais, avec M. Marfan, on peut n'utiliser, d'une façon courante, que trois d'entre eux, qui sont : la belladone, l'antipyrine et le bromoforme.

1° La *belladone* peut se donner sous forme de sirop :

Sirop de belladone	25 grammes.
Sirop de tolu.	100 —

On donne une ou deux cuillerées à café de ce sirop chez les enfants au-dessous de deux ans, quatre cuillerées à café chez les enfants de cinq à dix ans.

Cette dose est la dose initiale, qu'on doit augmenter chaque jour d'une demi-cuillerée ou d'une cuillerée, jusqu'à ce qu'on arrive à la diminution des quintes ou aux phénomènes d'intolérance, qui sont : la dilatation pupillaire, la sécheresse de la gorge, la rougeur des pommettes, etc. Malheureusement, il arrive souvent que les phénomènes d'intolérance apparaissent avant l'amélioration, et c'est là le grand inconvénient de ce médicament, qui réussit fort bien dans certains cas, mais doit toujours être manié avec beaucoup de prudence.

2° L'*antipyrine* est d'un maniement plus facile, car elle est très bien supportée par les enfants. On peut la donner sous la forme suivante :

Antipyrine.	3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. .	20 —
Eau distillée	100 —

Une cuillerée à café de cette potion représente 10 centigrammes d'antipyrine. On commence par une dose minima, qui est de 20 centigrammes pour les enfants au-dessous de deux ans, de 50 centigrammes pour les enfants de deux à cinq ans, de 1 gramme pour les enfants de six à dix ans, pour arriver progressivement à la dose maxima, qui est de 1 gramme chez les enfants de la première catégorie, de 2 grammes chez ceux de la seconde, et de 3 grammes chez ceux de la troisième. *Comme pour la belladone, il faut donner les doses quotidiennes en trois prises régulièrement espacées.*

L'antipyrine réussit dans un grand nombre de cas; mais elle a un inconvénient sérieux, c'est qu'il faut la supprimer dès qu'il y a menace de broncho-pneumonie, car elle a une action dépressive qui peut avoir des dangers.

3° Le *bromoforme* est probablement destiné à supplanter les médicaments précédents dans la plupart des cas. Il se donne sous forme de looch huileux, dont voici la formule :

Bromoforme	7 grammes.
Huile d'amandes douces . .	30 —
Gomme arabique	30 —
Sirop de fleurs d'oranger . .	40 —
Eau de laurier-cerise. . . .	10 —
Eau distillée.	Q.S.p. 300^{cm3}.

Une cuillerée à café représente IV gouttes de bromoforme. Les doses initiales sont de II à III gouttes par jour chez les enfants au-dessous de six mois, de III à IV gouttes chez les enfants de six mois à un an, de VIII gouttes chez les enfants de deux ans, de XII gouttes chez les enfants de trois ans, de XVI gouttes chez les enfants de quatre ans, de XX à XXX gouttes chez les enfants de cinq ans et plus. *Sous peine de ne pas*

réussir; il faut augmenter la dose quotidienne de II *à* IV *gouttes, jusqu'à ce qu'on arrive à la diminution des quintes*, résultat qu'on atteint ordinairement après avoir triplé la dose initiale.

4° Le bromoforme ne réussit pas cependant toujours, et on peut alors avoir recours au mélange suivant :

Antipyrine	3 grammes.
Sirop de belladone	25 —
Sirop de tolu	100 —

Les règles d'administration sont les mêmes que pour la potion belladonée.

II. Pour répondre à la seconde indication, qui est de combattre l'infection bronchique, il est indiqué de prendre tout d'abord des mesures destinées à la prévenir. Comme très souvent elle est le résultat d'une contagion, il faut séparer soigneusement les enfants atteints de coqueluche de ceux qui sont atteints de bronchopneumonie. On s'opposera aussi à l'auto-infection par l'antisepsie des premières voies aériennes, le nettoyage de la bouche, le traitement approprié des plaies des lèvres, de la rhinite, etc.

Si la broncho-pneumonie se produit, la médication est la même que dans les cas ordinaires. Ici encore, les bains chauds systématiques rendront de grands services; on continuera, en outre, la médication antispasmodique dirigée contre la coqueluche. (*Presse méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1899. — Présidence de M. PANAS.

COMMUNICATIONS

Des contradictions et des dangers de la médication thyroïdienne. — M. FRANÇOIS FRANCK rappelle que la médication thyroïdienne, en honneur depuis 1882, époque de laquelle datent les recherches de Reverdin, constitue une méthode active, mais parfois dangereuse. Dans les cas de destruction du corps thyroïde, les effets sont étonnants, la transformation du sujet complète.

Mais lorsqu'il s'agit seulement d'états dystrophiques rappelant plus ou moins quelques symptômes du myxœdème, les résultats sont médiocres, si ce n'est dangereux. Chez les obèses, la médication est également dangereuse, elle détermine une vraie intoxication.

Si on essaie d'employer le corps thyroïde dans diverses manifestations arthritiques : artério-sclérose, sclérodermie, comme l'a fait M. Lancereaux, les effets en sont bons d'après cet auteur. Mais la question est encore à l'étude.

En tous cas, quelles que soient les circonstances cliniques qui engagent le médecin à employer le corps thyroïde, l'administration de ce médicament doit être surveillée par lui avec le plus grand soin.

Il y a donc un réel danger à laisser aux mains des malades les préparations de corps thyroïde, on devrait donc en interdire la vente, sauf sur ordonnance médicale. Je demande donc à l'Académie de vouloir bien, avant d'émettre un vœu sur ce point, nommer une Commission qui étudierait la question.

M. LANCEREAUX s'associe aux réserves si sagement formulées par M. Franck. Sans doute la médication thyroïdienne est active, souvent efficace, mais elle demande à être employée avec beaucoup de précautions. M. Lancereaux rappelle une de ses observations dans laquelle la malade, sous l'influence de cette médication, a eu de la tachycardie et une température de 40 degrés. Aussi a-t-il eu soin de ne jamais employer au début que de petites doses pour les augmenter graduellement.

M. POTAIN fait également les mêmes réserves que M. Franck. Il a vu des accidents graves chez des malades se traitant sans direction médicale, par la médication thyroïdienne. C'est donc là une médication qu'il ne faut pas laisser à la libre disposition des malades, et l'on ne saurait s'entourer de trop de précautions dans son emploi.

M. HUCHARD s'associe pleinement à ces réserves. Il a vu, lui aussi, des accidents survenant très rapidement à la suite de l'emploi de la thyroïdine. Ces accidents sont surtout caractérisés par de la tachycardie, des lipothymies et des syncopes. Il est véritablement dangereux qu'un pareil médicament soit employé sans la surveillance des médecins.

LECTURES

Débridement du sac dans la hernie étranglée. — M. CHARIER (d'Angers) propose, dans la hernie étranglée, non plus de sectionner le collet et l'anneau fibreux, mais d'agir séparément sur l'anneau et sur le collet; il incise le premier et dilate le second avec la sonde cannelée; il obtiendrait un élargissement aussi grand que par le débridement classique.

Corps étranger de l'œsophage. — M. LEJARS présente une jeune fille de vingt et un ans qui présenta des phénomènes d'urémie. Dans un accès de délire, elle avait avalé une pile de sous. Elle en rendit quatre avec les selles, puis elle eut après des phénomènes de rétrécissement œsophagien. La radiographie ayant montré la présence de plusieurs sous vers la partie inférieure de l'œsophage, M. Lejars fit, le 12 décembre dernier, la gastrotomie, pénétra dans l'œsophage par le cardia, introduisit une sonde à l'aide de laquelle il ramena les sous dans la cavité stomacale. Il y avait onze sous, cinq pièces de 10 centimes et une de 5 centimes. Tous les sous étaient agglutinés les uns aux autres et formaient une seule masse. Quinze jours après, la malade rendit encore trois sous par les selles. Elle avait avalé dix-huit sous. Cette malade a parfaitement guéri.

Chirurgie de l'estomac. — M. DOYEN lit la communication suivante :

1° *Gastro-duodénostomie avec section du pylore.* — Dans les cas de sténose pylorique simple et de contraction spasmodique du pylore, M. Doyen fait une nouvelle opération : la gastro-duodénostomie avec section transversale du pylore. Cette opération dure 15 minutes environ et donne un orifice de 40 millimètres. Au bout de six à huit jours, l'opéré peut digérer des aliments variés.

2° *Gastro-entérostomie par application d'un nouvel œillet anastomique.* — M. Doyen a imaginé pour la gastro-anastomose un œillet métallique qui présente, sur le bouton de Murphy, de nombreux avantages :

a. Pour un même diamètre extérieur de 27 millimètres, le calibre utile est deux fois plus considérable, et l'épaisseur beaucoup moindre.

b. L'œillet métallique de M. Doyen anastomose l'estomac et l'intestin à la fois par suture et par invagination, car la pièce mâle sur laquelle est fixé l'estomac, porte huit pointes qui perforent, en les invaginant dans la rainure de la pièce femelle, les tuniques de l'estomac et de l'intestin.

c. Cet œillet anastomotique ne peut s'éliminer que du côté de la pièce femelle, qui est placée dans le but inférieur. Il ne peut donc pas être retenu dans l'estomac.

On maintient les deux pièces, lorsqu'on pratique les ligatures à l'aide d'une pince spéciale.

3° *Pylorectomie avec gastro-entérostomie après écrasement et ligature en masse de l'estomac et du duodénum.* — M. Doyen présente une tumeur de l'estomac extirpée par ce procédé. La tumeur était énorme et adhérait au méso-côlon. Grâce à son procédé de fermeture de l'estomac et du duodénum par la suture en cordon de bourse, M. Doyen termine l'opération en 50 minutes. Les dimensions de la tumeur, les photogra-

phies des divers temps de l'opération et la guérison du malade prouvent que le procédé est excellent. Ceux qui l'ont critiqué ont employé, sans l'avouer, de mauvaises contrefaçons de son écraseur, et n'ont pas su comprendre sa technique.

Il a observé récemment un cas de contracture spasmodique du pylore avec petite tumeur dure, ayant été considérée comme un cancer. Il n'y avait ni cancer, ni ulcère, ni cicatrice, mais un anneau musculeux énorme, que l'index a pu forcer.

M. Doyen alimente ses opérés le jour même de l'intervention. Grâce à cette pratique, il vient de guérir deux cas graves de gastro-entérostomie, malgré une pneumonie bilaire et une pleurésie survenue le deuxième jour. Ces malades n'ont dû la guérison qu'à la suralimentation et à l'administration de l'alcool.

Chirurgie nerveuse. — M. CHIPAULT (de Paris) présente sa statistique de chirurgie nerveuse pour l'année 1898. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION D'APPAREIL

Nouvel inhalateur. — M. GARIEL présente, de la part du docteur Charles Renault (de Paris), un appareil très simple destiné au traitement des maladies catarrhales, aiguës et chroniques, des voies respiratoires, qui produit et envoie jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, des vapeurs balsamiques sèches, remédiant ainsi au défaut des pulvérisateurs et inhalateurs, généralement en usage, qui produisent des vapeurs humides, lesquelles se condensent dès leur arrivée dans la bouche.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat (Séance du 10 janvier). — « Portion extra-cranienne du nerf facial; — Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. »

MM. Laignel-Lavastine 23 + 16 = 39. — Sabatié 23 + 14 = 37. — Gennet 22 + 11 = 33. — Lecornu et Kahn 19 + 12 = 31. — Beauvy et Mircouche 19 + 11 = 30. — Courtellement 18 + 8 = 26. — Bonneau 15 + 10 = 25. — Lobligeois 14 + 8 = 22.

— Par décision ministérielle, en date du 10 janvier 1899, sont nommés aux postes ci-après désignés :

MM. les médecins principaux de première classe : Claudot, nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée ; — Gentit, nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée ; — Blaise, nommé directeur du service de santé du 4e corps d'armée ; — Benech, chargé du service médical de l'état-major du gouvernement militaire et de la place de Paris ; — Bachelet, nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Nancy ; — Flûteau, nommé médecin chef à l'hôpital militaire et à la place de Toul.

MM. les médecins principaux de deuxième classe : Moine, désigné pour l'hôpital militaire de Nancy ; — Chevassus, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; — Mussat, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims ; — Calmette, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — Baudouin, nommé chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen.

MM. les médecins-majors de première classe : Sauveroche, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban ; — Larue, désigné pour le 106e d'infanterie ; — Hassler, pour l'hôpital militaire de Bordeaux ; — Boisson, pour le 25e d'artillerie et le laboratoire de bactériologie de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

M. le médecin-major de deuxième classe : Alvernhe, affecté à la section technique du service de santé.

M. le médecin aide-major de première classe : Vigne, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : Canel, désigné pour le 6e d'artillerie ; — Desse, désigné pour le 117e d'infanterie ; — Chambon, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le mercredi 22 février 1899, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 23 janvier 1899, sera clos le samedi 4 février, à trois heures.

— Un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1899 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, s'ouvrira le jeudi 16 mars prochain, à dix heures du matin dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Assistance publique. Le registre d'inscription, ouvert le mercredi 1er février, sera clos le mardi 28 du même mois.

— M. le médecin de première classe Gandelin, du port de Cherbourg, est autorisé à se présenter au concours pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchement qui s'ouvrira à Toulon, le 24 janvier 1899.

M. le médecin de première classe Sadoul, du 3e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, est appelé à servir aux batteries d'artillerie de la marine à Gorée-Dakar, emploi créé.

MM. les médecins de deuxième classe Daniel, en service à Ruelle, et Lamort, en service à Indret, sont autorisés à permuter.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le professeur Legludic es nommé directeur de ladite École.

— La Société de biologie a élu : 1° membre titulaire, M. Guyon ; 2° membres honoraires, MM. le professeur Hoeckel (d'Iéna), et Ray Lankester, directeur du « British Museum » ; 3° membre associé, M. le professeur Kuhne (d'Heidelberg) ; 4° membre correspondant, MM. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur à Lille, et de Vries, professeur à Amsterdam.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Camille Dareste de la Chavonne (de Paris) ; sir James Mouat, inspecteur général des hôpitaux.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur A. Béclère reprendra, le dimanche 15 janvier, à dix heures du matin, et continuera, les dimanches suivants à la même heure, ses conférences et exercices pratiques. — A dix heures : conférence de radiologie. Les rayons de Röntgen ; moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical. — A dix heures et demie : présentation et examen radioscopique des malades.

— M. le docteur Lavaux commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier), le jeudi 19 janvier 1899, à deux heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 6. — SAMEDI 14 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 14 JANVIER 1899. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Tuberculose mammaire.

Par A. CARREL, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, interne des hôpitaux.

Des abcès tuberculeux, provenant du médiastin, du sternum et des côtes, peuvent se faire jour vers l'extérieur et envahir secondairement la mamelle, comme dans les cas signalés récemment par Jacques (de Nancy), par Mermet, par Durand. Ces collections ossifluentes intraglandulaires, identiques aux abcès de même nature, que l'on rencontre dans les autres régions, nous les éliminerons dès à présent, pour nous occuper exclusivement des tubercules qui prennent naissance dans la glande mammaire.

I

HISTORIQUE. — La tuberculose frappe si rarement la mamelle, que, pendant longtemps, on a cru cette glande à l'abri de ses atteintes, opinion généralement admise, à l'époque, peu éloignée, où Daniel Mollière écrivait : « J'en suis encore, après de longues années de pratique hospitalière, à chercher un cas authentique d'abcès froid idiopathique de la mamelle. »

En admettant que les auteurs anciens aient pris quelques abcès ossifluents du sein pour des cas de tuberculose, il est certain cependant que Astley Cooper, que Velpeau, ont observé véritablement cette affection. Mais elle ne fut admise, d'une manière définitive, qu'à l'époque où les recherches histologiques et bactériologiques vinrent contrôler les descriptions cliniques.

Nous diviserons donc son histoire en trois périodes : clinique, histologique et expérimentale.

1° *Période clinique.* — On peut croire que quelques-uns des cas, observés pendant cette première période, se rattachent vraiment à la tuberculose mammaire, mais ces faits sont peu probants, parce qu'on manquait alors de critérium histologique : en effet, aucun examen histologique ne fut pratiqué, sauf dans deux cas de Lancereaux et un cas de Richet Il n'est donc pas étonnant que Cornil et Ranvier, dans la première édition de leur Histologie pathologique, n'admettent pas l'existence de la tuberculose du sein. Cependant, lorsqu'on lit, dans le *Traité des maladies du sein* de Velpeau, le chapitre concernant les tumeurs par matières exhalées ou épanchées, il paraît évident que les formes de tumeurs froides, groupées sous le nom de tubercules disséminés et de tumeurs lymphatiques multiples, répondent réellement aux deux formes de tuberculose.

Avant Velpeau, Astley Cooper avait décrit, en 1836, dans ses *Œuvres chirurgicales*, une tumeur scrofuleuse de la mamelle, survenant chez les femmes atteintes d'engorgement ganglionnaire. En 1838, Gerdy extirpa des tumeurs nettement tuberculeuses, sans lésions concomitantes, tout à fait semblables aux tubercules qu'on observe parfois dans le cerveau des enfants (1).

Dans sa thèse de professorat, en 1842, Bérard rapporte deux cas douteux. Johannet, dans la *Revue médico-chirurgicale* de Malgaigne, décrit une tumeur du sein coïncidant avec une tuberculose pulmonaire; il s'agissait d'un abcès froid, d'origine pleurale, qui, après avoir perforé le troisième espace intercostal, avait envahi secondairement le sein. Coley, Horteloup dans sa thèse d'agrégation, Billroth, publient des observations de tuberculose, mais ces faits sont peu démonstratifs, et il est permis de douter de la nature tuberculeuse des affections qu'ils décrivent.

2° *Période histologique.* — A toutes ces descriptions cliniques, il manquait le contrôle de l'histologie et, par suite, la précision nécessaire, pour donner à la tuberculose une place définitive parmi les affections du sein. En 1881, parut la thèse de Dubar, travail complet sur la tuberculose mammaire, dans lequel l'auteur, se servant de deux observations de Gosselin et de Le Dentu, établit une théorie de la genèse de cette maladie.

Un an plus tard, Duret montra l'importance de l'engorgement ganglionnaire précoce; puis vinrent les observations de Crandall, Durant, la thèse de Coudray, celle de Poirier, qui cite le cas d'une tuberculose primitive du sein chez un homme.

3° *Période expérimentale.* — La recherche du bacille de Koch dans les coupes, et les inoculations expérimentales furent pratiquées pour la première fois par Orthmann et par Ohnaker. Habermaas, Souplet, Piskacek, Kramer, Dubreuil,

(1) NÉLATON. Thèse d'agrégation.

Campenon, Hebb publièrent de nouvelles observations. En 1888, Machellar rapporte un cas d'une durée anormale de six ans.

Dès lors, l'attention des cliniciens étaient attirée sur cette affection, et à partir de cette époque, on vit les travaux et les observations se multiplier chaque année. Il faut signaler, en 1889, les mémoires de Heurtaux, de Héring, de Macknamara, et l'année suivante les nouveaux cas de Dubrueil et de Berchtold. Deux observations de Reverdin et une de Kummer sont publiées en 1891, dans la thèse de Roux. Citons encore les cas de Ely, de Mandry, de Benders, de Robinson, l'article de Delbet, dans le Traité de Duplay et Reclus, la thèse de Ludwig Muller, les observations de Remy et Noël, Villar, Schede, Powers, de Spediacci, et en 1895, les travaux de Reerink, de Gaudier et Péraire, de Pilliet et Walther, et de Brucant.

Jusqu'à ce moment la plupart des auteurs s'étaient ralliés à la théorie anatomique de Dubar, lorsque Sabrazès et Binaud, dans un important article, donnèrent une nouvelle interprétation de la genèse des formations tuberculeuses, au sein de la glande, théorie que l'on trouve également exposée dans le travail de Binaud et Braquehaye, publié dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Mais auparavant, il faut citer encore les observations de Durand, de Park, de Leblanc, celles de Davis, de Powers, de Lotheissen, la thèse de Héraud, la relation par Pilliet et Piatet d'un cas curieux de coexistence de lésions tuberculeuses et épithéliomateuses. Dans la *Riforma medica*, en 1897, Arcoléo fait paraître une étude à la fois clinique et anatomique de la tuberculose mammaire. Enfin, dans sa thèse de Lyon, Argellier vient de faire une excellente étude d'ensemble, de cette affection, en y ajoutant quatre nouvelles observations.

Il existe donc actuellement, dans la littérature médicale, environ cent vingt cas de tuberculose mammaire, et c'est en nous basant sur ces nombreux documents, que nous allons exposer l'état actuel de cette question.

II

ÉTIOLOGIE. — La pénétration du bacille de Koch dans l'organisme se fait probablement de la même manière que dans toutes les affections de cette nature, et nous devons examiner seulement les causes qui paraissent favoriser sa localisation dans la glande mammaire.

Le *sexe* joue évidemment un grand rôle, puisqu'il n'existe qu'un seul cas bien démontré de cette maladie chez l'homme, celui de Poirier; les autres observations se rapportent vraisemblablement à une simple mastite chronique (1), ou bien se montrent si pauvres de détails, qu'il est permis de douter de la nature véritable de l'affection.

La tuberculose mammaire s'observe donc presque uniquement chez la femme, et l'atteint surtout de vingt à trente ans, ou, d'une façon plus générale, pendant la période d'activité génitale; sur 52 observations, il s'agit 7 fois de sujets âgés de seize à vingt ans, 15 fois de vingt à trente ans, 13 fois de trente à quarante ans, 10 fois de quarante à cinquante ans, 6 fois de cinquante à cinquante-trois ans : phénomène bien explicable puisque la glande, à l'époque de la puberté, et pendant la vieillesse, est un organe rudimentaire, comparable à celui de l'homme, à l'abri des modifications physiologiques de la menstruation, de la grossesse et de la lactation, qui ont certainement une influence sur les déterminations pathologiques. Ces divers états agissent peut-être par l'afflux sanguin plus considérable qu'ils développent dans la mamelle, et en réalisant des conditions favorables à l'apport et au développement des bacilles; souvent l'affection débute pendant l'allaitement, et parfois au cours de la grossesse (1). Cependant, cette influence des états physiologiques de la glande n'est pas capitale, et chez une femme, qui avait nourri ses trois enfants avec le sein droit, on vit le mal se développer dans le sein gauche.

Le *traumatisme* joue peut être le rôle de cause prédisposante à la localisation glandulaire, rôle d'ailleurs bien effacé, puisqu'il n'est mentionné d'une façon nette que dans six observations; coup de corde, coup de tête violent, coup de pied, etc.

Souvent, les malades, atteintes de tuberculose mammaire, sont des tuberculeuses, et, dans plus de la moitié des cas, il existe des antécédents héréditaires ou personnels, qui réalisent la cause prédisposante principale de l'affection; sur les 26 malades de la statistique de Delbet, 10 avaient des lésions pulmonaires, 4 avaient présenté, ou présentaient encore des abcès froids, des manifestations tuberculeuses, pleurale, péritonéale, articulaire.

A côté des causes banales de localisation, il en existe sûrement d'autres, encore inconnues, puisqu'un grand nombre de tuberculeux passent par les états que nous venons de signaler, et cependant leur tuberculose évolue dans ses différents foyers, sans jamais envahir la glande mammaire.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les auteurs classiques distinguent deux formes de la tuberculose de la mamelle, la forme disséminée et la forme confluente; distinction trop absolue peut-être, car entre ces deux types existent probablement des intermédiaires, comme le croit Binaud. Il est possible également qu'il s'agisse de stades différents d'une même forme, et que les les tubercules, disséminés au début, deviennent ensuite confluents : c'est l'opinion défendue par Ohnacker, opinion admissible, dans une certaine mesure seulement, parce que, s'il est certain que des noyaux, voisins les uns des autres, sont destinés à devenir confluents, il est également sûr que des centres de formation tuberculeuse peuvent s'établir et évoluer en des régions bien distinctes de la mamelle. Les deux types, décrits par Dubar sont donc légitimes, et nous pouvons conserver cette distinction.

1° *Lésions macroscopiques*. — La *forme disséminée*, si rare que beaucoup d'auteurs ont contesté son existence, est caractérisée par des noyaux distincts, séparés les uns des autres par du tissu mammaire, sain, ou à peine altéré. Du volume d'un pois, ou d'une amande, ils ont une coloration jaunâtre au centre, gris bleuâtre à la périphérie, et leur consistance est tantôt ferme, tantôt friable et caséuse, de telle sorte qu'il est facile de les écraser sous le doigt. Leur nombre est très variable; sept ou huit, dans l'observation d'Albertin, tandis que, dans d'autres cas, le sein en est véritablement arci. Le tubercule évolue de différentes façons : tantôt il

(1) HORTELOUP. Thèse d'agrégation.

(1) DAVIS. Tuberculose du sein survenant pendant la grossesse, *Med. News*, 1897.

subit la dégénérescence caséeuse, et aux nodosités dures, succèdent alors des abcès multiples, des cavités, grandes ou petites, qui occupent la mamelle sans communiquer les unes avec les autres ; tantôt ils se comportent à la façon de véritables corps étrangers aseptiques, et alors, la masse tuberculeuse, englobée dans le parenchyme sain, subit la transformation calcaire ; tantôt enfin, l'augmentation des noyaux voisins et l'envahissement des espaces sains intermédiaires donnent lieu à la *forme confluente*.

Dans cette forme, une tumeur unique et plus ou moins volumineuse, bosselée, mal circonscrite, déforme la glande, qui, au moment de la caséification, se creuse d'une cavité, irrégulière, anfractueuse, avec des dépressions, des saillies, des cavités secondaires, reliées les unes aux autres par des conduits tortueux, qui rappellent l'aspect diverticulaire d'une vieille fistule anale. La paroi tomenteuse, épaisse, dure, semble, par sa face externe, se continuer avec le tissu sain qu'elle envahit progressivement. Sa face interne est tapissée d'une membrane molle, pourvue de villosités ou de franges, qui baignent dans une bouillie purulente de grumeaux jaunâtres, mêlés à un liquide louche ou sérosanguinolent. Sur la coupe de la paroi, on aperçoit des petits nodules, grisâtres, demi-transparents, ou opaques et à demi caséifiés à leur centre, gros comme une tête d'épingle. Enfin, cet abcès froid déverse ses produits par une ou plusieurs fistules, qui débouchent au dehors par un orifice en cul de poule, entouré d'une auréole rougeâtre ou livide.

2° *Lésions microscopiques.* — Ces lésions sont les mêmes, quelle que soit la forme macroscopique. Au début, on ne constate que des altérations d'ordre inflammatoire : les cellules embryonnaires ont pullulé au contact des acini, et si la préparation a été colorée au picro-carmin, on aperçoit les acini et les conduits excréteurs, nettement reconnaissables encore, au sein du tissu conjonctif interacineux, parsemé de petits points d'un rouge intense. Plus tard, les acini disparaissent, et dans les lobules voisins, se distinguent des cellules géantes dont quelques-unes déjà sont caséifiées. Si on examine la préparation à un plus fort grossissement, on constate qu'au premier stade, la paroi propre de l'acinus augmente considérablement de volume, mais que bientôt elle est comme rongée par les cellules embryonnaires. Alors, elle cède en un point, et la cavité se remplit de cellules embryonnaires qui se mêlent aux cellules épithéliales. A ce moment, apparaissent les cellules géantes, dont le mode de formation est encore discuté.

Les vaisseaux sanguins ne sont généralement pas thrombosés, et présentent des phénomènes peu marqués d'endartérite et d'endophlébite ; une infiltration leucocytaire abondante masque les voies lymphatiques encombrées de cellules embryonnaires, et occupées par des follicules tuberculeux ; enfin, il existe souvent des altérations névritiques des nerfs.

En dehors du territoire envahi, la glande subit un processus de cirrhose parfois très marqué ; les espaces interlobulaires et interacineux, élargis et sclérosés, enserrent les acini, rétractés et remplis de véritables amas de cellules épithéliales. Çà et là, autour de la lésion principale, on aperçoit des follicules tuberculeux, isolés des culs-de-sac glandulaires.

La *topographie* des altérations est loin d'être toujours la même, parce que la localisation est subordonnée au mode d'inoculation de la mamelle, et il est évident que l'infection consécutive à une carie sternale, ou à un abcès froid de l'aisselle, ou encore à une ulcération tuberculeuse des téguments, se produira dans des régions bien différentes. Tantôt, les bacilles font souche en un point, tantôt ils sont disséminés, produisant ainsi les deux formes décrites, entre lesquelles peut se placer un type intermédiaire, si les abcès caséeux multiples, à croissance excentrique, se rejoignent et creusent la mamelle d'une cavité unique. Vingt fois sur trente-deux observations dans lesquelles le siège précis est indiqué, nous trouvons la tumeur dans la partie supéro-externe de la glande. Habituellement, l'affection est unilatérale. Cependant, dans une observation d'Albertin, les deux seins furent envahis simultanément ; une malade de Walther et Pilliet vit la tuberculose se développer dans son sein droit, quelques jours après une intervention sur l'autre sein, également tuberculeux.

Histogenèse. — On s'accorde à localiser dans le tissu conjonctif inter ou intra-lobulaire, et dans la coque fibreuse du lobule, l'afflux des cellules embryonnaires, qui prélude à l'évolution de la tuberculose du sein. Les cellules géantes n'apparaissent qu'au moment où les culs-de-sac glandulaires sont englobés par le tissu de granulation. Pour expliquer la formation de la cellule géante, deux théories sont actuellement en présence, l'une soutenant son origine épithéliale, l'autre son origine mésodermique.

La *théorie de l'origine épithéliale* de la cellule géante a été émise pour la première fois par Dubar, qui la considère comme une pseudo-cellule, formée aux dépens d'un acinus de la glande. En effet, ces cellules sont disposées souvent les unes par rapport aux autres, comme les acini d'un même lobule ; leur forme est celle de l'acinus, et parfois même une portion de la paroi propre de ce dernier peut persister autour de la grosse cellule. Lorsque l'on trouve une série de noyaux rangés en couronne à la périphérie de la cellule géante, elle semble résulter de la fusion des cellules épithéliales d'un acinus, et on a l'impression que cette grosse cellule s'est substituée en quelque sorte à l'élément primitif de la glande.

Sabrazès et Binaud soutiennent la théorie de l'*origine mésodermique* de la cellule géante. Dans le tissu conjonctif qui entoure les parties abcédées, sont disséminées des traînées de cellules embryonnaires, disposées en îlots centrés par des follicules tuberculeux ; on y rencontre également des leucocytes polynucléaires, et des cellules conjonctives, et la cellule géante se constitue par la fusion de ces deux éléments qui sont de véritables cellules épithélioïdes. Les follicules élémentaires reconnaissent donc une origine mésodermique, et prennent naissance, non pas dans l'acinus glandulaire, mais dans le tissu interstitiel. Ce processus est le même dans toutes les glandes ; tout récemment, Gilbert a démontré que « les cellules hépatiques ne prennent aucune part initiale à la constitution des tubercules. Ceux-ci sont formés sans contestation par les leucocytes », théorie entièrement opposée à celle d'Arnold, qui avait soutenu l'origine épithéliale de la cellule géante dans le foie, le poumon et le rein, comme Dubar, dans la glande mammaire.

D'après cette théorie, le bacille de Koch pénètre tardivement dans le cul-de-sac glandulaire, et par conséquent, le lait produit par une mamelle tuberculeuse n'est pas dangereux au début de la maladie, tandis qu'il sera infecté dès que la lésion aura franchi la membrane hyaline de l'acinus.

3° *Recherche du bacille et inoculation.* — Les bacilles n'ont pas été recherchés fréquemment (dix-neuf fois sur soixante cas environ); leur nombre est très variable. Habermaas en a trouvé un seul dans plusieurs préparations, tandis que, dans le cas de Orthman, ils étaient très nombreux; Kramer a rencontré un petit nombre de bacilles au voisinage du foyer purulent.

Dans le premier cas de Piskacek, il fallut faire quatre cents coupes pour trouver un seul bacille; et dans le second cas, toutes les recherches furent inutiles. Héring en trouva quelques-uns dans un foyer caséeux; Reverdin, Mayor et Roux en virent également dans la membrane qui tapissait la paroi. Mandry, Bender, Berchtold, Rémy et Noël, Brucant eurent également l'occasion d'en observer, mais ne les trouvèrent pas d'une manière constante sur leurs préparations. Souvent les recherches furent entièrement négatives, comme dans les observations de Sabrazès et Binaud, et celles d'Argellier.

Ohnaker, le premier, après avoir inoculé le produit tuberculeux de la glande mammaire dans l'œil d'un lapin, trouva, six semaines après, des bacilles de Koch, dans le poumon et dans l'œil de l'animal.

Il fut imité par quelques auteurs, mais cependant l'inoculation n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois.

Hœgler, Berchtold, Villar firent des inoculations positives.

Sabrazès et Binaud inoculèrent un cobaye sous les téguments et dans la cavité péritonéale. Au bout de trois mois, l'animal présentait un épaississement des téguments au niveau de l'inoculation, et les faces antérieure et postérieure de l'estomac, de même que le lobe inférieur du poumon droit, renfermaient des tubercules. L'animal, inoculé par Brucant, mourut deux mois après, avec une tuberculose de tous ses viscères.

Dans le premier cas de Gaudier et Péraire, un des cobayes inoculés succomba quarante-huit heures après; des deux autres cobayes, inoculés avec les produits tuberculeux provenant de la seconde malade, l'un mourut de tuberculose généralisée en trente-six heures, l'autre présentait de nombreuses manifestations tuberculeuses, lorsqu'on le sacrifia, au bout de huit jours.

De ces expériences, il est possible de conclure que l'inoculation est presque toujours positive.

4° *Lésions concomitantes.* — La tuberculose mammaire est presque toujours accompagnée d'autres lésions de même nature, siégeant dans la glande elle-même et dans son appareil lymphatique, ou dans des régions plus éloignées : tuberculose osseuse, adénites multiples, tuberculose pulmonaire et abcès froids.

La *sclérose* de la mamelle accompagne très fréquemment la lésion tuberculeuse; c'est une véritable mammite interstitielle, qui comprime le tissu glandulaire, dont les acini sont étouffés par la prolifération conjonctive.

Les *lymphatiques* et les *ganglions axillaires* sont presque toujours atteints, et même, dans certains cas, cette tuberculose ganglionnaire semble précéder la lésion mammaire. Suivant la période, les ganglions sont durs ou ramollis, isolés et mobiles, ou réunis en masse. Ils deviennent souvent caséeux, et des fistules multiples les mettent bientôt en communication avec l'extérieur.

Les adénites multiples et les abcès froids sont signalés dans les observations de Velpeau, et dans celles d'Albertin.

Dans les deux tiers des cas, on trouve des lésions pulmonaires, induration d'un sommet, pleurésie, phtisie à sa dernière période.

Quant à la tuberculose osseuse, on la rencontre partout, mais surtout dans le voisinage de la glande. Cependant, chez une malade de Gaudier et Péraire, atteinte de coxalgie, se développa une tuberculose mammaire, qui guérit après opération. Les lésions osseuses de voisinage donnent naissance habituellement à des abcès ossifluents intra-mammaires, mais peuvent aussi être le point de départ d'une véritable tuberculose du sein.

Leblanc décrit une tumeur qui portait un véritable pédicule, se terminant en cul-de-sac dans le voisinage du troisième espace intercostal; il ne trouva sur le côté qu'un léger épaississement du périoste. Dans l'observation de Villar, un cordon très mince réunissait la tumeur à une ancienne ostéite du sternum.

Il existe parfois des lésions de la peau, qui peuvent précéder l'envahissement de la glande; dans le cas de Kramer on vit se développer d'abord, sur le mamelon, plusieurs ulcères tuberculeux, et ensuite dans la glande, des abcès gros comme des cerises.

IV

Pathogénie. — L'infection peut se faire de trois façons différentes : par la voie lymphatique, par continuité et par la voie sanguine.

1° *Infection par la voie lymphatique.* — Il est vraisemblable d'admettre que souvent l'infection a son point de départ dans l'aisselle, au niveau des ganglions, engorgés d'une façon précoce, et réunis à la lésion glandulaire par un cordon noueux, longeant le bord inférieur du grand pectoral; la marche du bacille serait donc rétrograde par rapport au courant lymphatique, et il est difficile de croire que ce mode d'infection soit le plus habituel. Cependant, son existence est incontestable : la malade de Reboul avait eu un abcès de l'aisselle, ouvert pendant deux mois, à la suite duquel se déclara la tuberculose mammaire.

Il est probable que l'adénopathie axillaire, malgré sa précocité, est habituellement consécutive à la lésion du sein, quoique, dans certains cas, elle paraisse la précéder; neuf fois sur dix elle est la conséquence de l'infection glandulaire. Comme le cancer, et même beaucoup plus rapidement que lui, la tuberculose envahit les ganglions axillaires, et, lorsque l'adénopathie s'est montrée avant la tumeur, on peut se demander s'il n'y avait pas déjà quelques foyers intra-mammaires, inappréciables cliniquement.

D'autre part, les lymphatiques peuvent transporter, en plein tissu glandulaire, les bacilles qui ont pénétré par une solution de contiguïté des téguments, un lupus de la mamelle, par exemple.

2° *Infection par continuité.* — Une lésion tuberculeuse évoluant près de la glande, sur la peau ou dans le tissu cellulaire sous-pleural, s'étend peu à peu et envahit par continuité le tissu mammaire.

3° *Infection par voie sanguine.* — Lorsque, au sein de l'organisme, s'est développé un foyer tuberculeux, tuberculose pulmonaire, tumeur blanche, ostéite, abcès froid sous-cutané, les germes infectieux peuvent passer dans le courant circulatoire, et se fixer dans la glande mammaire, si elle présente à ce moment les conditions favorables à leur développement; il existe un grand nombre de cas dans lesquels l'infection s'est produite nettement de cette manière.

L'infection peut encore se produire directement par les conduits galactophores. Verchère a publié, en effet, une observation de Verneuil, dans laquelle les germes semblent avoir pénétré par les conduits glandulaires ; à l'examen histologique, les ampoules étaient remplies de bacilles de Koch. Des cas analogues ont été cités par Kramer et Orthmann.

V

Symptomatologie. — Suivant les différentes périodes de son évolution, les signes de la tuberculose mammaire présentent un aspect variable. Nous les décrirons pendant les trois périodes de cette affection : période de début ou de formation des tubercules ; période d'état, caséification et abcès ; période de terminaison, fistulisation.

1° *Période de début.* — La tuberculose du sein peut passer inaperçue, lorsqu'elle se développe chez des malades atteintes de lésions tuberculeuses très avancées ; elle présente alors peu d'intérêt clinique, et c'est une trouvaille d'autopsie.

Souvent, la tumeur existe déjà depuis plusieurs mois, quand la malade se décide à consulter un médecin ; la douleur est nulle, le sein non augmenté de volume, et c'est par hasard que l'on découvre la tumeur, ou bien l'attention est attirée par quelques légers picotements qui surviennent surtout au moment des règles.

Le début se fait le plus habituellement par les ganglions lymphatiques de l'aisselle, par une adénite strumeuse qui précède parfois de plusieurs mois l'apparition de tubercules appréciables à la palpation, dans la glande. Cette adénopathie, que l'on constate dans de très nombreuses observations, paraît être le signe prémonitoire de la tuberculose mammaire, et lorsque l'infection initiale se produit de cette façon, la tumeur se développe d'abord dans le segment externe du sein. D'autres adénites peuvent parfois l'accompagner ; dans les cas de Reboul et d'Argellier, on note des adénites suppurées cervicales, sous-hyoïdiennes et sus-claviculaires.

Chez quelques malades, l'affection paraît avoir débuté par une ulcération de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané. Dans l'observation de Orthmann, la tumeur s'est développée à la suite d'un noyau semblable à un furoncle ; dans celle de Kramer, des abcès multiples ont succédé à des ulcérations, siégeant autour du mamelon. Gaudier et Péraire rapportent l'histoire d'une malade chez laquelle la tumeur était reliée par une petite bride fibreuse à une ulcération fongueuse siégeant près du mamelon.

Parfois, le premier symptôme appréciable est une rétraction progressive du mamelon. Dans un cas, la malade avait remarqué une rétraction progressive et continue de son mamelon depuis son dernier accouchement, qui datait de cinq ans.

3° *Période d'état.* — La *forme disséminée* est très rare ; par la palpation, on sent plusieurs noyaux, durs, mobiles, mal circonscrits ; leur nombre est extrêmement variable. Peu douloureux à la pression et de consistance ferme, ils ont quelquefois le volume d'un grain de mil et peuvent atteindre les dimensions d'une amande. La glande n'augmente généralement pas de volume, et lorsque les deux mamelles présentent des lésions symétriques, comme dans un cas d'Albertin, elles gardent, au point de vue plastique, un aspect très satisfaisant. Mais il est rare que ces tubercules restent disséminés pendant toute la durée de leur évolution ; ils envahissent l'espace sain, qui les sépare les uns des autres, et forment une masse confluente, environnée souvent de noyaux secondaires, type intermédiaire, plus fréquent que la forme disséminée pure.

La *forme confluente*, observée par la plupart des auteurs, est beaucoup mieux connue.

Lorsqu'on découvre la tumeur, elle a habituellement le volume d'une noisette ou d'une noix, et occupe le segment supéro-externe ; c'est dans cette région que nous avons vu signaler sa présence vingt fois sur trente-deux cas. Rarement, le sein est augmenté de volume en masse ; parfois la tumeur est sous l'aréole, exactement centrale.

De forme ovoïde, irrégulière, elle présente une surface bosselée, à bords mal limités, et il est possible souvent de trouver à côté d'elle de petits noyaux secondaires, destinés à se réunir plus tard à la masse principale. Sa consistance est variable, suivant que les tubercules sont encore à l'état de crudité ou qu'ils aient déjà subi la dégénérescence caséeuse. Ferme au début, elle se ramollit plus tard et on peut sentir une fluctuation profonde, qui devient de plus en plus nette à mesure que la coque s'amincit.

La glande est mobile sur le plan musculaire sous-jacent, car la tumeur ne contracte aucune adhérence avec les parties profondes.

Le mamelon est parfois rétracté, phénomène que nous avons trouvé signalé seize fois dans nos observations ; il est probable que cette rétraction est d'origine cicatricielle, car, dans ces cas, les fistules s'étaient ouvertes près du mamelon.

Au premier abord, la peau semble normale et libre d'adhérences, et glisse facilement sur la tumeur. Mais si on cherche à la pincer, elle commence à se rider, à se déprimer en certains points, présentant alors, quoique à un degré très atténué, l'aspect décrit dans le cancer sous le nom de peau d'orange.

Dans cinquante-deux observations, on a trouvé trente-deux fois l'adénopathie axillaire, qui semble donc être un signe de grande importance ; dans six cas, on n'avait pas noté l'état des ganglions ; dans sept cas seulement, l'adénite fait défaut. Cet engorgement ganglionnaire précède généralement l'apparition de la tumeur mammaire ; dans le cas contraire, les ganglions sont envahis en quelques jours, comme l'a remarqué Delbet : « La tuberculose, bien qu'elle ait envahi les ganglions secondairement, après la mamelle, évolue plus vite dans les premiers, comme si elle y trouvait un terrain plus favorable, et les ganglions envahis les derniers suppurent les premiers. »

Il faut les chercher surtout sous le bord du grand pectoral ; ils sont au nombre de deux ou trois, du volume d'une noisette ou d'une amande, parfois mobiles, durs et bien isolés. Peu à peu, ils deviennent caséeux et se réunissent en une masse qui, dans une observation d'Argellier, empâtait toute la région axillaire. Puis il se forme un abcès, qui se déverse à l'extérieur par une ou plusieurs fistules, phénomène qui peut se produire bien avant la période de suppuration de la tumeur mammaire.

Les deux foyers mammaires et axillaires sont souvent reliés par un cordon noueux, longeant le bord inférieur du grand pectoral.

Les signes fonctionnels sont essentiellement variables ; les douleurs apparaissent rarement pendant la période de début et peuvent même manquer pendant la plus grande

partie de l'évolution de la maladie. Dans d'autres cas, les douleurs sont extrêmement vives avec des irradiations dans l'aisselle et même jusqu'au coude, comme chez les malades d'Argellier et de Gaudier et Péraire. Il arrive parfois que la douleur, nulle dans le sein, est violente au contraire dans l'aisselle correspondante.

L'état général est surtout en rapport avec les lésions concomitantes, et, lorsque la tuberculose est purement locale, il est peu affecté.

A ce stade, l'affection peut demeurer fort longtemps. Il est possible et même probable que les noyaux tuberculeux puissent guérir sans s'ouvrir, se résorber ou se transformer en masses crétacées, comme il arrive dans les autres régions, mais, habituellement, ils grossissent, deviennent fluctuants, la peau s'amincit et se perfore. Cette évolution demande quelques jours, ou plusieurs mois, suivant la résistance du sujet et les lésions concomitantes.

3° *Période de terminaison.* — La terminaison de la forme disséminée, rarement observée, est par suite peu connue : Dubar l'ignorait; Héraud, prétendant que cette forme est ordinairement secondaire à d'autres lésions tuberculeuses, croit que la caséification est rapide et que de nombreuses fistules permettent aux noyaux de déverser leurs produits à l'extérieur, mais il existe d'autres cas, dans lesquels on a vu le tissu sain réagir, et produire l'enkystement de la masse tuberculeuse.

L'évolution terminale de la forme confluente est beaucoup mieux connue. Au bout de deux, trois, cinq mois, ou même davantage, la peau finit par céder, et une fistule s'établit, laissant suinter un liquide purulent, jaunâtre, mêlé de grumeaux et identique à celui des abcès froids. On rencontre souvent ces fistules près de l'aréole, et il est possible qu'elles soient la cause de la rétraction du mamelon. Les bords de la fistule sont rouges, violacés et décollés ; un stylet introduit dans le trajet aboutit à une cavité anfractueuse située à une profondeur de plusieurs centimètres.

Ces fistules persistent indéfiniment, car la tuberculose du sein a une marche sans cesse envahissante ; la mamelle, bosselée en certains endroits, rétractée ailleurs, criblée d'orifices blafards et saignants, présente un aspect informe; la glande est complètement détruite et, sous l'influence de cette longue suppuration, les malades se cachectisent, et sont à la merci de complications pulmonaires ou de la tuberculose généralisée.

VI

Pronostic. — Le pronostic doit être fait au point de vue de l'état local, de la vie, et enfin des dangers de contamination par le lait, lorsque cette affection se produit pendant l'allaitement.

Au point de vue local, le pronostic est grave, puisque la tuberculose tend à envahir et à détruire toute la glande.

Au point de vue de la vie, il faut distinguer deux cas, tuberculose primitive ou tuberculose secondaire à une infection viscérale. La tuberculose, primitivement localisée dans la glande, infecte-t-elle rapidement l'organisme ? Il est difficile de répondre à cette question, parce que les malades n'ont pas été observées pendant une durée suffisante. Sur six malades suivies par Delbet, deux seulement ont été revues bien portantes, l'une neuf mois, l'autre trois ans après l'opération; des quatre autres, deux sont mortes de tuberculose pulmonaire. Dans un cas de Tédenat, la guérison persistait depuis sept ans; Piskacek rapporte que deux ans après l'amputation d'un sein frappé de tuberculose, l'autre sein fut atteint à son tour. D'autre part, une femme de quarante ans, bien portante avant l'apparition de la tumeur mammaire, fut atteinte, un an après l'opération, de tuberculose pulmonaire. Il semble donc que la tuberculose mammaire soit une tuberculose grave.

Lorsque l'affection survient pendant l'allaitement, il est probable que le lait est capable de contaminer l'enfant. Bien que le tubercule paraisse se développer primitivement dans le tissu conjonctif interlobulaire, l'acinus est rapidement envahi. Cependant, Sabrazès et Binaud ont inoculé sans succès, à un cobaye, une petite quantité de lait d'une femme qui présentait des cavernes tuberculeuses, et parfois des enfants se sont nourris de lait provenant de mamelles tuberculeuses, sans être infectés.

D'autre part, dans une observation de Hebb, une femme, atteinte d'hémoptysie et de mammite tuberculeuse, a huit enfants, dont cinq meurent de tuberculose. Il est donc prudent d'interdire à la malade de donner le sein à son enfant.

VII

Diagnostic. — Il n'existe pas de signe pathognomonique de la tuberculose du sein ; aussi son diagnostic est-il très difficile, impossible même au début, au dire d'Habermaas. Lorsqu'il s'agit de malades nettement tuberculeuses, et que l'examen fait découvrir d'autres foyers de même nature, coxalgie, ostéite, tuberculose pulmonaire, etc., la difficulté est beaucoup moins grande ; aussi nous occuperons-nous surtout des cas de tuberculose primitive, et comme l'aspect de la maladie change suivant sa période, il est nécessaire de faire le diagnostic aux différents stades de son évolution.

1° *Début.* — Une tumeur commence à se former dans le sein, avec ou sans douleur. S'il n'existe pas d'adénopathie axillaire volumineuse et précoce ou d'autres foyers pulmonaires ou osseux, il est très difficile et souvent même impossible de faire le diagnostic avec une mastite ou un cancer au début. A cette période, il faut se baser surtout sur les caractères de l'adénopathie axillaire et sur les lésions tuberculeuses concomitantes. D'ailleurs, comme ce premier stade est silencieux, on a rarement l'occasion d'observer les malades à cette époque.

2° *Période d'état.* — Les maladies avec lesquelles on peut confondre la tuberculose mammaire sont différentes, suivant qu'il s'agit de la forme confluente ou de la forme disséminée.

a. La *forme disséminée* est extrêmement rare ; par la palpation, on découvre de nombreux noyaux éparpillés dans la glande ; l'existence de fistules facilite beaucoup le diagnostic ; mais si les tubercules sont durs et non fluctuants, s'ils ont une tendance à la transformation crétacée ou à la résorption, il faut distinguer cette affection de la maladie kystique de Reclus et de la mastite chronique à noyaux multiples.

Dans la *maladie kystique*, l'engorgement ganglionnaire est rare et tardif; les kystes, dont les dimensions varient d'une noix à un grain de blé, sont extrêmement nombreux, et il n'existe pas de tumeur proprement dite. Enfin, et surtout, l'affection est bilatérale. Presque toujours, la tuberculose n'affecte qu'une glande, et nous ne connaissons qu'une observation, celle d'Albertin, où elle avait envahi simultanément les deux seins.

Quant à la *mastite chronique à noyaux multiples*, décrite par

Phocas, elle présente des symptômes presque identiques à ceux de la tuberculose. Cependant, les ganglions sont pris d'une façon moins constante et moins précoce, et l'évolution, au lieu d'être progressivement envahissante, subit de véritables oscillations, c'est-à-dire que les ganglions axillaires et les noyaux glandulaires sont soumis à des alternatives d'augmentation et de diminution. L'étiologie peut donner aussi des renseignements utiles, car la mastite succède parfois à une inflammation totale de la glande et se développe pendant la lactation ou à la suite d'un traumatisme.

b. La *forme confluente*, beaucoup plus fréquente, présente des caractères variables, suivant l'état de la masse tuberculeuse, dure ou fluctuante, et, par suite, susceptible d'être confondue soit avec une tumeur solide, soit avec une collection liquide.

Les *tumeurs solides* sont souvent très difficiles à distinguer de la tuberculose.

La *mastite chronique* prend la forme d'un gâteau dur, ou bien d'une tumeur arrondie, nettement limitée. La peau, adhérente, lui forme un capitonnage en surface. Elle débute pendant la lactation ou peu de temps après la grossesse. La pression fait sourdre parfois une goutte de liquide de l'aréole, et presque toujours elle est douloureuse; l'adénopathie, aussi rare que dans la mastite à noyaux multiples, subit également de fréquentes variations de volume. La suppuration peut se montrer d'une façon rapide, quoique Tillaux l'ait vue apparaître seulement au bout de six semaines.

Le *fibrome*, véritable rareté pathologique, a une forme bosselée, marche avec une extrême lenteur et ne s'accompagne pas d'adénite axillaire.

Les *enchondromes*, les *myxomes* et les *lipomes* sont plus rares encore.

Les *adénomes*, nettement isolés du parenchyme glandulaire, d'une mobilité parfaite, ne provoquent pas d'engorgement ganglionnaire. Ils peuvent subir la dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse; parfois même, l'adénome et la tuberculose peuvent évoluer dans une même glande; dans le cas de Rémy et Noël, l'adénome avait été diagnostiqué longtemps avant l'apparition de la tuberculose; dans celui de Davis, il y avait coexistence de la tuberculose et d'un adénome en voie de dégénérescence maligne.

On a souvent à faire le diagnostic avec les *tumeurs malignes*, qui, au début de leur évolution, présentent de nombreuses analogies avec la tuberculose.

Il est très difficile de distinguer cette affection d'un *cancer* au début, lorsque l'adénopathie manque, que la tumeur n'est pas suppurée et que la malade ne présente pas d'autres lésions tuberculeuses. Le diagnostic est basé théoriquement sur les caractères de la tumeur cancéreuse, dure, irrégulière, à prolongements ramifiés dans le derme; le phénomène de la peau d'orange est beaucoup plus marqué que dans la tuberculose; le mamelon est rétracté, phénomène qui n'apparaît pas, dans la tuberculose, avant l'ouverture des fistules. En outre, les ganglions qui devancent habituellement la tuberculose sont pris secondairement dans le cancer. Ces signes différentiels ne mettent pas à l'abri des erreurs; Delbet fit une fois le diagnostic de tuberculose mammaire, chez une malade présentant une tumeur du segment externe, unie par son extrémité à une adénopathie axillaire plus volumineuse que la tumeur elle-même; cependant, il s'agissait d'un cancer. D'ailleurs, les processus tuberculeux et épithéliomateux peuvent exister dans une même glande (1).

De même que le tubercule confluent, le *sarcome* apparaît sous la forme d'une tumeur circonscrite, bosselée, et assez mobile. Sa consistance est variable suivant les points, dure ou rénitente en certains endroits, fluctuante en d'autres, s'il s'agit d'un cysto-sarcome. Mais sa marche est plus rapide, et il n'existe pas d'adénite concomitante; la généralisation se faisant par le courant sanguin, les ganglions axillaires ne sont pas envahis, excepté à la période terminale, lorsque la peau est ulcérée.

Parmi les *gommes syphilitiques* du sein, la mastite circonscrite, seule, peut être confondue avec la tuberculose. Dans quelques cas, la peau devient rapidement adhérente, prend une coloration brune, et il se forme une ulcération circulaire, à bords violacés, abrupts, taillés en biseau aux dépens de la face profonde.

L'*hypertrophie de la mamelle*, chez les hommes atteints de phtisie pulmonaire, débute par des douleurs thoraciques, ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire et n'aboutit jamais à la suppuration. C'est une affection très rare, puisque la littérature médicale n'en renferme que sept observations, auxquelles on peut joindre sans doute le cas de tuberculose mammaire chez un homme, publié par Horteloup.

Au moment de la période de caséification, les tubercules se transforment en une cavité purulente, dont les caractères se rapprochent de ceux des *tumeurs liquides*, *kystes* ou *abcès froids*.

Il n'existe dans la science que deux cas de kyste dermoïde de la mamelle (2). Le *galactocèle* est plus fréquent; c'est une tumeur arrondie, développée, sans signe inflammatoire pendant la lactation; la pression fait sourdre du lait par le mamelon. Le diagnostic doit être fait surtout avec les diverses variétés d'abcès froids : *abcès superficiels*, *intra-mammaires* et *rétro-mammaires*.

Les *abcès superficels* se développent rapidement dans le tissu cellulaire; la peau est vite altérée et, placée en arrière, la glande n'est pas intéressée.

Les *abcès intra-mammaires* sont habituellement de simples abcès par congestion, produits par une carie costale ou sternale. La tumeur débute par une douleur en un point de la région thoracique, avec induration et épaississement à ce niveau; la migration du pus dans la glande est absolument torpide et indolente : il s'enferme en une poche dure et rénitente, en raison de son épaisseur. Les ganglions axillaires ne sont pas envahis, et enfin, signe très important, un pédicule, court et dur, relie la tumeur à la lésion initiale.

Cependant, certains abcès froids, au lieu d'avoir une origine extra-glandulaire, se développent dans la glande, et s'y enkystent comme une tumeur. Ils évoluent d'une façon très lente, et s'accompagnent de rétraction du mamelon et d'œdème des parties voisines, identiques d'ailleurs aux abcès froids des autres régions. C'est une affection très rare, et d'après Roux une variété de la tuberculose mammaire.

Quant aux *abcès rétro-mammaires*, ils sont bien plus fréquents que les précédents, et reconnaissent une origine semblable. La glande, projetée en avant, nage sur le pus; pour

---

(1) Pilliet et Piatot. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1897.

(2) Achard et Lannelongue. *Traité des kystes congénitaux.* — Reverdin et Mayor. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1887.

percevoir la fluctuation, il faut placer une main à la base de l'organe, et repousser, de l'autre, le sein en arrière. Le diagnostic n'offre donc pas beaucoup de difficultés.

3° Arrivée à sa dernière période, la tuberculose du sein revêt un aspect assez caractéristique pour qu'il soit difficile de la confondre avec d'autres tumeurs ulcérées, qui, à ce stade de leur évolution, ont frappé l'organisme tout entier.

VIII

Traitement. — La tuberculose mammaire, livrée à elle-même, aboutit presque fatalement à l'envahissement complet et à la destruction de la glande, et, par l'intermédiaire des lymphatiques externes, à l'infection des ganglions de l'aisselle. Il importe donc de l'arrêter le plus tôt possible dans son évolution, de manière à préserver l'organe, et surtout à empêcher la généralisation de cette tuberculose locale.

Il faut donc intervenir, dès que le diagnostic est assuré, et recourir d'emblée aux moyens radicaux, à l'ablation de toutes les parties atteintes, seul procédé vraiment chirurgical, parce que, seul, il met à l'abri des récidives, et amène une guérison rapide. Cependant, s'il était possible de reconnaître, à son début, une tuberculose confluente, peut-être serait-on autorisé à se servir des injections interstitielles, qui donnent de bons résultats dans d'autres régions; ce procédé n'a pas encore été essayé, et il est probable qu'il n'aura jamais une grande utilité, parce que le diagnostic précoce est très rare, et que la multiplicité fréquente des noyaux rendrait son application difficile. La ponction, suivie d'injection de glycérine iodoformée ou de naphtol camphré, ne constitue pas un traitement rationnel, à cause de la forme anatomique de la tuberculose du sein. Par ce procédé, on pourrait peut-être atteindre et modifier le noyau principal, mais toutes les granulations, qui très souvent sont semées autour de lui, continueraient en toute sécurité leur marche envahissante. C'est pour cette raison aussi, qu'il faut rejeter l'incision simple qui, ne dépassant pas les limites du mal, a été suivie, dans les quelques cas où elle a été employée, d'une récidive ou plutôt d'une continuation des lésions tuberculeuses, de la propagation aux ganglions de l'aisselle, ou de l'établissement de fistules intarisables, qui nécessitent ultérieurement l'amputation du sein.

On a rendu cette intervention plus radicale et plus efficace en y ajoutant le curetage et la cautérisation énergique de toutes les anfractuosités; ce procédé serait excellent, si on était sûr d'atteindre tous les foyers tuberculeux, et de supprimer ainsi toutes les sources d'infection, ce qui est impossible dans les formes disséminées, et même dans les formes confluentes accompagnées de granulations périphériques. D'ailleurs, sur huit cas, cités par Delbet, on trouve un insuccès complet, et la guérison des autres malades se fit longtemps attendre, parce qu'il est impossible d'obtenir une réunion par première intention à la suite d'une intervention de cette nature.

L'ablation totale des parties malades, au bistouri, constitue le seul traitement rationnel. le traitement de choix, comme le prouvent les observations des malades chez lesquels il a été employé. L'amputation seule permet d'enlever tout le mal, et d'obtenir une réunion par première intention, en d'autres termes, de guérir rapidement, sans fistules, et de mettre à l'abri de toute récidive. Cependant, certaines circonstances peuvent interdire l'intervention chirurgicale.

L'*amputation est contre-indiquée* dans la forme disséminée, lorsque les tubercules ont tendance à la régression, ou restent à l'état stationnaire, et que l'organisme lutte avec succès; dans les cas de tuberculose mammaire, survenant à une période avancée de phtisie pulmonaire, et enfin pendant la grossesse, car il est préférable d'attendre pour intervenir la fin de la gestation.

La *modalité de l'intervention* dépend de la forme anatomique et de l'étendue des lésions. S'agit-il d'une forme confluente, nettement circonscrite, sans noyaux secondaires? On pratique alors l'*amputatation cunéiforme*, en se maintenant en dehors du tissu malade. Si la tumeur siège dans la région supéro-externe, on peut employer le procédé de Léon Tripier qui consiste à réunir la plaie par deux plans de suture, un pour la glande et un pour la peau. Il se produit ainsi une cicatrice peu profonde, qui disparaît même en quatre ou cinq ans. Dans la région inférieure, il est bon de recourir à la méthode de Daniel Mollière, qui, pour éviter une cicatrice apparente et disgracieuse, abordait la glande par le sillon sous-mammaire. Par cette incision inférieure, on pénètre dans le tissu cellulaire, interposé entre la paroi thoracique et la base de la mamelle; puis, retournant en quelque sorte cette glande, on peut extirper facilement les parties lésées, véritable évidement, qui ne laisse pas de traces, la cicatrice se dissimulant ensuite sous le bord du sein. Ces deux procédés ont un mérite esthétique, mais, avant tout, il est nécessaire de faire une opération complète, il faut dépasser quelque peu la zone malade, car, s'il n'y a pas grand avantage opératoire à faire des économies de la glande, il y a, dans les cas douteux, grande sécurité thérapeutique à consentir aux larges sacrifices.

Dans tous les cas où existent des noyaux isolés autour de la masse confluente, on doit pratiquer l'*amputation totale*. Même chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire, l'intervention est utile, et on peut voir se relever l'état général et rétrograder les lésions pulmonaires.

L'extirpation des ganglions axillaires est le complément indispensable de toute intervention pour la tuberculose du sein.

Bibliographie. — Albertin. In th. Argellier, Lyon 1898. — Arcoleo. *Riforma med.*, 1887. — Argellier. Th. de Lyon, 1898. — Astley Cooper. *Œuvres chirurgicales.* — Bender. *Einige falle zur Tuberculose der Brustdrüse*, 1891. — Bérard. *Diagnostic différentiel des tumeurs du sein.* — Berchtold. *Ueber Mamma tuberculose*, Inaug. dissert., Basel, 1890. — Binaud et Braquehaye. *Traité* de Le Dentu et Delbet. — Billroth. Tuberculose du sein, *Deust. chir.* — Brucant. Th. de Lille, 1895. — Bryant. *The diseases of the breast*, 1888. — Campenon. *Semaine méd.*, 1888. — Catellani. *Policlinic*, Roma 1895. — Coley. *Arch. gén. de méd.*, 1849. — Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique.* — Coudray. Th. de Paris, 1882. — Davis. *Med. News*, 1897. — Demons et Binaud. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1894. — Desgranges. Th. de Paris, 1895. — Dubar. Th. de Paris, 1881. — Dubreuil. *Gaz. méd. de Paris*, 1888. — Durand. Abcès ossifluent intra-mammaire et tuberculose du sein. *Province méd.*, 1896. — Duret. Tuberculose mammaire et adénite axillaire. *Progrès méd.* Paris 1882. — Ely. *New-York path. Soc.*, 28 mai 1890. — Fiorentini. *Giorn. d. reale Soc. ital. d'igiene*, Milan 1895. — Gangolphe. In th. Argellier. — Gaudier et Péraire. *Rev. de chir.*, 1895. — Gautier. Th. de Bordeaux, 1885. — Gosselin. Mammite chronique probablement tuberculeuse, *Gaz. des hôpit.*, 1881. — Gromo. Th.

de Paris, 1878. — HABERMAAS. Uber die Tuberculose der Mamma, *Beitr. zur Klin. Chir.*, von Bruno, vol. II, 1886. — HEBB. *Transact. of path. Soc. of London*, 1888. — HÉRAUD. Th. de Montpellier, 1897. — HÉRING. *Die Tuberculose der Mamma*, Inaug. dissert. Erlangen 1889. — HEURTAUX. *Bull. de la Soc. anat. de Nantes*, 1889-90. — HOLMES. *System of Surg.*, 1871. — HORTELOUP. *Tumeurs du sein chez l'homme*, Th. d'agrégation, 1872. — JACOB. Th. de Lyon, 1890. — JACQUES. *Rev. méd. de l'Est*, 1893, p. 396. — JOHANNET. Tumeur tuberculeuse du sein avec tubercules pulmonaires, *Rev. méd.-chir.*, 1853. — KLOTZ. *Arch. de Langenbek*, 1810. — KŒNIG. *Traité de path.*, 1889. — KOLESNIKHOW. *Arch. Virchow*, 1877. — KRAMER. *Centralbl. f. Chir.*, 1887. — KUMMER. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890. — LANCEREAUX. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1860. — LANE. *Transact. of the clin. Soc.*, London 1892. — LANGE. Tuberculosis of the feminal breast, *Transact. of the surg. Assoc. Philad.*, 1895. — LEBLANC. Soc. anat. de Paris, 1886. — LE DENTU. *Rev. de chir.*, 1881. — LEUDET. *Arch gén. de méd.*, 1886. — LOMIS. *Researches of Lomis laboratory*, 1890, vol. I. — LOTHEISSEN. Tuberculose de la mamelle. *Wien. Klin. Woch.*, 1897. — MACKELLAR. Tuberculose du sein, *The Lancet*, 1889. — MARTEL. Th. de Paris, 1887. — MANDRY. *Beitr. z. Klin. Chir.*, Tubingue 1891. — MERMET. *Abcès ossifluents intramammaires*, mars 1896. — MOLLIÈRE. *Gaz. des hôp.*, 1886. — MUSELIER. In th. de Brucant. — NÉLATON. Th. d'agrégation, 1839. — OHNAKER. *Arch. de Langenbek*, 1882. — ORTHMANN. *Arch. f. path. anat. med. Phys.*, 1885, vol. C. — PARK. *Med. News*, 1896. — PAUCHET. In th. d'Héraud. — PILLIET et PIATOT. Soc. anat. de Paris, 1897. — PISKACEK. *Medicin. Jahr.*, 1887. — POIRIER. *Tumeurs du sein chez l'homme*, Th. de Paris, 1883. — POWERS. *Ann. of Surg.*, 1894-1897. — REBOUL. In th. d'Héraud. — REERINK. *Beitr. z. Klin. chir.*, 1895. — RÉMY et NOEL. Soc. anat. de Paris, 1893. — REVERDIN. In th. de Roux. — RICHET. *Gaz. des hôp.*, 1880. — ROBINSON. *Brit. med. Journ.*, 1892. — ROUX. *Tuberculose mammaire*, Th. de Genève, 1891. — SABRAZÈS et BINAUD. *Arch. de méd. exp.*, 1894-1896. — SHATTOTH. Abcès tuberculeux du sein, *Path. Soc. of London*, 1889. — SCHEDE. *Deuts. med. Woch.*, 7 déc. 1893. — SOUPLET. Tuberculose de la mamelle simulant un carcinome. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1886. — TILLAUX. *Semaine méd.*, 1888. — TEDENAT. In th. Héraud. — VELPEAU. *Maladies du sein*, 1894. — VERCHÈRE. *Des portes d'entrée de la tuberculose*, Th. de Paris, 1884. — VILLAR. *Gaz. des hôp.*, 1894, et *Montpellier méd.*, 1894. — VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*, t. III, p. 125. — WALTHER et PILLIET. Tuberculose mammaire double, Soc. anat., Paris 1895.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1899. — Présidence de M. BERGER.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

M. RICARD. « Je n'ai point l'intention de remettre en question le traitement de l'appendicite, qui a fait autrefois déjà le sujet de discussions approfondies au sein de cette société, je me bornerai à répondre à certaines assertions émises par notre collègue Poirier lors de la communication qu'il fit en juillet dernier.

Je proteste d'abord contre la conclusion suivante, basée sur dix-sept cas d'appendicite : « Sous toutes ses formes, et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible » (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. XXIV, p. 741).

Une formule aussi intransigeante ne saurait trouver place dans le traitement d'une affection aussi variable dans ses modalités, aussi dissemblable dans ses formes qu'est l'appendicite. Bornant ma communication au traitement de l'appendicite aiguë, comme notre collègue, je dirai qu'il est des cas qu'il faut opérer, et sur lesquels personne ne discute; qu'il en est d'autres que l'on peut opérer et sur lesquels on peut discuter, qu'enfin il est toute une catégorie de cas aigus, dans lesquels l'intervention chirurgicale doit être repoussée.

Les cas de la première catégorie appartiennent aux cas d'appendicite perforante suraiguë avec péritonite diffuse, aux cas de péri-appendicite suppurée avec abcès iliaques. Dans ces deux cas, personne ne discute. Le résultat thérapeutique peut être variable, mais l'indication chirurgicale est indiscutable. Je n'insisterai donc pas.

La seconde catégorie comprend les cas de moyenne intensité et dans lesquels, à mon avis, il ne convient pas d'intervenir de suite, aussitôt le diagnostic posé. Quoi qu'on en dise l'opération faite à chaud ne comporte pas le pronostic bénin d'une opération ultérieure faite à froid. Enfin, parmi ces cas il en est qui guérissent complètement, disparaissent sans laisser de trace, et ne récidivent point. Aussi en présence d'un cas d'appendicite observé dès son début, malgré même la violence des symptômes observés, j'institue le traitement médical par le repos absolu, la diète, l'opium et la glace sur le ventre. Une observation rigoureuse et suivie du pouls et de la température me dictent rapidement la conduite à suivre. Il faut se tenir prêt à intervenir si, loin de se calmer, les symptômes deviennent alarmants, ou même simplement s'ils tardent à s'amender. Comme mon collègue, M. Brun, depuis que je suis cette règle de conduite, j'ai eu bien moins souvent l'occasion d'opérer pendant la crise aiguë et je n'ai qu'à m'en féliciter, n'ayant pas eu jusqu'ici à déplorer la perte d'un malade du fait d'une période d'observation que j'aurais volontairement prolongée.

Si la médication arrête l'évolution de l'appendicite, je la continue patiemment et si, après la chute de la température, il persiste un trouble, si léger soit-il, lésion locale perceptible au palper, douleur à la pression, simple gêne abdominale, troubles intestinaux, simple retard dans le rétablissement de la santé générale, j'opère en pleine période apyrétique, quelques semaines après le début des accidents.

Mais si, après ces quelques semaines, tout rentre dans l'ordre, si tout phénomène morbide disparaît, si la palpation ne révèle plus ni douleur, ni tuméfaction, et si le malade en est à sa première atteinte, je m'abstiens de toute intervention. J'interviens au contraire toujours s'il s'agit d'un malade ayant déjà eu une ou plusieurs crises antérieures, celui-là étant destiné presque fatalement aux récidives.

Enfin il est des cas très légers, fugaces, d'appendicite fruste, ceux que Talamon a voulu décrire sous le nom de « colique appendiculaire », ces cas-là sont tout entiers justiciables du traitement médical. Ils disparaissent vite en quelques jours, parfois en quelques heures. Ils constituent un antécédent précieux à noter. Ils peuvent, lors de crises nouvelles, peser dans la détermination opératoire, car ils constituent une forme d'appendicite à répétition; mais lors d'une première atteinte ils n'appellent pas le bistouri.

Accessoirement notre collègue a soulevé aussi la question de la résection de l'appendice au cours des interventions dans les foyers suppurants. Roux (de Lausanne), dans une formule humoristique, disait avec raison, à l'un de nos congrès de chirurgie, que le malade ne doit se considérer comme guéri que lorsqu'il « a son appendice dans sa poche ». En principe cela est exact. Le chirurgien doit faire tous ses efforts pour rechercher l'appendice au milieu des fausses membranes et des collections purulentes, et dans l'immense majorité des cas, il le trouvera. Mais quelquefois, cependant, il convient de ne pas trop insister dans la recherche d'un appendice perdu au milieu des fausses membranes qui agglutinent les anses intestinales altérées. N'y a-

t-il pas des cas d'ailleurs où l'appendice a été complètement gangréné, détruit, et où le chirurgien prolongerait inutilement et dangereusement la recherche d'un appendice qui n'existe plus? La résection de l'appendice sera le but, que le chirurgien se propose d'atteindre. Dans presque tous les cas, il y réussira, mais il est des cas exceptionels, je le reconnais, où ce serait une faute de s'obstiner dans ses recherches.

Je viens d'être appelé en province près d'une malade atteinte d'appendicite suppurée depuis plusieurs semaines. Il existait dans la fosse iliaque un empâtement dur et volumineux, si dur, si irrégulier, si fusionné avec les anses intestinales que je crus, un moment, être en présence d'une production maligne du cæcum. Je décollai la masse de la fosse iliaque et je pus arriver très profondément dans une cavité abcédée située évidemment derrière le cæcum. Où était l'appendice dans ce cas? Il me fut impossible de le dire. Le cæcum lui-même était tout entier perdu dans ces masses indurées, et eût fort risqué d'être déchiré par des recherches laborieuses. Je me suis contenté de drainer la cavité suppurante sans prolonger mes recherches.

Ceci m'amène à parler du procédé opératoire vanté par M. Poirier et qu'il appelle procédé *a posteriori*. C'est là sans doute un procédé utile, notamment dans les cas d'induration diffuse et d'empâtement de toute la fosse iliaque. C'est une ressource opératoire précieuse, mais ce ne saurait être qu'un procédé d'exception, bien inférieur, dans l'immense majorité des cas, à la large ouverture de la séreuse péritonéale, ouverture qui permet de voir, de juger et d'agir en connaissance de cause.

Pour répondre en passant à une question qui a été formulée à la dernière séance, je dirai que je n'ai jamais observé d'éventration consécutive aux opérations faites à froid et sans drainage, que les quelques cas d'éventration que j'ai eu à enregistrer proviennent tous des opérations faites en période suppurative et ayant nécessité un drainage. L'incision que j'emploie est à peu près semblable à celle qui est prescrite pour la recherche de l'iliaque externe, je la ferme toujours par un seul plan de suture comprenant tous les plans de la paroi abdominale.

En réalité, la difficulté du traitement des appendicites tient aux incertitudes du diagnostic anatomique. Quelle est exactement la lésion de l'appendice dans tel ou tel cas? Comment va-t-elle évoluer : vers la suppuration, vers l'infection péritonéale, vers la résolution?

Le plus souvent on ne peut répondre à l'une de ces questions. Certains médecins croient trancher la difficulté en s'opposant à toute intervention, certains chirurgiens en opérant dans tous les cas. Ce sont là des opinions extrêmes entre lesquelles il y a place pour la vérité. » (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

36. M. Chevron. Faux cardiaques et service militaire. — 37. M. Leraitre. La mort subite dans la méningite tuberculeuse dite primitive. — 38. M. Chanteux. De l'éventration sus-ombilicale. — 39. M. Proutière. Contribution à l'étude de l'hystéroscopie. — 40. M. Termet. Considérations sur la hernie crurale. La cure radicale par le procédé de J.-L. Championnière. — 41. M. Le Chevallier. L'hygiène de l'habitation rurale en Bretagne. — 42. M. Fontaine. Du délire dans la pneumonie et, en particulier, du délire tardif. — 43. M. Cornilus. L'autoplastie pour la région mammaire. — 44. M. Stavridès. Des lésions nerveuses déterminées par le redressement brusque des ankyloses. — 45. M. Cochot. Contribution à l'étude des complications post-opératoires de l'appendicite et, en particulier, des pseudo-crises, des fistules et des éventrations. — 46. M. Lacombe. Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le traitement au lit. — 47. Mme Tylicka. Du cornet; ses méfaits au point de vue hygiénique et pathologique. — 48. M. Watelet. Association du sérum antidiphtérique au traitement local dans l'angine diphtérique. — 49. M. Converse. Diagnostic différentiel et mécanisme du roulement présystolique dans l'insuffisance aortique. — 50. M. Deck. Syphilis et règlement de la prostitution en Angleterre et aux Indes. Étude de statistique médicale de 1866 à 1896. — 51. M. Baron. Infections gastro-intestinales du fœtus d'origine intra-utérine. — 52. M. Barrieu. Contribution à l'étude de la blennorragie simple chez l'homme. Son traitement par les injections d'huile iodoformée. — 53. M. François. Mécanisme rare des fractures du bassin. — 54. M. Martinet. Des variétés anatomiques d'abcès sous-phréniques. — 55. M. Dupuy. Essai sur la topographie médicale de l'histoire de l'hygiène des Landes de Gascogne. — 56. M. Spindler. Sur un cas de sarcome parostéal. — 57. M. Mouchet. Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avec radiographies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat (Séance du 11 janvier). — « Anatomie des ligaments larges; — Symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. »

MM. Mutzner 22 + 17 = 39. — Legroux 22 + 13 = 35. — Bellin 19 + 15 = 34. — Garrigues 20 + 11 = 31. — Loin 19 + 12 = 31. Chevrey 19 + 11 = 30. — Monier 18 + 10 = 28. — Dionis du Séjour 14 + 12 = 26.

(Séance du 12 janvier.) — « Artères de l'avant-bras. — Symptômes et diagnostic de la varicelle. »

MM. Leuret 21 + 17 = 38. — Katz 26 + 11 = 37. — Belgrand 20 + 14 = 34. — Bosvieux 21 + 13 = 34. — Léri 20 + 10 = 30. — Calvé 18 + 8 = 26. — Gottschalk 14 + 4 = 18.

— M. le docteur Brun est désigné pour représenter les chirurgiens des hôpitaux de Paris dans le conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— Par décret en date du 6 janvier 1899, M. Auvray, médecin en chef de deuxième classe des colonies, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Viaud, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

— La Société de médecine légale a nommé MM. Budin, Maygrier et Séglas membres titulaires dans la section de médecine.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris vient de renouveler, comme suit, son bureau pour 1899 :

Président : M. Dufournier ; — vice-présidents : MM. Barbillion et Malbec; — secrétaire général : M. Billon ; — secrétaires annuels : MM. Prieur et Dorisson ; — trésorier : M. Kinzelbach; — archiviste : M. Castinel; — conseil de famille : MM. de Pradel, Séailles et Gourichon.

— La Société médicale du VIIe arrondissement de Paris a renouvelé, comme suit, son bureau pour 1899 :

Président : M. Potherat ; — vice-présidents : MM. Tennesson et Richardière ; — secrétaire général : M. Toledano ; — secrétaires : MM. Mounier et Sottas fils ; — trésorier : M. Alibert.

— La Société médicale du IXe arrondissement de Paris a renouvelé son bureau pour 1899. Sont élus :

Président, M. Jamin ; — vice-président : M. Boissard ; — secrétaire général : M. Ozenne ; — secrétaire général adjoint : M. Dagron ; — trésorier : M. Duboys de Lavigerie ; — secrétaires des séances : MM. Devau et Millon ; — conseil de famille : MM. P. Garnier, Chipier, Nitot et Moizard.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Affections des **Voies Respiratoires**, Maladies de la **Peau**

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

AU MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON

Succédané des Eaux Sulfureuses

ADULTES : Une cuillerée à bouche, 2 ou 3 fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'**Académie de Médecine de Paris** (7 Août 1877).

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

BROMIDIA

HYPNOTIQUE ANTINEVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous.

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque

BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

Prix : **5** fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : **5** fr.

Le Remède Electif et Spécifique contre la **TUBERCULOSE** est la

NOUVELLE TUBERCULINE T R du Profr KOCH

(autorisée par Décret Présidentiel, en date du 15 Juin 1898).

Administrée en injections sous cutanées.

La solution au 2me titre s'emploie pendant la première période du traitement, le 1er titre est employé consécutivement.

En Vente pour MM. les Docteurs, chez MM. **MAX** Frères, *31, Rue des Petites-Ecuries, Paris* *et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.*

EUQUININE

Même action thérapeutique que la Quinine dans les Fièvres, l'Influenza, Malaria, la Fièvre typhoïde, la Coqueluche, les Névralgies, etc., et comme tonique.

L'EUQUININE n'a pas de goût amer, ne fatigue pas l'estomac et présente une action beaucoup moins accentuée sur le système nerveux que la Quinine.

VALIDOL

Analeptique et Antihystérique

Présente des effets curatifs remarquables dans l'Hystérie, la Neurasthénie, les Affections stomacales : dans ce dernier genre de maladies, il s'adresse surtout à l'anorexie et aux nausées (y compris celles provoquées par le mal de mer.)

VENTE EN GROS : **MAX FRÈRES, 31, Rue des Petites-Ecuries.**

Dépôts chez tous les Droguistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.

Elixir laxatif contre la **CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE

CASCARA ALEXANDRE

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS

VÉRITABLES GRAINS *de Santé* du docteur FRANCK

(Formule du Codex N° 603)

ALOÈS & GOMME-GUTTE

Le plus commode des

PURGATIFS

très imités et contrefaits. L'étiquette ci-jointe imprimée en **4 COULEURS** sur des **BOITES BLEUES** est la Marque des véritables.

Dépôt, Phie LEROY, 2, r. Daunou. ET TOUTES LES PHARMACIES

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

GOUTTES CONCENTRÉES de VIBURNUM PRUNIFOLIUM DE G. BRUEL

Médicament tonique par excellence, grâce au tannin et à l'acide Valérianique qu'il contient.

C'est le spécifique le plus complet des **Douleurs de l'Utérus** et des **Ovaires, Tranchées utérines, Coliques** *post partum*, **Dysménorrhée, Fausses Couches, Accouchements prématurés,** etc.

DOSE : 15 à 30 gouttes une ou plusieurs fois par jour, dans un peu d'eau sucrée.

Phie BRUEL, à BÉCON-les-Bruyères (Seine) *et dans toutes les Pharmacies.*

Vente en Gros : **9 et 11, Rue de la Perle, Paris.**

MIGRAINE, NEVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de

PHÉNÉDINE-PELISSE

Ils n'occasionnent

NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES

Phie PENNÈS, *49, Rue des Écoles.* DÉTAIL TOUTES PHies

N° 7. — MARDI 17 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 17 JANVIER 1899. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Le charlatanisme médical. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 16 janvier 1899.

Le nombre des examens subis par les étudiants devant la Faculté de Paris a continué sa marche ascendante, ainsi que nous l'avons montré dans notre dernier article. Le nombre des candidats a été, en effet, plus nombreux de 458 sur le nombre de l'année précédente.

En 1896-1897, sur 8971 examens, il y avait eu 1404 ajournements. En 1897-1898, sur 9429 épreuves, il y a eu 1660 ajournements, soit 458 épreuves en plus, et 256 ajournements en plus, ce qui indiquerait une très légère augmentation de sévérité.

La proportion p. 100 est la suivante :

Ancien régime.

Examen	Partie	Épreuve	p. 100
1er examen			52,17
2e examen	1re partie	pratique	22,84
		orale	41,20
	2e partie		17,52
3e examen	1re partie	pratique	11,48
		orale	22,09
	2e partie		20.88
4e examen			21,17
5e examen	1re partie	chirurgicale.	11,19
		obstétricale.	11,42
	2e partie		8,81
Thèse			0,30

Nouveau régime.

Le nouveau régime n'a pas encore donné de candidats au troisième examen.

Examen	Épreuve	p. 100
1er examen	pratique.	8,54
	oral.	27,24
2e examen		30

La Faculté a reçu 661 docteurs,
dont 551 français,
1 française,
98 étrangers,
11 étrangères,

et 22 officiers de santé, 19 hommes et 3 femmes.

Parmi les étrangers reçus docteurs, la Russie a fourni plus du tiers, soit 34 (23 hommes et 11 femmes); l'empire ottoman figure pour 23, la Roumanie pour 18, la Grèce pour 8, les Antilles pour 7, la Suisse pour 5, les autres pays ne sont inscrits que pour des unités.

Il est bien entendu que ces 109 docteurs étrangers, ayant fait leurs études sous l'ancien régime, ont tous droit d'exercer en France, au même titre que les Français.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Nombreux faits intéressants à enregistrer. Communications multiples. L'année 1899 s'annonce bien.

M. Sevestre en quittant le fauteuil de la présidence, M. Raymond en le prenant, font chacun une allocution pleine de tact, et la séance est ouverte.

M. Vincent lit un mémoire de M. Sacquépée relatif à **l'angine à spirilles et bacilles fusiformes.** Ce travail, qui confirme complètement la découverte de M. Vincent, contient cinq cas nouveaux. Voici les réflexions dont M. Vincent fait suivre la communication de M. Sacquépée. « Depuis la communication que j'ai faite le 11 mars 1898, à la Société, sur une nouvelle forme d'angine à fausses membranes, causée, soit par le bacille fusiforme seul, soit par l'association de ce microbe à un spirille, de nombreux travaux confirmatifs ont été publiés, en France ou à l'étranger, sur la réalité de cette affection et sur le rôle de son bacille pathogène. Le nombre des cas publiés de cette affection dépasse actuellement 60. Cette forme d'angine est donc relativement fréquente. J'en ai observé récemment un nouveau cas (fausse membrane récidivant après ablation, dysphagie, adénite, fièvre), dans laquelle le bacille fusiforme avait végété en l'absence de spirilles. La culture ne donne pas de bacille de Lœffler. Dans les coupes de la fausse membrane, on constate que le bacille fusiforme s'est multiplié seul et en quantité extraordinaire sous forme de nids ou de traînées denses et compactes, formant des amas touffus fortement colorés par la thionine. Le bacille fusiforme existe, quoique rarement, dans la bouche de certains sujets sains. Il peut même se multiplier parfois faiblement dans les autres angines à fausses membranes, même dans l'angine diphtérique, à côté de l'agent pathogène véritable. Mais il y est alors très rare. Il doit être rangé à la suite des innombrables bactéries saprophytes ou pathogènes, qui vivent dans la

cavité buccale. J'ai pu constater quelques bacilles fusiformes au milieu d'innombrables microbes développés à la surface d'ulcérations produites par une angine herpétique simple. » Il convient, d'ajouter pour couper court à toute revendication, que la priorité de la découverte de ce microbe appartient nettement à M. Vincent qui, dès 1896, en avait signalé l'existence.

MM. Rénon, Faure et Labbé présentent un malade atteint de **gangrène symétrique des extrémités**. La maladie, chez cet homme de trente-trois ans, a débuté il y a un mois par du sphacèle symétrique des oreilles; les mains et les pieds ne furent atteints d'asphyxie locale que quinze jours plus tard. Actuellement, il existe du sphacèle des deux oreilles et des dernières phalanges des quatre derniers doigts de chaque main, les deux pouces sont indemnes, ainsi que les quatre derniers orteils des deux pieds; les deux gros orteils ne présentent qu'une eschare épidermique insignifiante, après avoir été aussi asphyxiés que les doigts. Fait intéressant, ce sont les parties les plus périphériques et les plus excentriques qui sont les plus atteintes, car aux mains l'affection est surtout marquée aux trois doigts du milieu, et aux pieds les quatre derniers orteils sont indemnes.

Il s'agit d'un cas indéniable de maladie de Raynaud, dont la pathogénie paraît bien obscure; ni la théorie nerveuse, ni la théorie vasculaire ne semblent à elles seules expliquer cette gangrène. Il n'y a pas d'oblitération des gros troncs vasculaires, et il n'existe pas de signes de névrite; peut-être faut-il réserver un certain rôle à l'hypertension artérielle qui est manifeste chez le malade. Celui-ci est de plus tuberculeux alcoolique, et, dans sa profession de blanchisseur, manie souvent la potasse et l'eau de Javel; il a eu des crises convulsives mal définies dans son enfance et reste souvent exposé au froid. Il semble que l'affection résulte de cet ensemble de causes mal déterminées.

La thérapeutique a essayé de répondre à de multiples indications : l'usage du lait, des vaso-dilatateurs (bromure de potassium et trinitrine), l'emploi des bains d'air chaud ont peut-être servi à limiter la gangrène des membres inférieurs; mais aux mains et aux oreilles, on est resté impuissant devant les progrès du mal.

M. G. Lion rapporte un cas extrêmement intéressant **d'artérite syphilitique et de thromboses des deux artères vertébrales accompagnées de gomme méningo-médullaire.** Une femme de trente-quatre ans tombe brusquement, au sortir du lavoir où elle vient de battre et de laver son linge, paralysée des quatre membres. Dès le surlendemain elle reste dans le coma et meurt.

A l'autopsie, on trouve une artérite syphilitique avec thrombose des deux vertébrales, une gomme méningo-médullaire de la région dorsale, quelques gommes miliaires dans le foie.

Les deux vertébrales montrent vers leur partie moyenne, en deux points exactement symétriques, des renflements ou nodosités ovalaires. Sur les coupes microscopiques portant sur ces renflements, on trouve : une hypertrophie considérable des tuniques externes qui sont transformées en véritables gommes infiltrées, offrant d'un côté l'aspect d'un tissu d'infiltration lymphoïde semé de zones nécrosées ayant toutes pour centre un capillaire thrombosé, de l'autre celui d'une large bande de tissu nécrosé avec des amas embryonnaires et quelques rares cellules géantes disséminées ; un état à peu près normal, des tuniques moyennes qui ne sont infiltrées et altérées que dans leur partie la plus externe; une conservation des lames élastiques internes; enfin, un énorme développement des tuniques internes qui apparaissent formées de cellules plates, parallèlement étagées, soutenues par des fibrilles cellulaires claires.

A la partie inférieure de la moelle dorsale, en avant du cordon antérieur gauche, existe une gomme qui, en arrière, s'enfonce profondément et va détruire presque complètement la corne antérieure. L'artère et la veine spéciale antérieures sont englobées dans le processus et apparaissent sur une partie de leur trajet complètement oblitérées.

Ce fait de thrombose de deux vertébrales est tout à fait exceptionnel. Un seul cas de Duffin pourrait en être rapproché. Les exemples de thrombose d'une seule artère vertébrale ne sont guère plus fréquents; ils s'accusent cliniquement par une hémiplégie souvent alternée avec troubles du côté du moteur oculaire externe.

Un autre point remarquable de cette observation, c'est la nature spécifique de la lésion qui ressort nettement de ses caractères macroscopiques et microscopiques.

La lésion médullaire est également digne d'intérêt. Malgré la destruction de la corne grise antérieure, malgré la thrombose de l'artère et de la veine spinale antérieure, elle est restée complètement latente pendant la vie.

M. Claisse attire l'attention de la Société sur le bénéfice qu'on peut tirer de **l'étude histologique des crachats dans le diagnostic précoce du cancer du poumon.** Il croit que l'on peut ainsi, dans quelques cas, faire le diagnostic avant l'apparition de tout signe stéthoscopique, et à un moment où rien ne peut faire prévoir la néoplasie pulmonaire. Mais il faut, pour découvrir ces masses cancéreuses, jeter dans un grand vase de verre rempli d'eau l'ensemble des matières expectorées. En outre il est indispensable, à son avis, de recourir à des colorants énergiques, tels que la thionine, pour mettre en évidence les cellules de ces tissus qui sont le résultat d'un processus de nécrose.

M. Florand lit une courte note sur un cas **d'ictère prolongé par compression du cholédoque**, compression produite par un ganglion tuberculeux.

Enfin MM. Mossé et Frænkel envoient un rapport sur la **transmission du pouvoir agglutinant typhoïdique à travers le placenta.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

Le charlatanisme médical (1).

I

Vous reconnaissez tous les réclames éhontées qui, suivant le prix que l'on y met, s'étalent à la troisième ou à la quatrième page des journaux quotidiens; elles recommandent des médicaments plus ou moins efficaces, sous le couvert du nom d'un docteur, et sont suivies d'attestations de personnes, qui déclarent avoir été améliorées par leur emploi. Je ne vous en parlerais pas, si vous ne pouviez vous trouver exposés à pratiquer du charlatanisme involontaire, sans le savoir.

(1) Leçons recueillies et publiées, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, par M. le docteur P. Reille.

Tout d'abord, si vous soignez un journaliste, recommandez-lui bien de ne pas prononcer votre nom dans son journal. Il croira vous être agréable en faisant savoir à ses lecteurs qu'il a été sauvé par le célèbre docteur X..., à moins qu'il ne proclame vos talents dans un article dithyrambique; vous n'y êtes pour rien, mais cependant vous pouvez être sûr qu'aux yeux de vos confrères vous ne paraîtrez pas étranger à cette publication, et ils penseront que; si vous n'avez pas tenu la plume, vous avez au moins fourni l'encrier.

Un autre mode de charlatanisme involontaire est le suivant : un médecin compose une ordonnance que le malade fait exécuter à un pharmacien quelconque; celui-ci, la trouvant digne de la publicité, surtout si elle contient l'emploi d'un médicament nouveau, se l'approprie, et en fait une spécialité. Sur ses prospectus, sur les étiquettes de ses flacons, il ne manque pas de consigner que ce médicament est recommandé par le docteur X..., et vous voyez votre nom s'étaler dans des papiers distribués sur la voie publique ou à domicile. Dans ce cas, vous n'avez rien à faire; dès que vous avez prescrit un médicament, le pharmacien a le droit de le préparer et de le vendre sous le couvert de votre nom; il a été ainsi jugé par le tribunal de la Seine, et son jugement a été confirmé par arrêt de la cour.

Il y a fort longtemps déjà, M. Milne-Edwards, le père, fut victime d'une mésaventure de ce genre. Souffrant de coliques hépatiques, il avait éprouvé quelque soulagement en s'entourant d'une sorte de ceinture composée de tubes de caoutchouc, dans lesquels circulait un courant d'eau tiède. Il fit faire cette ceinture chez un bandagiste, et fut fort étonné de voir, quelque temps après, à la quatrième page d'un journal, une annonce dans laquelle ce bandagiste recommandait à l'attention des personnes atteintes de coliques hépatiques l'appareil inventé par M. Milne-Edwards, membre de l'Institut, etc., et dont lui-même se servait pour diminuer les « cruelles et tenaces douleurs » dont il souffrait.

Dans ces cas, vous ne pouvez rien faire; le pharmacien a entre les mains l'ordonnance dans laquelle vous prescrivez le médicament ou l'appareil.

Un second mode de charlatanisme fort répandu est celui dont les colonnes Rambuteau sont les confidentes. Ces édicules sont couverts d'affiches vantant les mérites du traitement de tel ou tel docteur. Généralement, le nom indiqué sur l'affiche n'est pas le vrai nom du médecin qui donne les consultations.

Voulant empêcher ces abus, nous avions fait voter par le Parlement le dernier paragraphe de l'article 9 de la loi de 1892, d'après lequel il est interdit d'exercer sous un pseudonyme; nous espérions que ces médecins, qui avaient encore la pudeur de cacher sous un nom d'emprunt leurs honteuses pratiques, seraient obligés de les abandonner s'ils étaient tenus d'étaler leur nom véritable sur les affiches.

Il n'en a malheureusement rien été; les juges ont décidé qu'exercer sous un pseudonyme, c'était signer une ordonnance d'un nom autre que le sien. L'affiche, le prospectus peuvent porter un nom supposé; du moment que l'ordonnance est signée par un docteur quelconque, l'artice 9 ne serait pas applicable.

Les variétés de charlatanisme médical sont infinies; je n'ai pas la prétention de vous les énumérer, mais quelques exemples vous feront bien comprendre la profondeur du mal qui ronge la profession médicale.

Le public reçoit des prospectus dans le genre de celui qui suit :

Niort, rue Mellaise, 50, *le* 1884.

Monsieur et Madame,

Le Docteur MARTIN DU MAGNY, médecin de la Faculté de Paris, *membre de la Commission administrative de la Société médicale du département de la Vienne*, a l'honneur de venir vous informer qu'il a fixé sa résidence dans la Ville de NIORT, rues Mellaise et Trianon, à **titre de MÉDECIN-ACCOUCHEUR** et de **MÉDECIN-CONSULTANT** pour **MALADIES des VOIES GÉNITO-URINAIRES.**

Médecin-spécialiste et autonomiste des maladies des Femmes, DITES UTÉRINES ou INTÉRIEURES, il met, dès aujourd'hui, à la disposition des personnes qui voudront bien l'honorer de leur confiance, une expérience médicale de 25 années, acquise, soit dans le département de la Seine, soit dans le département de la Vienne.

AUTEUR du RECTUTÈRE, du PORTE-PESSAIRE et de l'ASPIRATEUR-UTÉRIN, etc., honorés de deux brevets d'invention s. g. d. g., il est heureux d'apporter principalement les fruits de sa pratique et de ses travaux au soulagement des souffrances des intéressantes malades du département des DEUX-SÈVRES.

NOUVELLE MÉTHODE de Traitement pour les VOIES GÉNITO-URINAIRES soit chez l'homme, soit chez la femme.

CURES VÉRITABLEMENT MERVEILLEUSES par l'usage encore inconnu de l'ASPIRATEUR UTÉRIN, du RECTUTÈRE et du PORTE-PESSAIRE modernes.

APPLICATION, sur mesure, de toutes sortes de bandages et de ceintures.

Le Docteur MARTIN DU MAGNY pratique, aux points de vue de la Physiologie de l'espèce, **L'OPÉRATION DE LA FÉCONDATION ARTIFICIELLE** de mari à femme, moyennant références honorables (Méthode PAJOT). — (Cette opération, qui de prime abord pourrait paraître anti-morale, a été non seulement approuvée par l'Académie de médecine de Paris, mais encore elle a été l'objet de ses félicitations et de ses encouragements.)

Application de l'Électricité médicale et de l'Électricité Thermique.

Consultations médicales, tous les jours, le samedi excepté, de midi à 4 heures.

PRIX COMPTANT DE LA CONSULTATION :

1re CATÉGORIE, 10 fr. — 2me CATÉGORIE, 5 fr.

LES OPÉRATIONS SE PAIENT EN SUS

Le docteur A... (de Poitiers) me demanda si des poursuites pouvaient être utilement exercées. Je lui répondis affirmativement, car, à mon avis, il y avait là une tentative d'escroquerie en faisant luire aux yeux du public des espérances chimériques. J'ajoutai que la pratique des opérations qu'il préconisait, la fécondation artificielle et l'emploi de l'aspirateur utérin, était immorale, attendu que la première pourrait permettre l'introduction dans la famille d'héritiers étrangers aux œuvres du mari, et que la seconde ne semblait destinée qu'à provoquer les avortements. J'ajoutai que, du reste, le docteur Du Magny cherchait à tromper ses clients sur la valeur de la fécondation artificielle, car l'Académie de médecine n'avait ni approuvé, ni encouragé une telle opération, et qu'elle ne s'était jamais occupée de cette question.

Ce charlatan fut condamné.

Sous le titre : « Déballage d'un marchand de Santé », le journal le « Concours médical » publia la lettre suivante,

adressée à domicile à un grand nombre de personnes habitant la Haute-Loire (1) :

8 décembre 1887.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que, nouvellement arrivé à T..., dans la maison R..., chemin de B..., autrefois occupée par M. le docteur A..., je viens y installer un cabinet pour visites et consultations médicales et chirurgicales.

Depuis plus de dix années déjà, je pratique l'art médical. Habitué à soigner les maladies spéciales à nos climats, je puis offrir à des prix modérés les avantages d'une médication bien étudiée et au courant des procédés les plus perfectionnés.

Pour obtenir de bons résultats, je me base non seulement sur mes études et sur mon expérience, mais encore sur les travaux particuliers et les formules spéciales à moi laissés par mon défunt père, le docteur X..., qui, pendant plus de trente-cinq années, a pratiqué avec honneur et succès la médecine, la pharmacie et la chirurgie.

Ainsi que je viens de le faire à Lyon, je m'occuperai d'analyses chimiques, soit pour rechercher les produits caractéristiques des maladies, soit pour étudier les produits alimentaires, souvent falsifiés ou altérés, et spécialement pour faire l'analyse complète de chaque échantillon de vin qui me sera soumis.

Une étude sérieuse de l'orthopédie me permet de mettre à la disposition de mes malades des ceintures-bandages ou tous autres appareils, préparés chacun suivant mes indications et portant mon nom. Ils sont indispensables pour les cas de hernies, affaiblissement des organes, etc.

Une longue pratique de l'électricité statique ou dynamique appliquée aux cas de faiblesse de constitution, de maladies nerveuses, rhumatismales ou paralytiques, me permet, grâce à de bons appareils, de doter ma clientèle d'un mode de traitement nouveau, très efficace, et jamais douloureux.

Ancien médecin des armées à Paris, je suis, par ce motif, particulièrement à même de donner dans la forme voulue, soit aux futurs soldats, soit aux militaires incorporés, des indications exactes touchant leur position prise ou à prendre, et, en général, tous conseils ou certificats de droit, pour les cas de médecine légale appliquée au service de santé militaire.

Pour me conformer aux derniers désirs exprimés par mon regretté père, et dans l'intérêt général de mon pays, je fonde à mon domicile de T..., à partir du 1er juillet 1888, un dispensaire ou cabinet de consultations absolument gratuites, ouvert à tous les indigents, que toute personne notable, de moi connue, voudra bien me recommander.

Le dispensaire aura lieu :

Les dimanches, de neuf à onze heures du matin, pour les indigents résidant dans la commune de T... ;

Tous les mardis, de neuf heures à dix heures et demie du matin, pour les indigents domiciliés dans les autres communes.

Mon état de santé me rend très pénibles les voyages de nuit. Je prie instamment les clients qui désireraient m'appeler chez eux de me prévenir la veille ou dès le matin.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Docteur X...,
Médecin de la Faculté de Paris.

(*A suivre.*)

(1) *Concours médical*, 27 juillet 1889, p. 358.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier (*fin*). — Présidence de M. BERGER.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

M. BROCA. « Dans le débat actuellement ouvert devant la Société de chirurgie sur le traitement de l'appendicite, les quelques points particulièrement soulevés sont les suivants :

1° Faut-il opérer quand on diagnostique une péritonite généralisée ?

2° Doit-on toujours opérer immédiatement, sans essai du traitement médical ?

3° Quand on a ouvert un abcès chaud péri-cæcal, doit-on de parti pris chercher l'appendice et le réséquer ?

4° Quel est le manuel opératoire le plus convenable pour chercher l'appendice malade ?

Je vais résumer ce que j'ai appris sur ces points auprès des 180 malades que j'ai soignés.

I. L'intervention chirurgicale en cas de péritonite généralisée d'origine appendiculaire me paraissait actuellement admise par tous les chirurgiens. On discutait, sans doute, pour savoir si, en cas de guérison, il fallait conclure à une vraie péritonite totale ou à ce que Jalaguier a appelé la grande péritonite enkystée ; le débat, où surtout Reynier et Routier ont pris position inverse, est évidemment de ceux qu'on ne peut trancher d'une manière définitive, puisque les cas où Routier triomphe de Reynier restent douteux par définition, la guérison étant incompatible avec la preuve nécropsique. Mais le fait est que, pour le clinicien, dans certains cas, on trouve tous les symptômes de la péritonite généralisée — pouls petit et fuyant, peau visqueuse et peu rétractile, météorisme, facies grippé — qu'alors en opérant on ouvre un péritoine où l'on voit le pus sourdre de toutes parts entre les anses non adhérentes ; et que, cependant, par le drainage large, on obtient la guérison. Ces cas sont rares, sans doute, et, la plupart du temps, l'opération n'empêche pas la mort ; mais tous nous avons obtenu des succès de ce genre, et, pour ma part, j'en trouve quatre dans mes notes. C'est peu, car dans les mêmes conditions, j'ai vu périr 27 sujets.

II. Ces malades, morts de péritonite généralisée, avaient presque tous passé par une période pendant laquelle l'infection était localisée autour de l'appendice, était, par conséquent, curable. De là, le plus raisonnable paraît, au premier abord, de conclure que l'on doit opérer sitôt le diagnostic posé. Ce raisonnement est simpliste, mais avec mes amis Jalaguier et Brun — tous deux d'une haute compétence sur le sujet — je le crois erroné.

A mes débuts, moi aussi, j'ai eu tendance à opérer toute affaire cessante. Puis, peu à peu, j'ai constaté que, si le sujet n'est pas encore sous une menace de péritonite généralisée, si, d'autre part, on ne trouve pas les signes locaux d'une collection purulente, on a intérêt à instituer d'abord le traitement médical : diète, glace sur le ventre, médication opiacée. De la sorte, on voit souvent la fièvre tomber brusquement et fondre en quelques jours des empâtements parfois considérables.

De la sorte, sans doute, on est exposé à laisser évoluer un abcès, brusquement capable d'infecter la grande séreuse. Pour les cas habituels, cela n'arrive pas à un chirurgien expérimenté, habitué à surveiller matin et soir le pouls, le ventre, la température. Certainement, les malades que j'ai opérés en pleine péritonite et qui ont succombé avaient été soignés pendant plusieurs jours — j'allais dire parfois pendant plusieurs semaines — par un médecin qui avait laissé évoluer l'abcès et n'avait songé à faire opérer le sujet que lorsqu'il était déjà trop tard. Cela m'est arrivé en ville aussi bien qu'à l'hôpital.

Pour l'abcès classique de la fosse iliaque droite, le médecin est peu excusable, car aujourd'hui on doit savoir le diagnostiquer vite et bien. Mais certains cas à siège insolite prêtent plus volontiers à l'erreur. L'abcès à gauche est déjà quelquefois difficile à reconnaître vite, surtout parce qu'on est dérouté par l'anomalie; cependant, on trouve les signes d'une péritonite enkystée, suffisant à commander l'intervention. Les abcès sous-hépatiques et même sous-phréniques sont bien plus embarrassants : ils sont très rares, heureusement. Moins rares sont les abcès pelviens, eux aussi fort malaisés à déceler, même quelquefois, quand ils sont haut situés, par le toucher rectal. Plusieurs fois j'y ai été pris et je trouve dans mes notes trois observations où j'ai opéré trop tard, le malade ayant été cependant sous ma surveillance, parce que la collection, de siège anormal et peu accessible, avait échappé à mes investigations.

D'autre part, pour ces poches pelviennes, il y a un intérêt réel à attendre qu'elles se rapprochent de la paroi, qu'on puisse y parvenir à travers des anses adhérentes et non pas en traversant la séreuse encore libre : car, dans ce dernier cas, l'infection mortelle de la grande séreuse est à craindre. C'est alors qu'il peut y avoir intérêt, si l'on a pu poser un diagnostic précis, à aller dans le petit bassin par une incision très bas située, en décollant le péritoine pelvien. Je l'ai fait une fois, avec plein succès, chez une fillette qui, après ouverture spontanée, mais insuffisante, d'une collection dans le rectum, avait présenté des accidents septicémiques graves.

III. Je crois bon, si la péritonite ne menace pas, d'attendre en instituant le traitement médical, parce que je crois en principe mauvais de compléter l'ouverture d'un abcès chaud appendiculaire par la recherche et l'extirpation de l'appendice. Certes, si l'appendice se présente à moi, je le cueille : mais c'est l'exception. La plupart du temps, on ne le voit pas, on ne le sent pas, à moins qu'on ne le dégage de ses adhérences. Or, les adhérences sont le salut et l'incision simple sauve à peu près invariablement la vie du sujet.

Et cependant je n'ai pas l'optimisme de Reclus : je pense plutôt, avec Brun, que l'appendice laissé en place est capable de causer des accidents. Ce n'est évidemment pas la règle. Presque toujours il va se rétracter, se scléroser et restera définitivement silencieux. A plusieurs reprises, en opérant pour des éventrations consécutives, j'ai trouvé l'appendice réduit à un petit cordon court, blanc, induré, en sorte que je l'ai respecté et n'ai pas eu à m'en repentir. Cette guérison définitive s'observe, par exemple, quelquefois après issue d'un calcul stercoral, trouvé dans le pus, immédiatement ou quelques jours après l'opération ; peut-être aussi l'appendice se rétracte-t-il plus volontiers dans le cas où, après l'incision, il y a eu, pendant un temps variable, écoulement de matières stercorales par la plaie — ce qui, soit dit en passant, va assez mal avec la théorie de la cavité close. Mais plusieurs fois, sous l'éventration j'ai trouvé l'appendice gros, adhérent, enflammé, calculeux, quelquefois même perforé d'un trou bouché par une adhérence épiploïque ; ou même la plaie reste fistuleuse ou des abcès successifs se forment.

Au total, j'ai eu à opérer 12 éventrations consécutives, dont 4 où j'ai eu à réséquer l'appendice malade ; d'autre part 4 fois, sans éventration, il a persisté une fistule et une fois l'appendice faisait prolapsus au dehors. Chez le premier malade atteint de fistule à rechutes que j'aie observé, j'ai temporisé, parce que les accidents étaient insignifiants, et un beau jour est survenue une péritonite foudroyante, par perforation de l'intestin grêle sur le trajet d'une bride épiploïque.

En opérant à froid, avec résection de l'appendice et suture exacte de la paroi, on coupe court aux rechutes, naturellement, et d'autre part on évite presque à coup sûr l'éventration. Enfin, l'opération est, dans ces conditions, aussi bénigne qu'efficace. Il est inutile d'insister sur ce point, car nous sommes tous d'accord.

Malgré cette bénignité, je ne conseille cependant pas d'opérer de parti pris tous les malades qui ont une crise ; si aucune tuméfaction, aucune douleur à la pression ne persiste, je crois qu'on peut attendre la seconde crise. Mais après celle-là l'indication est formelle.

IV. Le procédé opératoire classique, par incision directe du péritoine, m'a toujours paru le meilleur. Le décollement de la fosse iliaque doit être réservé aux abcès pelviens. Pour la résection à froid, j'ai employé pendant longtemps l'incision iliaque de Roux : depuis quelque temps je passe par la gaine du grand droit, mais par une voie comme par l'autre j'ai toujours trouvé tout de suite l'appendice. »

M. POTHERAT rappelle qu'il y a deux opinions en présence, celle de M. Poirier, qui est pour l'intervention dans tous les cas aigus, et celle de M. Brun, qui préfère, quand il n'y a pas d'indication pressante, attendre de pouvoir opérer à froid et qui pense que le traitement médical peut quelquefois suffire. M. Potherat se rallie à l'opinion de M. Poirier : tout appendicite aiguë, dit-il, doit être opérée immédiatement. Les formes aiguës de l'appendicite sont assez fréquentes, toujours graves, souvent mortelles si l'on n'intervient pas. En pareil cas, en effet, peut-on compter sur le traitement médical? Peut-on temporiser? M. Potherat pense que non. La rapidité des accidents doit porter le chirurgien à intervenir autant que possible. Sans doute on a cité des cas où, après des accidents graves, les choses se sont arrangées, les troubles se sont atténués et les malades ont guéri spontanément, car M. Potherat ne croit pas du tout à l'influence du traitement médical. Mais qui donc peut affirmer, en présence d'une appendicite aiguë, que les accidents peuvent s'amender et combien pourrait-on citer de cas dans lesquels on a eu à regretter de n'être pas intervenu?

M. Potherat cite, d'autre part, des exemples prouvant que, même lorsque la situation ne paraît pas très grave, on trouve à l'opération, des lésions beaucoup plus importantes que celles qu'on pouvait soupçonner. Il rapporte l'observation d'un jeune homme de province, auprès duquel il est appelé par le médecin pour l'opérer d'une appendicite. Arrivé auprès de ce jeune homme, il apprend du médecin que la situation s'est améliorée et que l'opération n'est plus indiquée. Examinant le malade, M. Potherat trouve encore un certain empâtement, une défense musculaire, une accélération de pouls, certains signes enfin qui lui indiquent que la situation reste encore assez grave. Il insiste pour qu'on accepte l'opération, elle est acceptée et il la pratique séance tenante. Il trouve un énorme abcès péri-cæcal.

M. Potherat cite un certain nombre d'observations qui tendent à démontrer que plus l'intervention est précoce, plus on obtient de bons résultats thérapeutiques. Il ne partage pas l'avis de M. Routier qui regarde l'abcès comme un mode de guérison possible. Il vaut mieux ne pas attendre que l'abcès soit formé et il est préférable d'intervenir avant la suppuration. Il ne voit, en effet, que des avantages à l'intervention et il considère, au contraire, la temporisation comme fort dangereuse. Comme MM. Poirier et Routier, il n'a jamais eu à regretter d'être intervenu trop tôt; il a eu, au contraire, à regretter d'être intervenu trop tard.

Autant que possible, il estime qu'il vaut mieux enlever l'appendice.

PRÉSENTATIONS

Pylorectomie. — M. HARTMANN présente un homme chez lequel il a pratiqué une pylorectomie par le procédé de Kocher pour un carcinome du pylore. Ce malade, qui était

dans un état cachectique, est maintenant dans un état de santé très satisfaisant.

Kyste hydatique du foie. — M. DELBET présente une jeune femme qu'il a opérée d'un kyste hydatique du foie par le procédé de capitonnage, de suture et de réduction qu'il a préconisé. Dans l'après-midi, après l'opération, cette femme a été prise d'accidents fort graves, de coma, de respiration stertoreuse, etc. M. Villemin, appelé comme chirurgien de garde, pensa qu'il s'agissait d'une hémorragie interne; mais il la trouve si bas qu'il n'ose intervenir. Le lendemain matin, à sa visite, M. Delbet la trouva encore très mal; il défit le pansement et l'examina; il n'y avait aucune réaction péritonéale; il reconnut qu'il s'agissait d'accidents par intoxication hydatique. Ces accidents s'amendèrent, et la malade se remit. Huit jours après, à la suite de quintes de toux déterminées par une bronchite chronique, la moitié supérieure de la suture avait craqué. Cela permit de constater que la suture de la poche hydatique avait parfaitement tenu.

Hypospadias. — M. TUFFIER présente un hypospadias qu'il a traité, avec succès, par des greffes de Thiersch.

Coxa vara. — M. BRUN montre une radiographie relative à un cas de coxa vara unilatéral.

Néphrectomie. — M. REYNIER présente un rein qu'il a enlevé dimanche dernier; il s'agissait d'une femme qui avait été renversée par une voiture. Elle fut amenée à l'hôpital avec des fractures de côtes et de l'hématurie. Malgré la glace sur le ventre et les injections de sérum, cette hématurie, après s'être arrêtée, reprit avec une telle intensité que M. Reynier fit la néphrectomie. La capsule du rein était gorgée de sang. Le rein était atteint d'une plaie étendue.

M. ALBARRAN présente un malade chez lequel il a fait une néphrectomie pour un épithélioma papillaire du bassinet diagnostiqué sur le vivant.

ÉLECTIONS

M. Pozzi, vice-président, est élu président pour l'année 1899.

M. Richelot est élu vice-président.

MM. Latouche (d'Autun), Peugniez (d'Amiens), Sieur (de l'armée) et Témoin (de Bourges) sont nommés membres correspondants nationaux.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 JANVIER 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 23 JANVIER 1899, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Retterer, Poirier et Launois.

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Rémy et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Varnier et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Teissier; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e série) : MM. Reclus, Humbert et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Dupré et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 24 JANVIER, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond et Launois.

2e (nouveau régime) : MM. Rémy, Chassevant et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Budin, Quénu et Hartmann; — M. Charrin, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Poirier et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Achard; — (2e série) : MM. Cornil, Hallopeau et Thiroloix; — M. Marfan, suppléant.

MERCREDI 25 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blum, Lejars et Mauclaire.

1er (nouveau régime) : MM. Rémy, Poirier et Sébileau.

2e (2e partie) : MM. Retterer, Launois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Humbert et Lepage; — M. Desgrez, suppléant.

JEUDI 26 JANVIER (1), à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Hartmann et Thiéry.

2e (2e partie) : MM. Chantemesse, Blanchard et Chassevant; — M. André, suppléant.

3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle no 1* : MM. Quénu, Poirier et Bonnaire.

VENDREDI 27 JANVIER, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Peyrot et Méry.

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Hanriot et Launois.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Blum, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Humbert, Lejars et Sébileau; — (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Teissier; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Broca (André), suppléant.

SAMEDI 28 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Quénu et Poirier.

2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Hanriot.

3e (2e partie) : MM. Debove, Raymond et Thiroloix; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Thiéry et Faure; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Marfan; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui, à la Madeleine, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis.

— *Concours de l'Internat* (Séance du 13 janvier). — « Artères et veines du rectum; — Signes et diagnostic des hémorrhoïdes internes. »

MM. Prat 24 + 16 = 40. — Alquier 22 + 17 = 39. — Caubet 24 + 13 = 37. — Simon 23 + 14 = 37. — Cahen 20 + 13 = 33. — Crouzon 19 + 13 = 32. — De Gorsse 19 + 10 = 29. — Mirande 19 + 8 = 27. — Pédebidou 16 + 10 = 26.

— DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

1o *Officiers de l'Instruction publique.* — M. les docteurs Danjou délégué cantonal à Boulogne-sur-Seine; Hælling, conseiller municipal, délégué cantonal à Montrouge.

2o *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Bergé, professeur à l'association philotechnique de Paris; Marty et Sébillotte, médecins de la Société amicale et de prévoyance de la préfecture de police; Gasne, chef de clinique à la Salpêtrière; Philippe, chef du laboratoire de la Salpêtrière.

— MM. les médecins de première classe Audiat, du 3e régiment d'infanterie de marine, et Lefèvre, du 7e régiment de l'arme à Rochefort, iront servir, le premier à l'infanterie de ma-

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

rine, au cap Saint-Jacques, le second à l'infanterie de marine, à Diégo-Suarès (emplois créés).

— M. le médecin de première classe Chastang, du port de Rochefort, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Toulon le 24 janvier courant, pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchement.

— MM. Baillet et Ratynski sont nommés secrétaires et M. Andrey est nommé trésorier de la Société médicale du XVII[e] arrondissement de Paris, pour l'année 1899.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 8. — JEUDI 19 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 19 JANVIER 1899. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Proust a terminé la lecture de son rapport sur la peste, les épidémies navales, et les moyens de défense de l'Europe. Il résulte de l'examen approfondi que M. Proust a fait des épidémies navales, que les prescriptions de la conférence de Venise ne sont pas toujours exécutées ou le sont mal, particulièrement sur les bateaux anglais. Ainsi, en moins de deux ans, cinq bateaux anglais ont eu la peste à bord. Il arrive donc actuellement pour la peste ce qui est arrivé maintes fois pour le choléra, à savoir que les Anglais font généralement passer leurs intérêts commerciaux avant l'intérêt sanitaire. Il n'est que juste d'attirer l'attention sur les fautes commises afin que, dans l'avenir, on s'efforce de n'y pas retomber.

Après avoir montré d'où vient le danger, M. Proust s'applique à déterminer les mesures les plus propres à l'éviter. Nous ne saurions mieux faire que de transcrire ici ses conclusions :

« 1° La peste sévit toujours dans l'Inde anglaise avec intensité, plus particulièrement à Bombay ; de nouveaux foyers se sont montrés en Chine ; elle a apparu à Madagascar.

2° Il est d'un grand intérêt public de compléter et de perfectionner les divers moyens déjà conseillés pour prévenir l'importation de la peste en Europe.

3° Les mesures sanitaires doivent être prises sur les frontières de terre et sur les voies maritimes.

4° L'apparition récente de la peste dans le Turkestan a été un sujet de sérieuse attention pour l'Europe.

Sans doute, les régions peu habitées et les grands espaces constituent un moyen de défense ; mais le chemin de fer transcaspien et la navigation à vapeur de la mer Caspienne peuvent devenir un moyen de diffusion de l'épidémie. On doit rappeler l'épidémie de choléra de 1892, qui, partie du Turkestan, est venue envahir la Transcaucasie et a poussé une expansion jusqu'à Hambourg.

Il y a toutefois lieu d'espérer que le gouvernement russe saura circonscrire et éteindre l'épidémie de peste du Turkestan, ainsi qu'il l'a déjà fait en 1878, sur les bords du Volga, lorsque la peste est apparue à Vetlianka. Cette espérance se trouve confirmée par les dernières dépêches, qui nous apprennent que la peste n'existe plus à Anzob.

5° L'attention de l'Europe doit se porter également du côté du golfe Persique, où aucune protection n'existe en ce moment, malgré le voisinage des régions contaminées de peste, les Indes, Bombay, Kurachie.

Nous sommes, dans ces régions, à la merci d'un accident ; si la peste franchissait le golfe Persique, le bassin de la Méditerranée et l'Europe seraient bientôt menacés. La protection du golfe Persique doit donc être établie à bref délai.

6° Enfin, bien que des moyens de défense existent du côté de la mer Rouge, ces moyens doivent être renforcés et perfectionnés.

Les prescriptions de la conférence de Venise ne sont pas exécutées d'une façon suffisante.

La visite médicale de Suez a été la rançon de la suppression de la quarantaine d'observation, qui était le seul moyen de défense. La protection de l'Égypte et de l'Europe dépend de la manière dont est faite la visite médicale.

Afin qu'elle donne une garantie complète à la santé publique, elle doit être faite avec le plus grand soin par un personnel compétent, d'autant plus qu'on a signalé quelquefois des omissions ou des fausses déclarations de la part des médecins du bord et des capitaines des navires.

On devra aussi isoler complètement la station sanitaire des sources de Moïse, y organiser un service au point de vue de l'alimentation, de la surveillance et de la désinfection.

Un médecin quarantenaire devrait transiter le canal sur les bateaux venant de Bombay, qui n'ont pas achevé les périodes réglementaires de dix jours, de façon à constater si tout est bien à bord avant de pénétrer dans la Méditerranée.

Enfin, plusieurs chalets-lazarets seront installés à Port-Saïd pour y recevoir les malades pestiférés qui se déclareraient pendant la traversée du canal.

Lorsqu'une épidémie de peste sévit à bord d'un navire, il faut, aussitôt que possible, faire descendre à la station sanitaire les malades et les personnes qui peuvent être contaminées, s'acharner à la destruction des rats et faire une désinfection complète du navire.

Pour remplir ces divers desiderata, il ne me semble pas nécessaire de réunir de nouvelles conférences où l'on ne ferait que répéter ce qui a déjà été dit.

Toutes les prescriptions importantes, en ce qui concerne la prophylaxie de la peste et du choléra, se trouvent, en

effet, dans les conventions de Venise, de Dresde et de Paris. Il n'y a qu'à bien se pénétrer de l'esprit de ces prescriptions et à les appliquer. Malheureusement, les conditions réclamées ne sont pas toutes remplies. Ce qu'il faut, c'est que les gouvernements s'entendent pour faire exécuter sérieusement ce que les conférences ont décidé. Voilà le but à réaliser si l'on veut protéger efficacement l'Égypte, la Méditerranée et l'Europe contre des importations de peste ou de choléra. »

M. Léon Colin a fait une intéressante communication sur une proposition déposée à la Chambre, relativement à la date de l'appel des hommes dans l'armée. Actuellement, cet appel se fait au mois de novembre. Il s'agit de le reporter au 1er octobre. M. Colin y verrait de grands avantages au point de vue de la santé des hommes.

M. Bertrand, de la marine, a communiqué un travail sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Contrairement à une opinion récemment émise en Allemagne, M. Bertrand fait observer que l'étude des faits ne prouve pas que la fièvre bilieuse hémoglobinurique n'ait aucun rapport avec le paludisme. C'est là aussi l'opinion de M. Laveran, qui est venu appuyer de sa haute autorité les assertions de M. Bertrand.

Au début de la séance, M. le Président a annoncé la perte que l'Académie venait de faire d'un de ses membres les plus sympathiques, M. Dumontpallier, et M. Huchard a lu le discours plein de tact et de justesse qu'il a prononcé sur la tombe de notre regretté collègue.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Infection staphylococcique généralisée, d'origine uréthrale. Suppurations multiples, néphrite, endocardite. Guérison (1).

Le nommé D..., âgé de vingt-six ans, est amené à l'hôpital Necker, le 1er mai 1898, avec une rétention d'urine complète datant de deux jours, et une fièvre considérable. On le conduit à la salle Civiale, dans le service de M. Routier, où il perd connaissance en arrivant. Le chef de clinique constate un rétrécissement de l'urèthre, extrêmement serré, presque infranchissable, et, séance tenante, malgré la fièvre énorme (40 degrés) que présentait le malade, lui pratique l'uréthrotomie interne, suivie d'un lavage antiseptique de la vessie et de l'établissement d'une sonde à demeure.

Quelques heures après, l'état du malade s'aggrave. Sans frissons préalables, la température monte à 41 degrés, le malade devient incohérent, se plaint d'un mal de tête atroce et tombe dans un état comateux. Pensant qu'il s'agissait d'une méningite peut-être indépendante de la lésion uréthrale, le chef de clinique de M. Guyon le fait passer dans mon service, où je le vois pour la première fois le 2 mai, dans la matinée, vingt heures après son opération. Il est alors dans l'état suivant :

L'apparence est moins celle d'une méningite que d'un état typhoïde. Il n'y a pas de raideur de la nuque ni de contracture, mais le malade est somnolent, abattu, incapable de répondre à aucune question. Les muscles sont dans le relâchement; la langue sèche, les pupilles dilatées, la figure vultueuse. Il y a du délire et des rêvasseries toute la nuit. La peau est encore brûlante à 40°4, le ventre un peu déprimé. La raie méningitique n'y apparaît pas. Le pouls est fréquent, mou et dépressible, à 130. Les battements du cœur sont réguliers, mais sourds et mal frappés. L'urine qui s'écoule de la sonde est rare et très foncée, bourbeuse, mais ne contient pas d'albumine. Il n'y a pas de diarrhée. Sur la région sacrée, se voit une eschare noirâtre de la grandeur d'une pièce de 5 francs, qui semble récente.

En présence de ce tableau clinique, je ne porte pas un diagnostic précis. J'élimine cependant l'idée d'une méningite pour accepter l'hypothèse d'une infection, mais sans affirmer quelle a été la porte d'entrée du germe infectieux, en l'absence de tout renseignement sur l'état antérieur du malade.

Prescriptions. — Lotions froides vinaigrées toutes les deux heures. Potion cordiale avec 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, régime lacté.

3 mai. Le lendemain, le malade a recouvré sa connaissance et sa température est tombée à 38 degrés. Il n'a plus l'aspect méningitique et, tout en étant encore très déprimé, il peut donner quelques renseignements sur le début de sa maladie.

Voici ce qui s'était passé :

Ce jeune homme, grand et bien constitué, n'a jamais été sérieusement malade. A vingt et un ans, étant au régiment, il a contracté une blennorragie qui a duré deux mois et qu'il a mal soignée. A plusieurs reprises, les années suivantes, il a eu des rechutes de blennorrhée dont il ne s'occupait guère ; enfin, l'année dernière, c'est-à-dire cinq ans après le début de la blennorragie, il s'est aperçu d'une difficulté à uriner de plus en plus prononcée. De semaine en semaine, les signes d'un rétrécissement de l'urèthre allaient s'accentuant et les mictions étaient fort pénibles. Enfin, il y a huit jours, les douleurs devinrent intolérables, au point qu'il était obligé de s'appuyer au mur pour pouvoir uriner.

Quarante-huit heures avant son arrivée à l'hôpital, la rétention d'urine devint absolue. C'était le 30 avril. Le soir de ce jour, il rentre chez lui et se sonde lui-même (il possédait chez lui tout un assortiment de ces ustensiles). Il essaie successivement toutes ses sondes, une dizaine environ, sans parvenir à les introduire. Un médecin appelé pratique aussi des essais infructueux, qui déterminent une hémorragie : le malade s'était déjà fait saigner quelques heures auparavant.

Dans la nuit, la fièvre s'allume et le malade a quelques frissons; il se lève néanmoins le lendemain et va à son bureau, très souffrant, n'ayant pas uriné depuis la veille. Il y souffre de douleurs intolérables et ne peut y rester. Dans l'après-midi, il se fait conduire à l'hôpital avec 40 degrés de température. Nous savons le reste.

Cet interrogatoire ne pouvait laisser le moindre doute sur l'origine de la fièvre et des accidents infectieux. Evidemment le malade s'était infecté avec une sonde malpropre, et l'infection avait été d'autant plus facile qu'il s'était fait une déchirure de la muqueuse et une érosion du canal uréthral. La gravité excessive des phénomènes du début et leur précocité indiquaient un agent septique très virulent.

Du 3 au 5 mai, la fièvre se maintient entre 39°5 et 40 degrés, sans frisson initial, mais avec des sueurs profuses au déclin des accès; la rémission est vespérale. L'eschare fessière fait de rapides progrès; il existe un décollement de 6 à 7 centimètres au voisinage du sacrum, malgré des pansements iodoformés et l'établissement d'un matelas d'eau. Continuation des lotions froides, bains à 34 degrés tous les deux jours.

Le 5 mai, le malade se plaint d'une douleur au testicule gauche, qui est gonflé, tendu et rouge. L'empâtement siège au niveau de la glande elle-même et non de l'épididyme; il s'y joint un certain degré de vaginalite et de funiculite. Depuis l'avant-veille, on a enlevé la sonde à demeure; les urines sont belles, non albumineuses, et le malade urine seul, sans qu'on soit obligé de le sonder.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

Application de trois sangsues sur les bourses, suspensoir.

Du 5 au 10 mai, état stationnaire, persistance de la fièvre et des sueurs.

Le testicule, moins douloureux, est peu gonflé, et la tuméfaction se circonscrit en un point qui reste tendu sans être encore fluctuant.

Le 10 mai, le malade se plaint d'une douleur vive dans l'épaule gauche et au genou droit qui est enflé. Depuis trois jours se sont montrés quelques furoncles aux jambes; il existe de l'œdème périmalléolaire; ces furoncles sont peu douloureux. Dans la profondeur des tissus sous-dermiques, on sent de nombreuses nodosités inflammatoires destinées à s'abcéder. Malgré cette poussée de furoncles, la température est sensiblement en baisse; le thermomètre oscille entre 38°5 et 39 degrés, mais l'eschare fessière s'est encore agrandie, malgré tous les soins de pansement dont elle est l'objet.

On continue les bains, les lotions avec de la liqueur de Van Swieten étendue et un traitement tonique. L'appétit commence à revenir et l'état général paraît meilleur. Les urines sont plus abondantes et dépourvues d'albumine.

11 mai. L'état local de l'eschare s'aggrave; elle mesure 12 à 15 centimètres de diamètre, et les tissus sont décollés autour du sacrum (pansement au naphtol camphré). Des nodosités à la pression se montrent aux bras et aux jambes; la cuisse gauche est œdémateuse. L'épaule gauche est gonflée, on y sent de la fluctuation. Incision d'un abcès souscutané qui n'atteint pas, heureusement, l'articulation.

Le 13 mai, incision à la face interne du genou droit. Issue de pus brunâtre mêlé de sang.

Le 14 mai, j'ouvre au bistouri 14 petits abcès sous-dermiques à la jambe droite, 5 à la jambe gauche et 2 au bras droit. Le pus de ces abcès, recueilli aseptiquement et cultivé, donne une culture pure de staphylocoque doré. Un peu de sang du malade, prélevé dans des conditions d'asepsie et cultivé, n'a pas fourni de cultures fertiles.

15 mai. Les abcès ont une remarquable tendance à guérir et à se cicatriser; une fois ouverts et lavés au sublimé, ils ne suppurent plus. L'eschare fessière commence à se déterger et à bourgeonner; mais le soir, une nouvelle reprise de fièvre se déclare (39°4).

On a l'explication de cette poussée fébrile en constatant, le lendemain, la présence d'un empâtement douloureux et profond à la partie externe et inférieure de la fesse droite. Trois nouveaux petits abcès sont ouverts à la jambe.

Jusqu'ici, malgré la persistance de la fièvre et les suppurations multiples, le cœur se comportait bien et les battements étaient plutôt lents (80 à 90), parfaitement réguliers et bien frappés.

Le 18 mai, je trouve pour la première fois un assourdissement très marqué du premier bruit, avec de la tachycardie et de l'affaiblissement du pouls; celui-ci bat 120 fois par minute et la tension artérielle est très médiocre. Il semble qu'il se fasse de l'endocardite, bien qu'on n'entende aucun souffle cardiaque. Le malade commence à se fatiguer et les deux jambes sont œdémateuses. Pourtant, la température va diminuant (37°4 le matin, 38°6 le soir).

J'ouvre, le 18 mai, l'abcès de la fesse qui était sous-aponévrotique et qui rend près d'un verre de pus. Drainage et lavage à l'eau boriquée.

A partir du 19 mai, la production des abcès se ralentit un peu et l'état général devient meilleur; l'appétit et le sommeil sont bons; les urines restent abondantes et claires, sans albumine; mais la tachycardie persiste.

Le 23 mai, ouverture de trois abcès au bras droit et à l'épaule, ainsi que de l'abcès du testicule.

Le 25 mai, ouverture d'un abcès à la face interne de la cuisse droite au-dessus du genou.

Le 27 mai, un nouvel abcès est ouvert à la partie supérieure de la cuisse droite, et deux à la jambe gauche. L'abcès du genou droit s'est étendu et a décollé la peau sur une longueur de près de 10 centimètres. Incision et drainage.

Deux nouvelles eschares se sont produites aux talons; les pieds sont toujours très œdématiés, bien qu'il ne se forme pas de suppuration locale.

Les muscles du membre inférieur sont amaigris et en voie d'atrophie. Le malade, en raison des abcès péri-articulaires du genou, a de la peine à étendre la jambe. Pourtant, la plupart des abcès ouverts se sont cicatrisés, et l'eschare sacrée est en bonne voie de guérison.

Le 29 mai, ouverture de deux abcès au bras gauche.

Le 30 mai, une nouvelle complication très sérieuse se déclare. Jusqu'à cette date, malgré les foyers multiples de suppuration sous-cutanés et sous-musculaires, les viscères semblaient indemnes : seule la tachycardie persistante avec assourdissement du premier bruit cardiaque faisait soupçonner une légère endocardite. Le rein avec échappé à l'infection. Ce jour-là, pour la première fois, les urines contiennent de l'albumine en notable quantité (2 grammes par litre). Le lendemain, à l'œil nu, elles sont manifestement sanguinolentes, et ont la couleur de la gelée de groseilles.

Cette néphrite hémorragique, évidemment d'ordre infectieux, dure une huitaine de jours, pendant lesquels la situation est redevenue critique. En effet, le malade, sous l'influence de ces pertes de sang répétées, s'anémie et maigrit rapidement. Je cherche à combattre cette néphrite par le régime lacté absolu, qui est mal supporté, ce qui détermine de la diarrhée, puis par l'emploi du tannin (50 centigrammes), ensuite par le perchlorure de fer (x gouttes au moment des repas), qui semble exercer une action favorable.

A partir du 9 juin, le sang cesse de paraître dans les urines, bien que celles-ci continuent à être albumineuses. Un changement parallèle se produit dans la santé générale. Des sueurs profuses, véritablement critiques, se déclarent; pour la première fois depuis plus de quinze jours, la tachycardie cesse, les battements du cœur tombent à 96 et redeviennent bien frappés. Le premier bruit cardiaque semble maintenant normal. En même temps le taux des urines, malgré la diaphorèse considérable, s'élève notablement, et le malade urine près de trois litres dans les vingt-quatre heures. Aussi voit-on disparaître rapidement l'œdème des pieds et des jambes, en même temps que l'appétit se réveille.

Une rechute d'hématurie, qui dure encore une dizaine de jours, du 13 au 23 juin, marque la fin des phénomènes septiques. Il est manifeste que le malade entre en convalescence. Les sueurs ont disparu, l'appétit est violent, et, malgré une nourriture très substantielle, les urines sont claires et renferment de moins en moins de sang. Mais l'amaigrissement est excessif.

Le poids du malade, qui était de 60 kilogrammes quelques jours avant son entrée à l'hôpital, est tombé à 48kg600; soit une perte de 24 livres en six semaines : les masses musculaires des jambes et des bras sont complètement atrophiées. Tous les abcès sont en voie de guérison, sauf celui du genou. Il existe à la face interne de l'articulation une fistule qui communique avec un clapier étendu, lequel donne beaucoup de pus. Il est nécessaire, le 7 juillet, de pratiquer une contre-ouverture et d'y passer un drain (lavages phéniqués).

Le 8 juillet, le sang apparaît de nouveau dans l'urine avec une recrudescence de fièvre; le thermomètre remonte à 39°5, le pouls à 115. Le malade est remis à l'usage du tannin à la dose de 50 centigrammes par jour. Sous l'influence de cette médication, cette dernière poussée de né-

phrite dure peu : dès le 12, les urines deviennent claires. La fièvre tombe avec l'élimination des dernières eschares du talon et de la hanche (celle-ci s'était produite à la fin du mois de juin).

A partir de cette date, nous assistons à la résurrection du malade, qui dévore et qui engraisse manifestement. Il commence à se lever et à marcher; les forces reviennent de jour en jour. Le cœur bat normalement et les urines ne renferment plus d'albumine. Sauf deux fistules, l'une à la partie externe de la cuisse, l'autre au genou, qui continue à suppurer, il ne reste plus que les traces visibles des coups de bistouri qu'a subis le malade. La marche est encore difficile, en raison d'un certain degré d'ankylose du genou droit.

A la fin du mois de juillet, le malade est transféré dans le service de chirurgie de mon collègue M. Routier, qui, par des massages et des mouvements répétés provoqués, rétablit progressivement la mobilité de l'articulation du genou. Cette mobilisation demande près de cinq semaines, pendant lesquels les forces reviennent et l'anémie disparaît. Quand je reprends le service au 1er octobre, je retrouve le malade complètement guéri, encore un peu pâle, le genou un peu raide, mais ne conservant plus rien des graves accidents de septicémie dont il avait été atteint.

Cette observation me semble présenter un grand intérêt, parce qu'elle montre d'une façon saisissante la rapidité avec laquelle s'infecte l'organisme et les ressources que la nature emploie pour éliminer l'agent infectieux.

En quarante-huit heures, chez ce sujet, l'infection staphylococcique était constituée, et d'emblée tellement grave, que, quand il arriva dans mon service, il semblait atteint d'une méningite suppurée ou d'une fièvre typhoïde adynamique. Cette phase d'intoxication générale dure cinq jours, pendant lesquels le symptôme prédominant est l'hyperthermie.

A cette période succèdent des suppurations multiples, presque toutes indolentes, comme les abcès de l'infection purulente, et localisées soit dans le tissu sous-dermique, soit dans le tissu cellulaire sous-aponévrorique et intermusculaire. Trente-huit abcès de ce genre, en moins d'un mois, se forment et sont successivement ouverts, amenant une émaciation excessive et une fonte rapide des muscles.

Les viscères, eux non plus, ne sont pas respectés : le 17 mai, se manifestent des signes heureusement légers et passagers d'endocardite; le 1er juin, le rein, qui jusque-là ne s'était pas infecté, se prend à son tour, et témoigne, par la néphrite hémorragique dont il est le siège, de la virulence des toxines qui le traversent. Cette néphrite se reproduit à trois reprises différentes, pendant un mois. Mais, malgré cela, le rein reste perméable, et même exagère ses fonctions éliminatrices. Une polyurie véritable, jointe à une diaphorèse persistante, achève l'élimination du poison, et au bout de deux mois, l'organisme s'est débarrassé de ses toxines.

Au point de vue thérapeutique, les bains, les lotions, le régime lacté m'ont paru exercer une action utile dans la période d'infection initiale. Plus tard, pendant la phase de la néphrite hémorragique, le tannin a manifestement rendu des services. Je n'ai pas osé faire des injections de sérum, à cause de la facilité avec laquelle suppurait et se mortifiait le tissu cellulaire.

STATISTIQUE DE CHIRURGIE NERVEUSE POUR 1898

Par A. Chipault,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Cette statistique porte sur 117 cas, sans un seul incident ou accident opératoires.

Cependant, elle comporte les interventions les plus diverses et, pour quelques-unes, les plus graves de toute la chirurgie. C'est ainsi qu'on y relève : 15 interventions cranio-cérébrales, dont 3 craniectomies pour fractures du crâne, 2 pour microcéphalie, 7 pour tumeurs craniennes ou intra-craniennes; 48 interventions vertébrales, dont 17 redressements de gibbosités pottiques, 1 redressement de cyphose rachitique, 1 redressement de cyphose paralytique, 13 redressements de scoliose, 1 résection des racines postérieures pour névralgie rebelle, 1 lamnectomie pour fracture vertébrale, 1 lamnectomie pour cancer vertébral, 5 ponctions lombo-sacrées pour méningite tuberculeuse et méningo-myélite spécifique, 3 élongations médullaires pour ataxie; 50 interventions sur les nerfs, dont 24 cas de chirurgie du sympathique, la plupart pour épilepsie, 5 interventions pour névralgie de la face, 4 résections du nerf obturateur pour paraplégie spasmodique avec adduction des cuisses, 3 élongations des nerfs plantaires pour mal perforant, 7 interventions pour plaies des nerfs ou lésions nerveuses consécutives à des fractures.

L'exécution heureuse d'un aussi grand nombre consécutif d'opérations, presque toutes graves, est due, suivant le docteur Chipault, à l'habitude toute particulière qu'il a de la chirurgie nerveuse qui est bien, dans toute la force du terme, par ses délicatesses et ses difficultés, une chirurgie spéciale, et au soin qu'il prend de scinder, systématiquement, en plusieurs séances opératoires, les interventions laborieuses ou faites chez des sujets débilités.

En terminant, le docteur Chipault donne quelques détails sur les faits les plus curieux de sa statistique; il présente un certain nombre d'instruments nouveaux qu'il a imaginés, entre autres un écardeur auriculaire pour les opérations sur l'apophyse mastoïde; il insiste enfin sur l'intérêt de quelques techniques nouvelles signalées dans son travail et en particulier sur l'élongation des nerfs plantaires dans le mal perforant et sur l'élongation des nerfs saphènes dans les ulcères de jambe, interventions qui ouvrent un chapitre original et intéressant de la chirurgie nerveuse.

THÉRAPEUTIQUE

Teinture d'iode dans les infections gastro-intestinales aiguës.

D'après Grosch, les craintes de l'intoxication par l'administration interne de teinture d'iode ne doivent pas être poussées trop loin. L'auteur a employé cette substance pendant dix-huit mois dans toutes les gastro-entérites infectieuses. Il a traité par ce procédé 300 malades et s'en est toujours très bien trouvé. Il relate les résultats de ses recherches dans le *Berl. Kl. Woch.*

Aux enfants atteints de fièvre typhoïde il administre II à IV gouttes de teinture d'iode dans un peu d'eau sucrée toutes les huit heures pendant trois jours. Les enfants prennent cette potion sans dégoût. Malgré quelques cas très graves, l'auteur a toujours obtenu des résultats satisfaisants. La fièvre tombait rapidement, atteignait la normale au bout de quelques jours. La connaissance revenait bientôt, la diarrhée disparaissait, l'appétit revenait, mais la convalescence n'était pas entravée malgré l'alimentation. L'auteur compare ces résultats à ceux obtenus par la sérumthérapie dans la diphtérie.

Aux adultes typhiques on administrait la teinture d'iode à dose de VI gouttes 3 ou 4 fois par jour. Des 40 malades traités par l'iode pas un seul ne mourut. La guérison était rapide dans les cas légers, dans les cas moyens les résultats n'étaient obtenus qu'au bout de quinze jours à un mois, mais tout danger semblait conjuré.

La température baissait, la diarrhée était supprimée, l'intelligence devenait nette, les céphalées, les douleurs au sacrum et aux mollets s'amélioraient notablement, l'appétit revenait au bout de quinze jours en moyenne.

Les résultats favorables sont d'autant plus marqués que l'administration d'iode est plus précoce.

Comme phénomènes secondaires l'auteur n'a observé qu'une seule fois l'hémoptysie et dans un autre cas un sentiment d'enserrement du thorax. Jamais il n'a constaté d'albuminurie.

Dans la gastro-entérite infectieuse aiguë, les résultats étaient surtout favorables dans les cas où la fièvre était très élevée, avec vomissements et diarrhée fétide, coliques, céphalées et courbature.

On administrait alors :

Teinture d'iode	XV à XVIII gouttes.
Sirop simple.	20 grammes.
Eau distillée, jusqu'à. .	150 —

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures.

Chez les enfants à la mamelle atteints de gastro-entérite aiguë, l'auteur administrait l'iode à dose d'une goutte 3 fois par jour. La diarrhée et les vomissements cessaient le plus souvent.

L'auteur a encore eu des résultats favorables avec la teinture d'iode dans les duodénites aiguës avec ictère, météorisme, coliques après diarrhée ;

Dans la grippe avec phénomènes gastro-intestinaux ;

Au début d'une pérityphlite quand il y a vomissements, diarrhée et douleurs iléo-cæcales.

Grosch recommande la teinture d'iode (qui est une substance relativement inoffensive quand on la dose bien et quand on surveille bien les effets) comme un médicament d'un effet assez sûr dans certaines affections aiguës de l'appareil digestif.

C'est un bon désinfectant du canal intestinal et de l'estomac, il empêche la formation des produits septiques en empêchant la prolifération des bactéries. (*Méd. mod.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1899. — Présidence de M. PANAS.

CORRESPONDANCE

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale un travail de M. Guépin sur les signes de la congestion prostatique. (Sera publié.)

LECTURES

La fièvre bilieuse hémoglobinurique. — M. BERTRAND (de la marine) fait la communication suivante :

Un maréchal des logis d'artillerie de marine, rapatrié après treize mois à Kayes, où il n'a présenté d'impaludisme que pendant les trois derniers mois, avait repris son service quand, après de légers accès à retours irréguliers, il fut pris brusquement de violents frissons, de rachialgie, d'urines noires ; température 40°5, puis 40°7, puis 41 degrés. Traitement : thé punché, 50 centigrammes de bromhydrate de quinine en injection sous-cutanée ; potion avec 1 gramme de chloroforme et 2 grammes d'éther sulfurique. Le sulfate de quinine est continué journellement jusqu'au huitième jour de la maladie, où il est remplacé par la décoction de quinquina, le malade étant en convalescence.

Le sang, recueilli à la pulpe du doigt, alors que le malade était en plein accès de fièvre, y a fait constater la présence de l'hématozoaire de Laveran.

Cette constatation, rapprochée de ce que la quinine s'est montrée réellement utile, et de ce qu'en dépit de son administration prolongée pendant plusieurs jours, après la cessation de la fièvre, elle n'a pas amené le retour de l'hémoglobinurie, serait un sérieux argument pour ceux que n'a pas encore convaincus la doctrine d'après laquelle l'impaludisme serait totalement absent de l'étiologie de la fièvre dite bilieuse hémoglobinurique.

Il se peut que la fièvre hémoglobinurique ne soit pas exclusivement paludéenne ; peut-être même n'est-elle que parapaludéenne ; mais rien, jusqu'à présent, n'oblige à croire qu'elle n'est pas du tout paludéenne.

M. LAVERAN dit que les faits d'examen histologique du sang, dans ces cas, sont contradictoires. Les uns y ont trouvé l'hématozoaire du paludisme, les autres ne l'y ont pas trouvé et Koch en a conclu que la fièvre bilieuse hémoglobinurique n'était pas liée au paludisme, et qu'elle était la conséquence d'une intoxication par la quinine. M. Laveran ne partage pas cette opinion. Il croit, avec M. Bertrand, que si la bilieuse hémoglobinurique n'est pas une conséquence directe du paludisme, celui-ci peut au moins agir comme cause prédisposante, en rendant les globules sanguins plus fragiles et en faisant qu'alors, sous l'influence d'une cause accidentelle telle qu'un refroidissement ou même la quinine, la bilieuse hémoglobinurique se déclare.

De la date d'incorporation dans l'armée. — M. LÉON COLIN fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

De la distribution géographique actuelle de la peste. — M. PROUST termine sa communication sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

La séance est levée.

EXPOSITION RÉTROSPECTIVE

DES APPAREILS ET INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

On sait qu'à chaque classe de l'exposition contemporaine de 1900 sera annexée une *exposition rétrospective*, destinée à rassembler tous les objets de fabrication ancienne, faisant partie de la classe considérée.

Pour la Classe 16, qui a trait aux *instruments et appareils de chirurgie*, le Comité reçoit dès maintenant les demandes d'admission. Il fait un très pressant appel à tous les collectionneurs d'anciens modèles d'instruments, à tous les fabricants d'appareils, à tous les conservateurs des musées de nos écoles et facultés de médecine, à tous ceux qui ont la garde des arsenaux d'instruments dans les hôpitaux français, à tous ceux enfin qui possèdent des objets rentrant dans cette catégorie.

Il les prie de bien vouloir s'associer aux efforts tentés par les membres du Comité, de façon à pouvoir réunir, à l'occasion de cette grande manifestation industrielle, une collection véritablement unique, qui ait un réel intérêt sientifique et historique.

Les instruments qui sont admis à faire partie de cette exposition sont : les instruments de chirurgie générale, les appareils prothétiques généraux, le matériel d'opération, les appareils herniaires, les appareils d'orthopédie et de prothèse dentaire, les instruments d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, de gynécologie et

d'obstétrique, etc. Y seront joints les appareils servant aux études anatomiques et histologiques, ainsi que les applications médicales des instruments de précision. On pourra envoyer également les dessins d'instruments anciens, mais les *originaux* seulement.

L'exposition sera *personnelle* et les instruments ne seront pas mélangés. Chaque collection particulière aura donc une place à part, en rapport avec son importance.

Les pièces uniques seront rangées en séries similaires, avec le nom de l'exposant.

L'administration de l'Exposition pourra, dans certains cas, prendre à sa charge tout ou partie des frais d'emballage, de transport, de déballage et de réexpédition. Aucun produit exposé ne pourra être dessiné, copié ou reproduit sous une forme quelconque sans une autorisation de l'exposant, visée par la Direction générale de l'exploitation. Il sera dressé, en langue française, un catalogue méthodique et complet des œuvres avec indication du nom des exposants et des places occupées dans les palais.

Des diplômes commémoratifs, signés par le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, et par le commissaire général, pourront être décernés aux personnes qui auront prêté leur concours pour les expositions rétrospectives.

La participation à ces expositions donnera lieu à la délivrance d'une *carte d'entrée gratuite*, si l'administration considère cette faveur comme justifiée par l'importance des objets exposés.

Le Comité prie instamment toutes les personnes qui s'intéressent au progrès de l'art chirurgical de vouloir bien lui confier les instruments qu'elles possèdent et de lui signaler les collections particulières ou spéciales, ayant un intérêt de premier ordre, dont elles pourraient connaître l'existence.

Le président du Comité de la Classe 16,

Dr P. BERGER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé lundi soir, 16 janvier 1899, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

Internes titulaires : 1. MM. Grenet, Laubry, Mouchotte, Rathery, Renon, Bruandet, A. Delille, Courcoux, Alexandre, Prat.

11. Morichau-Beauchant, Voisin, Pouliot, Poirier de Clisson, Silhol, Em. Coudert, Guibal, Mutzner, L. Alquier, Hallopeau.

21. Aguinet, Guénard, Civatte, Laignel-Lavastine, Huguier, Balthazard, Nollet, Bergeron, Lortat-Jacob, Leuret.

31. Mantoux, Audistère, Katz, Meuriot, Sabatié, Dambrin, Girod, Herrenschmidt, Caubet, Percheron.

41. Simon, Jouon, Tourlet, J. Roché, R. Follet, Nicaise, Camus, Langevin, Audart, V. Delaunay.

51. Le Roux, Chevrier, Grosse, Lefas, du Pasquier, Godineau, G. Legros, Chapotin, Grivot, Paris.

61. Legroux, Calmels, Assicot, Grégoire, Theuveny, Delherm, Bergouignan, Delamarre, Le Sourd, Bosvieux.

71. Lance, Le Roy des Barres, Bellin, Maury, Ball, Poulard, Gadaud, Salomon, Belgrand, Bender.

81. Lutier.

Internes provisoires : 1. MM. François-Dainville, Gennet, P. Chevalier, Fernique, Ph. Mettey, Netter, Cahen, Le Gambier, Mahar, Laurens.

11. Bouchet, Mlle Pariselle, MM. Hulleu, Crouzon, Pécharmant, Carton, Vivier, Cathala, Kahn, Lecornu.

21. Dardeau, Loin, Roy, Jomier, Garrigues, Léri, Mircouche, Gasne, Chevrey, Et. Guihal.

31. Heller, Tridon, Beauvy, Froin, Mesnil, Le Lorier, Savignac, de Gorsse, Demaldent, R. Gaultier.

41. Touchard, Gardner, Aubertin, B. Weill, Dauzats, Housselot, R. Coudert, Monier, Laffitte, Diel.

51. Brocard, Aubourg, Debret, Vaillant, P. Berthier, Sémeril, Gougis, Sébilleau, Bricet, Mirande.

Questions orales données à la dernière séance : « Capsule et ligaments de l'articulation de l'épaule. — Phlegmons de la main; symptômes et diagnostic. »

— Par décret en date du 15 janvier 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. le docteur Barret, médecin principal, en remplacement de M. le docteur Mathis, retraité.

Au grade de médecin principal : M. le docteur Sibaud, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Barret, promu.

Au grade de médecin de première classe : M. le docteur Estrade, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Sibaud, promu.

— Par décision ministérielle, en date du 14 janvier 1899, M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Mathieu, récemment admis dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Un concours pour l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire s'ouvrira à Brest, le mardi 28 mars 1899, en vue du remplacement à l'école de Bordeaux de M. le médecin de première classe Torel, qui terminera en avril prochain les cinq années réglementaires d'enseignement. Les médecins de première classe comptant au moins une période régulière de service à la mer ou aux colonies, dans leur grade, seront seuls admis à se présenter à ce concours.

— M. le professeur Wertheimer est nommé médecin de la prison de Lille, en remplacement de M. le professeur Moniez, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Claisse (de Pérenchies); Larrieu et du Pasquier, anciens internes des hôpitaux; Vauclin (de Chalange).

— M. le professeur Landouzy, de retour de mission, recommencera son cours de thérapeutique le lundi 23 janvier, à trois heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société française des Voyages Duchemin, quatre excursions permettant de visiter :

La première, l'Italie avec retour par Nice au moment des fêtes du Carnaval (du 16 janvier au 17 février).

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 980 fr.; 2e classe, 880 fr.

La deuxième, le littoral de la Méditerranée, Nice au moment du Carnaval, retour par Turin (du 8 au 19 février).

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 385 fr.; 2e classe, 345 fr.

La troisième, le littoral de la Méditerranée, Nice pendant le Carnaval, et l'Italie (du 8 février au 9 mars).

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 990 fr.; 2e classe, 890 fr.

La quatrième, l'Algérie et la Tunisie (du 19 février au 22 mars).

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1 150 fr.; 2e classe, 1050 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 9. — SAMEDI 21 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 21 JANVIER 1899. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Sur la chorée chronique.

Par Pierre SIKORA, interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — Distincte de la chorée vulgaire par un ensemble de caractères parmi lesquels l'hérédité prédomine, la chorée chronique fut ignorée jusqu'au commencement de ce siècle. Actuellement certains côtés de son étude restent un peu indécis : sur sa nature en particulier, les auteurs discutent, les uns la reliant à la chorée vulgaire (Charcot et l'école de la Salpêtrière), les autres affirmant son indépendance (Lannois).

L'histoire des chorées comprend trois phases successives; elle va du groupe unique et mal défini qu'on trouve signalé dans les vieux auteurs, aux groupes nombreux et nettement séparables, au point de vue clinique tout au moins, qui sont actuellement décrits.

L'antiquité ignore la chorée. C'est à peine si on en trouve des indications vagues et peu probantes dans Hippocrate et dans Galien. Au moyen âge, on observe des épidémies dansantes sur les bords du Rhin et de la Meuse. Dès le XIe siècle, on trouve signalés de pareils faits dans les chroniques de l'époque; et jusqu'au XVIe siècle des écrits nombreux témoignent de l'importance et de la fréquence de l'affection : ils étaient l'œuvre d'Otto Brunfels, de Paracelse, de Schrenck de Graffenberg, etc. On donnait à la maladie le nom de danse de Saint-Guy, et les pélerinages à la chapelle de ce saint constituaient à peu près le seul traitement alors connu.

C'est là la première phase d'évolution des chorées. Il est probable que la danse de Saint-Guy comprenait non seulement la chorée vulgaire, mais encore des cas d'hystérie, de vésanie, de chorées rythmées.

La deuxième phase commence au XVIIe siècle, avec Sydenham, qui sépare la chorée vulgaire des autres variétés de chorée. Elle comprend aussi le XVIIIe siècle qui ne fait subir aucune évolution de la question.

Enfin le XIXe siècle voit se reproduire la troisième phase. L'œuvre de Sydenham se poursuit et le bloc presque indivisé des chorées se fragmente en nombreuses parties.

Thilénius (1) est le premier auteur qui parle de la chorée chronique. Son travail date de 1816. Il divise la chorée en deux formes : celle que nous venons de citer, et la chorée aiguë qui correspond à la maladie de Sydenham. Thilénius n'avait observé l'affection que chez les adultes. Rufz (2) en 1834 décrit la chorée chronique chez l'enfant.

Les travaux de ces deux auteurs avaient été sans grand retentissement, et leur division de la chorée vite oubliée. L'étude de la question progresse cependant : en 1842, Vaters de Franklin, dans une lettre à Dunglison, parle d'une forme de chorée familiale et incurable.

Presque en même temps, ce caractère héréditaire de la chorée chronique frappe G. Sée (3), qui la cite dans son travail sur la chorée. Peu après lui, Sander s'occupe de la chorée familiale.

C'est cependant Huntington (4), médecin à Long-Island (États-Unis), qui, le premier, trace les traits définitifs de la forme de chorée qui porte maintenant son nom. Huntington appartenait à une famille de médecins, et ses observations se complétaient par celles qu'avaient recueillies ses prédécesseurs. C'est grâce à cela qu'il put établir le rôle prépondérant de l'hérédité. Dans son mémoire, paru le 13 avril 1872, il donne les trois grands caractères suivants de la chorée chronique : elle est héréditaire, elle débute à la manière ordinaire, mais s'accompagne de troubles psychiques; elle n'est pas une maladie de la jeunesse.

Le mémoire d'Huntington, malgré tout l'intérêt qu'il présenait, n'a pas eu, dès le début, la publicité qu'on pourrait supposer, malgré même des observations publiées sur le même sujet par Landouzy (5), Macleod, Berkley, Saunbey.

En 1884 Ewald (6) attire de nouveau l'attention sur cette forme de chorée. Puis King (7) en rapporte plusieurs cas et

(1) THILÉNIUS *Med. Chir. Bemerkungen*, Francfort-sur-le-Mein, 1819.
(2) RUFZ. Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 1834.
(3) G. SÉE. De la chorée, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XV, 1850.
(4) HUNTINGTON. On chorea, *Med. and chir. Report*, Philadelphie 1872.
(5) LANDOUZY. Soc. de biol., 31 mai 1873.
(6) EWALD. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1884.
(7) C. KING. *New-York Med. Journ.*, 1885.

insiste sur les troubles psychiques qui l'accompagnent. Peretti (1) compare la chorée chronique et la chorée vulgaire pour en noter les différences et les points communs. Huber, Hoffmann, Herringham et Seppilli publient soit de nouveaux mémoires, soit des revues critiques.

Vers la même époque, Charcot (2) enseignait la chorée chronique à ses auditeurs du mardi, en leur montrant des malades, et proclamait l'unité de la chorée. M. Lannois (3), à une date proche, soutenait, au contraire, dans un important travail, l'autonomie de la chorée héréditaire. Il fait défendre la même idée dans la thèse de M. Lenoir (4), tandis que l'école de la Salpêtrière trouve un appui des plus solides dans la remarquable thèse de M. Huet (5). Pour cet auteur, ce qui différencie la chorée chronique de la chorée vulgaire, c'est l'âge à laquelle elle apparaît; autrement dit c'est toujours la même affection débutant à des âges différents : il remarque, en effet, chez les malades dont il publie l'observation, que la durée de la chorée est d'autant plus longue et sa tendance à la chronicité d'autant plus marquée que le sujet est plus âgé.

Depuis la thèse de Huet de nombreux travaux ont été faits sur la question, parmi lesquels nous citerons ceux de Biernacki, Mirto, Fry, Berkley, Krontal, Schlesinger, Schmidt, Phleps, Juvaux. Le 24 juillet 1892, Gray communique « un cas de chorée de Huntington héréditaire ». Et Osler en 1893 propose une nouvelle division des chorées, suivie des résultats d'une autopsie de chorée chronique.

En 1895, M. Lannois fait paraître, dans la *Revue de neurologie*, une classification des chorées arythmiques. Il en distingue trois groupes : le premier comprend la chorée aiguë, vulgaire ; le deuxième la chorée chronique héréditaire ou non ; le troisième, la chorée symptomatique. C'est dans ce dernier groupe qu'il fait rentrer la chorée congénitale, qui, d'après lui, « doit être considérée comme un phénomène surajouté à la symptomatologie des diplégies cérébrales (Osler, Frend, Rosenthal, Lannois, etc.), que celles-ci reconnaissent pour cause l'étiologie de Little, ou qu'il s'agisse, ce qui est plus fréquent, de lésions graves du cerveau ou des méninges survenues dans la toute première enfance. »

Enfin, en 1897, J.-M. Clarke (6) publie les résultats des autopsies faites par lui dans les cas de chorée chronique, et reprend les travaux anatomo-pathologiques de ses devanciers. C'est aussi la même année que Olgsky (7) fait paraître son étude « sur les attaques de chorée d'Huntington ».

II

Étiologie. — 1° *Hérédité*. — La principale donnée étiologique sur la chorée chronique est fournie par le rôle important de l'hérédité. Celle-ci a dans le développement de l'affection la même influence que sur celui de beaucoup d'autres affections nerveuses, contrairement à ce qu'on observe le plus souvent dans la chorée vulgaire. Dans la grande majorité des cas c'est de l'hérédité similaire qu'on trouve : un choréique chronique est fils d'un autre choréique chronique. Beaucoup plus rarement il s'agit d'hérédité de transformation : c'est une tare nerveuse quelconque chez les ascendants qui a déterminé l'éclosion de la maladie. De même on a pu constater la transformation de la chorée chronique d'un malade en une autre affection nerveuse, chez ses descendants.

Les observations dans lesquels on trouve l'hérédité similaire sont nombreuses. C'est ainsi que, dans la famille observée par Peretti, Mme V..., choréique, a 4 enfants : 2 restent sains ainsi que tous leurs descendants, mais les 2 autres sont choréiques et sont la souche de deux branches qui comptent de nombreux choréiques (3 choréiques dans l'une sur 5 frères et sœurs; 6 choréiques dans l'autre sur 10 enfants). Dans l'observation rapportée par Huber on trouve, descendant de son malade Christophe Rinderknecht : deux branches qui restent complètement indemnes, et deux autres branches qui contiennent beaucoup de choréiques (4 choréiques sur 5 enfants à la troisième génération d'une seule famille). Hoffmann a recueilli l'observation de la famille Waldi-Wipfler, laquelle comptait 9 choréiques (5 sur 9 enfants à la troisième génération). 17 choréiques se trouvaient dans la famille Vey..., observée par Lannois : 5 malades à la deuxième génération ; 9 à la troisième sur 25 cousins germains. De même sur les 17 malades observés par Huet, 9 ont une hérédité similaire. On la retrouve encore dans les cas publiés par Osler en 1894, par Lannois en 1895, par Clarke et par Olgsky en 1897.

L'hérédité de transformation se retrouve quelquefois. Elle peut cependant passer inaperçue, soit parce que les malades connaissent moins bien leur famille, soit parce que leur esprit a été moins frappé par une tare nerveuse autre que la maladie de Huntington, existant chez leurs parents, soit enfin parce qu'ils essayent de trouver une explication à cette tare.

D'après Huntington, l'hérédité de la chorée chronique est régie par la loi suivante : si un enfant de choréique est épargné (ce qui arrive assez fréquemment) ses descendants restent aussi indemnes : la chorée ne saute pas une génération. On n'a pu trouver encore aucune exception à cette règle. Toutes les fois qu'un ascendant de choréique, fils lui-même de choréique, est resté exempt de l'affection, on a observé qu'il était mort trop tôt pour qu'on puisse affirmer qu'il ne serait pas devenu choréique plus tard.

Si la chorée chronique se reproduit souvent chez les descendants d'un malade, elle peut aussi quelquefois donner naissance à d'autres affections nerveuses. On trouve alors dans les familles de choréique des dégénérés comme ceux dont parle Lannois : la famille Vey..., dont il publie l'observation, comprenait ainsi « plusieurs filles-mères, une femme qui était triste et renfermée et faisait quelques folies, et une autre qui était méchante et violente au point qu'elle mit deux fois le feu aux gerbiers de son gendre, pour en tirer vengeance ». Et dans les familles de choréiques citées par Peretti, Huber, Huet, on trouve : des originaux, des malades atteints de tremblement sénile, des imbéciles.

Mais l'hérédité n'est pas fatale, et des fils de choréiques peuvent être exempts de toute affection nerveuse : dans une observation de Huet, la grand'mère, la mère et un oncle du malade (choréique lui-même), sont choréiques. Cependant, ni son frère, ni ses trois sœurs ne présentent aucune trace de cette affection ni d'une autre, quoique, parmi ses sœurs, la plus jeune soit sa sœur jumelle.

---

(1) Peretti. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1885.
(2) Charcot. *Leçons du lundi*, 1888-89.
(3) Lannois. *Rev. de méd.*, 10 août 1888.
(4) Lenoir. Th. de Lyon, 1888.
(5) Huet. Th. de Paris, 1888-89.
(6) Clarke. Sur la chorée de Huntington, *Brain* 1897.
(7) Olgsky. Contribution à l'étude des attaques de chorée d'Huntington, *Pratet*, 1897.

2° *Age.* — Tandis que la chorée commune se développe surtout chez les enfants, la chrorée chronique est rare chez eux et se voit surtout à l'âge adulte. Elle peut toutefois être observée beaucoup plus tôt et Rufz a signalé depuis longtemps la chorée chronique des premières années. Huet rapporte un cas de chorée chronique chez un enfaut de dix ans, sans hérédité similaire. Hoffmann en cite un au même âge, avec hérédité.

L'affection reste rare dans la période de dix à quinze ans; à mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte elle augmente de fréquence. Huet explique ces faits de la façon suivante : si, d'après lui, la chorée chronique est rare avant la puberté, cela tient à la tendance naturelle à guérir qu'a la chorée avant cette époque. Mais, il n'y aurait aucune différence essentielle entre la chorée de Sydenham et la chorée d'Huntington : c'est la même maladie apparaissant à des âges différents, et pouvant, à cause de cela, soit guérir, soit persister (malade de Kling qui guérit de la chorée dans son enfance, mais est atteinte de chorée chronique à trente-cinq ans). M. Lannois n'admet pas cette manière de voir : ces deux formes de chorée sont absolument distinctes; dans les cas analogues à celui de Kling, il n'y a jamais guérison complète, il persiste toujours quelques légers mouvements qui peuvent passer inaperçus.

Dans la vieillesse, la chorée est assez fréquente, mais moins fréquente que chez l'adulte. D'après les statistiques, le maximum de fréquence est de trente à quarante ans pour la chorée avec hérédité similaire, et de trente à quarante-cinq ans pour la chorée sans hérédité.

3° *Sexe.* — On admet généralement (Rufz, Hughes, G. Sée, Steiner, Smith, etc.), que la chorée vulgaire frappe surtout le sexe féminin. Pour la chorée chronique, Huntington attribue aux deux sexes une même prédisposition pour l'affection. En effet, en additionnant les différents choréiques dont les observations ont été publiées par Ewald, Peretti, Huber, Hoffmann, Zacher, Lannois, Landouzy, Klippel, on arrive au total de 80 malades, parmi lesquels 44 hommes et 36 femmes. Les hommes seraient ainsi un peu plus exposés. Sur les 35 malades observés par Huet, il y avait de même 22 hommes et 13 femmes.

Ces derniers faits se rapportent à la chorée chronique avec hérédité. Les résultats sont les mêmes lorsque l'hérédité manque (4 hommes et 3 femmes sur 7 cas de Huet).

4° *Grossesse.* — La grossesse a beaucoup moins d'influence sur le développement de la chorée chronique, que sur celui de la chorée vulgaire. Il existe cependant 3 cas non douteux, où elle a favorisé le développement de la maladie : le premier est de Lannois (la chorée apparaît à vingt ans au moment d'une deuxième grossesse); le deuxième est de Huber (à trente ans, première grossesse suivie d'affaiblissement de l'intelligence; à trente-quatre ans deuxième grossesse : les troubles intellectuels augmentent, et deux ans plus tard apparaissent les troubles des mouvements). Le troisième cas est de Huet : la chorée apparaît à vingt et un ans, à l'occasion de la première grossesse, récidive aux grossesses suivantes, et persiste à partir de la quatrième. L'hérédité similaire manquait dans ce dernier cas, mais existait dans les deux premiers.

Le rhumatisme et les affections cardiaques jouent un rôle très effacé dans l'étiologie de l'affection.

Les émotions morales et le shock nerveux ont, au contraire, une influence nette, surtout sur le développement de la chorée des vieillards. Huet rapporte le cas d'une malade de Charcot qui devint choréique « à la suite de choses dont elle ne saurait parler sans verser de larmes ». On trouve encore, dans les leçons de Charcot de 1878, deux autres cas de chorée chronique survenus à la suite d'émotion, et Huet cite l'observation d'un malade qui devint choréique après avoir été renversé par un omnibus, bien qu'il n'ait été blessé en aucune façon. De même Berkley, rapporte le cas d'une femme de quarante et un ans, devenue choréique chronique, après avoir vu un meurtre se commettre devant elle.

L'impression morale peut aussi, d'après Huet, agir en aggravant une chorée déjà existante.

Les affections nerveuses ont des relations assez étroites avec la chorée. L'hystérie ne joue aucun rôle dans son étiologie; mais l'épilepsie coexiste fréquemment et peut même la précéder. Dans deux cas de Huet l'épilepsie est tardive et apparaît au début de la chorée chronique. Dans un cas d'Hoffmann, elle est précoce, apparaît dans l'enfance, et c'est seulement quelques années plus tard que la chorée se développe. Enfin on peut retrouver l'épilepsie isolée dans la famille des choréiques. Chez un choréique épileptique, cité par Hoffmann, on trouve comme antécédents héréditaires que sa mère et sa sœur n'ont jamais été choréiques, mais sont devenues épileptiques tardivement. Peut-être ne doit-on voir dans ces faits que de simples coïncidences.

Les maladies infectieuses ne semblent avoir aucune influence. Il existe cependant un cas de Huet, dans lequel la chorée s'est développée après une pneumonie.

Les traumatismes ont quelquefois précédé la chorée.

Le climat peut créer des prédispositions : l'Angleterre, l'Allemagne, la France et l'Amérique seraient surtout frappées. De même certaines races (peaux-rouges et nègres) paraissent, d'après Osler, jouir d'une immunité presque complète.

La syphilis ne paraît jouer aucun rôle dans l'étiologie de l'affection.

III

Anatomie pathologique. Pathogénie. — De nombreux examens ont été pratiqués post mortem chez des choréiques, et les auteurs (Huber, Macleod, Maclaren, Renkley, Mackensie, Vassitch, Tissier, Charcot, Hoffmann, Krœmer, Kronthal, Kalischer, Osler, etc.) ont tous décrit des lésions. Malheureusement on est loin d'être fixé sur leur valeur.

L'*altération des méninges* est presque constante : congestion pie-mérienne, opalescence de l'arachnoïde, épaississement de la dure-mère, adhérence des méninges entre elles et avec la convexité des hémisphères, toutes ces lésions ont été rencontrées.

Du *côté du cerveau*, les vaisseaux sont épaissis et dilatés dans la majorité des cas, mais c'est surtout sur l'écorce cérébrale que portent les modifications. On y a noté : tantôt de l'atrophie simple portant de préférence sur les zones motrices, tantôt une dégénération étendue mais partielle des cellules de l'écorce cérébrale (dans le cas de Clarke, c'étaient surtout les cellules des deuxième et troisième couches qui étaient prises), tantôt une dégénérescence diffuse, tantôt enfin de petits foyers nécrobiotiques.

Ces lésions présentent donc deux caractères principaux : d'une part ce fait d'être diffuses, ce qui les rend comparables à celles de la paralysie générale; d'autre part leur localisation à la substance corticale et vers les circonvolu-

tions motrices et frontales. On peut donc dire, avec Huet, qu'en ajoutant à ces faits la fréquence des troubles mentaux chez les choréiques, il semble qu'on soit autorisé à localiser des lésions pathogènes de l'affection, dans la couche corticale des circonvolutions cérébrales.

Quant à la nature de l'affection, ni les données étiologiques, ni l'étude des lésions anatomiques, ni l'observation des manifestations cliniques de la chorée, ne permettent de la déterminer nettement. C'est pour cela que deux opinions se trouvent en présence. La première est celle de Charcot qui affirme la parenté de la chorée chronique et de la chorée vulgaire. La deuxième est de Lannois qui fait, au contraire, de la première, une véritable entité morbide. Pour cela il se base sur l'absence d'hérédité similaire dans la chorée vulgaire, et sa fréquence si grande dans la chorée chronique. Mais les partisans de l'unité objectent que l'hérédité peut manquer dans la chorée chronique, qu'elle peut exister dans la chorée aiguë; et qu'enfin certaines affections nerveuses comme la maladie de Friedreich, la myopathie progressive, se montrent avec ou sans hérédité similaire, sans que pour cela on songe à les diviser en formes distinctes.

La fréquence de la chorée chronique dans l'âge adulte, opposée à celle de la chorée aiguë chez les enfants, fournit un deuxième argument à M. Lannois. Mais on a pu trouver la chorée aiguë chez l'adulte, et la chorée chronique chez l'enfant. Ce qu'on peut dire seulement, c'est que plus la chorée apparaît tard, plus sa tendance à la chronicité est marquée.

La troisième différence relevée par M. Lannois serait dans ce fait que le choréique chronique peut arrêter volontairement ses mouvements, ce que ne peut pas faire le choréique aigu, mais d'après les partisans de la théorie uniciste, cette différence n'est pas absolue. De même la différence des troubles mentaux, dans les deux variétés de chorée, dépendrait non pas de l'affection choréique elle-même, mais des degrés d'une cause commune, la dégénérescence mentale, ou encore du terrain sur lequel évolue la maladie.

Enfin il n'est pas jusqu'à la marche, différente en apparence dans les deux variétés de chorée, qui puisse apporter une barrière sérieuse à leur réunion. N'a-t-on pas vu, en effet, des récidives fréquentes de chorée vulgaire, aboutir en définitive à la chorée chronique? Il est vrai que Lannois objecte qu'il s'agit ici de chorée chronique avec des périodes d'amélioration, dans lesquelles cependant les mouvements choréiques ne disparaissent jamais.

IV

Symptomatologie. — Le début clinique de l'affection peut se faire suivant trois modes différents :

1° *Début brusque.* — A la suite d'une frayeur, par exemple (malade de Berkley chez laquelle la chorée se développe en quelques heures après un crime qu'elle a vu commettre).

2° *Début à la suite d'attaques successives de chorée vulgaire.* — C'est ce qui se produisit chez la malade de Dutil qui, atteinte de chorée à chacune de ses grossesses, guérissait dans l'intervalle et resta définitivement atteinte à partir de la 3e grossesse. Huet a observé un fait semblable dans le service de Charcot.

3° *Début lent et progressif.* — C'est la forme de début la plus fréquente. Généralement les troubles moteurs sont les premiers en date, plus rarement ce sont des troubles de l'intelligence, ou la diminution de la mémoire.

Arrivée à sa période d'état, c'est-à-dire nettement constituée, l'affection se traduit par un ensemble de signes qui sont les suivants :

1° *Troubles moteurs.* — Ces troubles constituent les mouvements choréiques. Ce sont eux, comme nous l'avons vu, qui apparaissent les premiers dans la plupart des cas.

Leurs caractères sont : d'être désordonnés, involontaires, irréguliers et sans rythme défini, continuels pendant l'état de veille (que le malade agisse ou qu'il se repose), rapides mais sans brusquerie. Les membres conservent leur souplesse pendant l'exécution de ces mouvements : ce qui tient à l'absence complète de contracture. L'étendue des mouvements peut varier : au début ils sont de petit rayon et le malade peut arriver à les masquer en se donnant l'air de les faire avec intention; plus tard ils sont beaucoup plus prononcés, et les patients, suivant la comparaison de Sydenham, ressemblent alors à des histrions qui essayent de provoquer l'hilarité de la foule.

Le mode de répartition des mouvements se fait dans l'ordre suivant :

a. La *tête* se prend la première, particulièrement dans les muscles des lèvres (les malades font la moue ou tirent les lèvres par côté), et dans ceux de la langue (elle se roule, se renverse, claque contre le palais). Le *voile du palais et le pharynx* traduisent leur invasion par des troubles de la déglutition. Des troubles respiratoires peuvent survenir par suite de mouvements des *muscles laryngés.* L'ensemble des troubles précédents (troubles des lèvres, de la langue, du voile, des muscles respirateurs et des muscles du larynx) explique suffisamment les modifications de la *parole.* Celle-ci est nasonnée, et les malades semblent parler la bouche pleine, quelquefois elle est hésitante au début; à une période avancée elle peut devenir presque incompréhensible. Les muscles moteurs des *yeux* jouissent d'une immunité relative signalée par Lannois.

b. Aux *membres supérieurs,* les mouvements commencent par les doigts et la main et apparaissent de bonne heure. Les doigts se fléchissent, s'étendent, s'écartent, se rapprochent; le pouce se met en opposition. Puis les épaules se soulèvent, sont ramenées en avant. Enfin, à une période plus avancée, le membre tout entier se meut et s'agite de mille façons.

c. Les *membres inférieurs* sont moins atteints que les supérieurs et plus tardivement. Ici encore les troubles des orteils précèdent ceux des jambes, qui ont des mouvements plus compliqués de croisement, de rotation, etc.

d. Au *tronc,* les mouvements sont marqués et le font tourner dans tous les sens. Les muscles soulèvent la peau par leurs contractions; le crémaster lui-même peut se mouvoir.

Le plus souvent ces divers mouvements siègent des deux côtés du corps; exceptionnellement ils restent localisés à un côté, à un membre, ou à un groupe de muscles. Plus rarement encore, ils affectent la forme paraplégique.

L'intensité des mouvements peut être modifiée par certaines conditions. *Elle peut être diminuée* : par le repos (les mouvements ne disparaissent cependant pas complètement), par le sommeil (cessation complète dans la grande majorité des cas), par la volonté (ce serait là d'après Lannois, un signe de distinction important entre la chorée chronique et la chorée aiguë, où la volonté n'a aucune influence). C'est

ainsi que les malades peuvent arriver à faire des choses assez délicates comme enfiler une aiguille, ou la faire passer dans un petit trou percé dans une carte. L'intensité des mouvements peut être *augmentée* par les émotions.

A ces troubles moteurs, on peut ajouter : les *troubles de l'écriture*, qui est tremblée, formée de lettres irrégulières, enchevêtrées les unes dans les autres et disproportionnées dans leurs différentes parties. Il n'y a généralement pas de lettre oubliée comme dans la paralysie générale. Les *troubles de la marche* rentrent aussi dans le même cadre. C'est la démarche ébrieuse qu'on observe : le malade fait quelques pas petits et maladroits, puis s'arrête brusquement ; au bout d'un certain temps il incline son corps en avant comme s'il allait tomber sur la face, et repart. Très souvent les malades sont, à cause de cela, pris pour des ivrognes. Ajoutons que, pendant la marche, les mouvements sont nombreux au tronc et s'exagèrent aux membres supérieurs par syncinémie.

Quant à la force musculaire, elle reste intacte pendant longtemps, étant donné l'absence d'atrophie musculaire.

2° *Troubles sensitifs.* — La sensibilité cutanée (douleur, chaleur, froid et tact) est généralement conservée. Les sens spéciaux (goût, odorat, ouïe, vue) sont aussi le plus souvent intacts. Il en est de même de la sensibilité électrique. Quant aux réflexes, les rotuliens en particulier, ils sont généralement forts. Dans une observation de Lannois, la percussion du tendon rotulien déterminait parfois de la trépidation épileptoïde s'étendant au côté opposé.

3° *Troubles viscéraux.* — Ce sont quelques troubles respiratoires, marqués surtout quand le diaphragme est atteint. Le système circulatoire est généralement indemne. On a signalé l'hypertrophie de la glande thyroïde. Les sphincters conservent leur tonicité tant que le malade n'est pas paralysé. Les urines sont normales, d'après les recherches de Gilles de la Tourette et de Cathélineau.

4° *État mental.* — Il présente des troubles importants. C'est un affaiblissement graduel de la mémoire et de l'intelligence qui peut aller jusqu'à la démence. Au début, c'est surtout de la tristesse qu'on observe, avec assez souvent de la tendance au suicide. A un degré plus avancé, on peut observer : des colères violentes, des manies (crainte constante d'être volé), des hallucinations (malade de Huet qui voyait un enfant grimper après les colonnes de la salle où elle était couchée). Ptus tard enfin, les malades sont confinés au lit, ne peuvent plus s'alimenter et tombent dans le gâtisme complet. Il faut dire cependant, que dans quelques cas, l'intelligence est restée intacte jusqu'à la fin, bien que la chorée ait duré de longues années.

V

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de l'affection est longue et fatalement progressive : on ne connaît aucun cas de guérison de chorée chronique.

Nous avons vu que le début est généralement lent et insidieux, et que les différentes parties du corps se prennent dans l'ordre suivant : face, membres supérieurs, tronc, et enfin membres inférieurs. Les mouvements augmentent d'étendue au fur et à mesure que l'affection progresse. Les troubles intellectuels très intenses caractérisent la dernière période de la maladie, mais légers nous les avons vus débuter le plus souvent avec les troubles moteurs.

La durée de la chorée chronique est très longue. Beaucoup de malades, atteints vers trente ou trente-cinq ans, ne meurent qu'à soixante, soixante-dix et quatre-vingts ans (Peretti, Huber, Hoffmann, Lannois). Un malade d'Huber est mort à quatre-vingt-six ans. Quelquefois l'existence est abrégée par les troubles respiratoires (larynx ou diaphragme) ou par les troubles de l'alimentation.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de la chorée d'Huntington est généralement facile. Il est basé sur les caractères des mouvements, l'âge du malade, ses antécédents, et l'évolution de la maladie.

Il comprend d'abord l'élimination des affections n'appartenant pas au groupe des chorées : tabes, affections à tremblement, et maladie des tics. Et il se parfait par la distinction de la variété de chorée.

Le tabes est facilement éliminable, malgré l'avis de Kling. Le tabétique n'a pas de mouvements au repos ; quand, à une période avancée, il présente des oscillations du tronc, tout le tronc se meut d'un seul bloc, et les oscillations augmentent par l'occlusion des yeux ce qu'on ne trouve pas dans la chorée ; enfin le choréique ne talonne pas et est exempt des nombreux troubles sensitifs et sensoriels qui frappent toujours le tabétique.

La maladie de Friedreich est héréditaire comme la chorée d'Huntington et peut présenter en plus quelques points cliniques voisins de ceux de la chorée. Mais les mouvements sont plus limités que dans cette dernière affection, l'incoordination motrice apparaît surtout à l'occasion des mouvements volontaires, tandis qu'elle diminue à ce moment dans la chorée ; les réflexes rotuliens sont abolis ; ils sont forts chez les choréiques. Enfin l'âge des malades est différent.

La paralysie agitante a : un tremblement, c'est-à-dire des oscillations régulières, l'air soudé des malades, leur masque immobile, les phénomènes de propulsion.

La sclérose en plaque a le tremblement intentionnel, manquant au repos, au contraire de ce qui existe chez les choréiques. La démarche est spasmodique et non titubante, la parole est scandée.

Les tremblements alcoolique, mercuriel, sénile, hystérique seront facilement reconnus ; de même que l'athétose symptomatique.

Le paramyoclonus multiplex a également pour lui des caractères trop nets pour prêter à la confusion. Ce sont les mouvements à intervalles irréguliers, facilement déterminables par des excitations diverses comme la percussion des muscles ; les secousses musculaires brusques ; les contractions musculaires incomplètes, fibrillaires ou fasciculaires.

Les tics convulsifs pourront quelquefois rendre le diagnostic hésitant, au contraire de toutes les affections précédentes. Ils ont beaucoup des caractères de la chorée, et en particulier celui de se transmettre par hérédité. Mais les mouvements sont brusques, manquent de moelleux, sont toujours les mêmes et se répètent toujours dans le même ordre ; ils sont la caricature des gestes naturels (clignottement, crachottement, reniflement, action de se frapper le front ou la poitrine). L'évolution est différente. L'arrêt des mouvements est possible, mais suivi d'une véritable débauche de gestes. Il existe des troubles spéciaux qui sont : la coprolalie, l'écholalie, l'échokinésie et enfin les idées fixes (mots obsédants, arithmomanie, agoraphobie, folie du doute, délire du toucher).

Quant à l'athétose double, elle a pour caractères de se développer surtout chez l'enfant, d'être exceptionnellement familiale, de déterminer des contractures qui finissent par amener des déformations des membres.

La paralysie générale sera aussi aisément reconnue.

Il nous reste maintenant à distinguer la chorée chronique des autres chorées, ce qui est relativement facile.

La chorée de Sydenham frappe l'enfance et l'adolescence, se produit le plus souvent sans hérédité, voit ses mouvements augmenter au moment des gestes intentionnels. Elle guérit au plus tard en quelques mois.

La chorée hystérique se présente par accès, est systématisée (chorée saltatoire, malléatoire, natatoire etc.), présente des périodes d'oscillation. Le malade a les stigmates ordinaires de l'hystérie. L'affection guérit.

La chorée symptomatique peut être plus facilement confondue. Mais, si elle est de longue durée, elle est localisée le plus souvent à une moitié du corps, associée à une hémiplégie (motrice ou sensitive, quelquefois les deux ensemble); les réflexes y sont exagérés du côté atteint, et normaux du côté opposé.

VII

Pronostic et traitement. — Le pronostic de l'affection est des plus sérieux, La guérison ne se produit jamais, et de son vivant le malade est fortement incommodé par ses mouvements qui viennent forcément restreindre son rôle social. De plus, le pronostic est grave pour les descendants eux-mêmes, qui ont à redouter, soit l'hérédité similaire, soit l'hérédité de transformation.

Quant au traitement, ce que nous venons de dire de l'incurabilité de la chorée montre assez le peu d'espoir qu'on peut mettre en lui.

Cependant des essais assez nombreux ont été faits. On a employé successivement : le bromure, les arsenicaux, l'antipyrine, les ferrugineux, à l'intérieur; à l'extérieur, l'hydrothérapie, l'électrisation statique, les révulsions le long de la colonne vertébrale à l'aide des pointes de feu ou du chlorure de méthyle, les révulsions sur la tête.

Huet conseille surtout les antispasmodiques comme le bromure et l'antipyrine, et les révulsions sur la tête et le cou, sous forme de teinture d'iode ou de pointes de feu.

Biernacki pense que l'impuissance du traitement résulte de ce qu'il est appliqué trop tard, et il aurait observé, pour sa part, un cas favorable à la suite de la médication arsenicale.

Enfin, au point de vue préventif, on devra recommander aux enfants des choréiques chroniques, d'éviter toute excitation nerveuse. Il faudra également leur prescrire un régime hygiénique approprié. Ce sont là les seuls moyens que nous possédions pour essayer d'empêcher l'éclosion de la redoutable maladie.

SIGNES DE LA CONGESTION PROSTATIQUE (1)

Par A. Guépin,

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

De tous temps, les auteurs ont fait jouer à la congestion prostatique, dans les maladies du carrefour génito-urinaire, un rôle de première importance. La connaissance anatomique, bien que souvent incomplète, des plexus veineux qui entourent la prostate, semblait à elle seule plus que suffisante pour justifier la facilité et l'intensité possibles des états congestifs de la glande. Comment expliquer autrement l'apparition de certaines hématuries abondantes, de modifications considérables et momentanées dans le volume de la prostate, coïncidant parfois avec la sortie d'hémorroïdes, souvent avec la turgescence habituelle des corps caverneux; en un mot : avec dcs phénomènes de stase sanguine dans le petit bassin, qu'elle qu'en soit, d'ailleurs, en apparence, la cause voisine ou éloignée?

Mais si la réalité de l'existence, la fréquence même des troubles congestifs de la prostate n'ont échappé à personne, l'accord ne semble point établi sur la valeur des symptômes qui révèlent la congestion, qui permettent de la reconnaître et de remonter à ses origines.

L'intérêt pratique capital s'attachant à la possession parfaite d'une telle question, devait engager mon maître Reliquet et moi à en faire l'objet de nos recherches. Déjà, dans de multiples observations publiées (*Les glandes de l'urèthre*, t. I et II), et dans plusieurs mémoires récents, l'occasion s'est présentée et a été saisie d'indiquer les signes précis qui paraissent devoir être rapportés à la congestion prostatique associée à l'œdème local et d'en décrire l'évolution jour par jour.

Chez les sujets encore jeunes, dont la prostate n'est pas le siège de stagnation des sécrétions dans ses cavités glandulaires dilatées, la *disparition* du sillon médian vertical qui sépare les lobes de l'organe, l'augmentation de consistance de ces lobes, *plus fermes* qu'à l'état normal, *moins souples*, sans être durs toutefois, les *limites diffuses* de l'amas glandulaire qui plus ou moins a perdu sa forme bien connue, sont de fortes présomptions en faveur de la congestion et de l'œdème prostatiques encore médiocrement accusés. A un degré plus avancé, la prostate, au toucher rectal, est *globuleuse*, formant dans le rectum qu'elle remplit et où le doigt ne rencontre plus qu'elle, une saillie parfois *énorme*. L'index pour pénétrer doit suivre la courbure du coccyx et du sacrum. La surface prostatique est *lisse*, *chaude;* sa consistance, *uniforme*, est celle d'une poche fortement distendue par un liquide intérieur : elle est *rénitente* (Reliquet). La pression légère de la pulpe digitale donne lieu à une sensation *douloureuse*, *partout également* pénible. L'exagération de la sensibilité provoquée et spontanée, la perception de battements artériels (pouls prostatique), les grands accès fébriles appartiennent déjà à la suppuration de l'organe. Quand, au contraire, les accidents sont en voie de décroissance, on reconnaît dans l'ordre inverse les signes précédemment attribués à la congestion commençante.

Chez le vieillard atteint de prostatite sénile, aux deux premiers stades anatomo-pathologiques, c'est-à-dire chez qui toutes les causes de congestion et d'œdème prostatiques se trouvent réunies, la prostate congestionnée prend un développement énorme, plus peut-être que dans le cas précédent. Lisse, tendue, chaude, d'une consistance et d'une sensibilité égale en tous points, elle s'accompagne de turgescence de la verge et de gonflement hémorroïdaire.

Les troubles fonctionnels marchent de pair avec la violence des phénomènes congestifs; ce sont des mictions *fréquentes*, *difficiles*, *douloureuses*, souvent *sanguinolentes* à la fin (fausse cystite). Le vieux prostatique a plutôt de la *rétention* d'urine avec *excitation vésicale*. Il faut alors songer au cathétérisme; et ses sondes habituelles, s'il en passait, ne peuvent plus, pour un temps, pénétrer jusque dans la vessie.

La sonde en gomme à béquille de gros calibre, munie d'une grande courbure souple, dont Reliquet faisait usage en pareilles circonstances, est l'instrument le plus utile. On remarque en l'introduisant : la *longueur* anormale de la partie de la sonde qu'il faut pousser dans l'urèthre, avant l'écoulement de l'urine ; la *courbure* considérable ajoutée à la béquille que doit porter cette sonde pour franchir la prostate ; la *sensibilité* de la région prostatique ; son *saignement* facile et abondant. La vessie, *peu distendue*, se *contracte* avec force ; parfois, elle est remplie de sang, dont il va falloir assurer la sortie régulière.

En présence d'un tel ensemble symptomatique, il ne restera dans l'esprit aucun doute : ces prostatomégalies, à *début brusque* ou très rapide, à terminaison également rapide, apparaissant et disparaissant tour à tour, coïncidant ou alternant avec d'autres manifestations congestives, s'accompagnant d'hémorragies faciles, d'abondance parfois effrayante, ne sauraient être rapportées qu'à la congestion locale. Les signes physiques et fonctionnels énumérés plus haut, la marche, la terminaison, les complications, tout est là pour conduire à une même conclusion, sans parler de l'influence heureuse du traitement approprié.

Quand on assiste à l'augmentation de volume des plus rapides (quelques heures à deux ou trois jours) d'une prostate déjà malade, chez un homme d'âge avancé, quand on rencontre les signes positifs de la congestion, quand surtout il y a hématurie spontanée, le diagnostic n'offre aucune difficulté réelle. Pendant la période d'état, on pourrait croire et on croit souvent à de grosses lésions prostatiques, tandis que si les jeunes font des congestions actives et franchement inflammatoires, prélude ordinaire de suppurations étendues, le vieillard, à l'occasion d'une prostatite légère presque latente, peut avoir de violentes poussées qui disparaissent sans laisser de véritables vestiges. Lorsque la crise prend fin avec une promptitude analogue à celle de l'invasion, l'organe revient presque à ses dimensions premières ; le doigt explorateur retrouve les caractères des altérations locales préexistantes, pendant que les troubles fonctionnels s'atténuent, parallèlement pour ainsi dire.

Des recherches antérieures et des faits cliniques que je résume ici en une sorte de tableau, on peut, ce me semble, être autorisé à déduire :

Que la congestion de la prostate existe comme syndrome surajouté compliquant les lésions glandulaires, que la congestion prostatique active et inflammatoire dans la jeunesse, plus tard est presque passive. L'anatomie de la région explique son importance croissante avec l'âge et la facilité de son apparition. La congestion se montre tant de fois dans le cours des prostatites — surtout de la prostatite sénile — qu'il importe de bien en connaître les signes pour lui opposer aussitôt les soins dont catégoriquement elle fournit les indications.

THÉRAPEUTIQUE

Formulaire des injections de gélatine.

I. MM. Lancereaux et Paulesco emploient la formule suivante :

Gélatine	} *ââ* 10 grammes.
Na Cl.	

Stérilisez. Commencer par injecter 50^{cc}, puis augmenter jusqu'à 150^{cc}. Les auteurs font l'injection à la cuisse.

II. MM. Huchard et Deguy ont employé, contre les hémoptysies, la formule suivante :

Gélatine	7 grammes.
NaCl.	10 —
Eau	1000 —

Dissoudre à chaud, filtrer et stériliser. Commencer par des injections de 50^{cc} sur la peau de l'abdomen.

III. Les mêmes auteurs, dans des cas d'anévrismes, ont employé des solutions plus concentrées :

Gélatine.	2 grammes.
NaCl.	10 —
Eau.	100 —

Commencer par 25^{cc} pour aller à 50. (*Journ. des prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 janvier 1899. — Présidence de M. BERGER.

COMMUNICATION

Capitonnage des kystes hydatiques du foie. — M. SEGOND, tout en reconnaissant une erreur qui s'est glissée dans le traité de chirurgie de Reclus, maintient, à propos de la communication de M. Delbet, les critiques qu'il a formulées contre ce mode de traitement des kystes hydatiques du foie.

M. TUFFIER a obtenu d'excellents résultats d'une méthode consistant simplement à ouvrir largement les kystes hydatiques du foie, à les curer, les laver et les refermer par une bonne suture.

M. QUÉNU proteste contre la généralisation que M. Delbet tend à donner au capitonnage comme moyen de traitement des kystes hydatiques du foie.

M. NÉLATON a obtenu en huit jours la guérison d'un kyste hydatique du foie par le procédé préconisé par M. Delbet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

M. SCHWARTZ fait connaître les résultats de sa pratique personnelle au point de vue de l'intervention chirurgicale dans les cas d'appendicites. Comme ses collègues, il estime qu'il vaut mieux, autant que possible, opérer à froid. Il propose, pour ces cas, l'incision de Jalaguier. Il a eu deux cas d'éventration chez deux malades qu'il avait opérés par l'incision de Roux. Quant aux appendicites opérées d'urgence, à chaud, chaque fois qu'il trouve du liquide, il draine. Deux fois, il lui a été impossible d'enlever l'appendice. Dans un cas, il a fait deux fois l'opération chez le même malade, sans pouvoir trouver l'appendice pas plus la seconde fois que la première. Chaque fois qu'il est possible de le faire, il vaut mieux certainement enlever l'appendice, sans quoi on est exposé à voir des récidives. Dans un cas, il a eu une mort par hémorragie. Jamais il n'a eu le moindre accident après l'opération à froid.

En résumé, l'opération à froid est l'opération de choix, mais il y a des cas aigus dans lesquels il faut intervenir immédiatement et plus tôt on intervient, dans ces cas, plus on a de chances de guérison. A côté des faits acquis, il en est d'autres dans lesquels on peut attendre et espérer de bons résultats du traitement médical. Le mieux alors est d'attendre un mois ou quelques semaines en laissant les malades couchés et de les opérer à froid au bout de ce temps.

M. LEJARS fait observer que, tandis qu'on voit les chirurgiens préconiser l'attente et le traitement médical dans certains cas d'appendicite, on entend les voix médicales les

plus retentissantes vanter l'intervention d'urgence et constante. Tous les chirurgiens semblent d'accord aujourd'hui pour admettre qu'il est des cas d'appendicite qui peuvent guérir par le traitement médical. La vérité est qu'il n'y a pas de formules générales et chaque cas comporte des indications particulières. Mais il n'est pas moins certain aussi que, du moment qu'il s'agit d'intervention, tous les chirurgiens sont également d'accord pour préférer l'opération à froid. Tous les faits qui ont été cités permettent, en effet, de tirer cette conclusion que l'opération à froid n'est jamais dangereuse et n'entraîne jamais d'accidents.

M. GUINARD s'associe à la protestation de M. Tillaux contre les assertions de MM. Dieulafoy et Poirier. Il étudie ensuite successivement ces trois points : le moment le plus opportun pour l'intervention, les avantages de l'opération à froid et les éventrations consécutives aux laparotomies pour appendicites.

A quel moment faut-il intervenir? Chaque fois, dit M. Guinard, qu'on sent un gâteau d'empâtement, et à plus forte raison si ce gâteau est fluctuant, il faut opérer immédiatement. Quand on se trouve en présence de tous les signes d'une appendicite perforante, il faut également intervenir immédiatement, l'opération, dans ces cas, étant la seule chance de salut. Reste alors la crise d'appendicite aiguë qui peut guérir par le traitement médical. Autant que possible, il vaut mieux ne pas opérer pendant la crise aiguë et attendre de pouvoir opérer à froid. M. Guinard s'éloigne donc complètement de l'opinion émise par M. Poirier. Il rappelle que Roux (de Lausanne) n'intervient plus jamais dans les cas aigus et ne veut plus opérer les appendicites qu'à froid. M. Guinard rappelle les deux cas qu'il a cités dans son article publié dans la *Gazette des hôpitaux* (n° du 16 juin 1898). Il concluait, dans cet article, que, quand il y a un abcès, il faut intervenir immédiatement.

Quant à l'opération à froid, c'est une excellente opération, efficace autant qu'innocente. Jamais on ne constate d'accidents : Broca, Ricard sont d'avis d'attendre deux attaques avant d'opérer à froid. M. Guinard préfère intervenir après la première attaque.

L'éventration n'est guère à craindre qu'après les opérations à chaud, dans lesquelles on a été obligé de drainer et de laisser parfois une plaie largement béante.

M. REYNIER joint sa protestation à celles de ses collègues contre les assertions de M. Poirier. Il y a de très grandes différences dans les appendicites. Pour M. Poirier toute appendicite aiguë, aussitôt diagnostiquée, doit être immédiatement opérée et, ajoute-t-il, si on arrive à temps, le chirurgien sera sûr de guérir son malade. Si MM. Dieulafoy et Poirier prouvent qu'en agissant ainsi on guérit toutes les appendicites, M. Reynier s'inclinera; mais, en raisonnant ainsi, on ne tient compte ni des variétés d'appendicites, ni des complications qu'elles peuvent entraîner. C'est là une chirurgie de formule qui semble méconnaître les lois de la clinique.

M. Reynier cite l'exemple d'une femme de cinquante-deux ans, obèse, albuminurique, ayant 150 grammes de sucre dans les urines; cette femme était atteinte d'appendicite, la température était basse, le pouls fréquent. M. Reynier se refusa à toute intervention et cette malade a guéri et est restée guérie. M. Reynier pourrait citer trois autres cas analogues. Dans bien des cas, on se presse trop d'inciser et M. Reynier a vu des malades atteints de simples coliques néphrétiques incisés comme étant atteints d'appendicite. Sa conduite est tout opposée à celle de M. Poirier; il veut tenir compte, avant tout, de la clinique et des symptômes, et il estime que le traitement médical, c'est-à-dire le repos absolu, la glace sur le ventre, et l'opium, traitement qui n'exclut pas une expectation armée, peut dans bien des cas amener la guérison.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Reynier s'applique autant que possible à enlever l'appendice. Mais il y a des cas où cette ablation est vraiment impossible. Il faut donc se contenter d'ouvrir l'abcès. M. Reynier a opéré 71 malades d'appendicites. Cinq fois, il a été obligé de rouvrir le ventre pour aller chercher l'appendice qu'il n'avait pu enlever lors de la première intervention. Il est donc bien certain qu'il y a des cas de récidive.

M. Reynier combat énergiquement l'emploi des purgatifs et il fait observer qu'on voit moins de cas graves depuis qu'on emploie moins les purgatifs. Tous les cas d'appendicite ne deviennent pas graves d'emblée et, si l'on soigne les malades, si on les met de suite au repos, on peut éviter ces cas très graves que Roux, Jalaguier hésitent à opérer. M. Reynier passe en revue plusieurs de ces cas graves et il insiste sur l'importance d'arriver à un diagnostic précis. Il cite l'exemple d'une jeune femme qui avait eu déjà plusieurs crises d'appendicite. Elle est prise de nouveau, le pouls est bon, le facies est excellent, elle se plaint seulement d'une douleur dans la fosse iliaque droite. M. Reynier fait appliquer de la glace sur le ventre. Le soir même le facies devient mauvais, le pouls est à 130, il y a des vomissements fécaloïdes; on croit devoir différer l'opération; on attend, et on fait des injections de caféine. Le soir, l'état s'aggrave et devient tel que M. Reynier n'ose plus intervenir; le pouls est très mauvais, il y a toujours des vomissements fécaloïdes, il y a des signes certains d'occlusion intestinale. On fait des injections de caféine et de sérum; le pouls remonte, le lendemain matin il y a une évacuation naturelle abondante, la malade revient à la vie et, quatre ou cinq jours après, M. Reynier l'opère et elle guérit. Il y a donc des cas où l'on doit s'appliquer, non pas tant à opérer à temps qu'à ne pas opérer à contre-temps, et dans bien des cas, il y a tout avantage à remonter les forces des malades et à attendre avant d'opérer.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Reynier a recours au procédé de Roux. Il n'a eu qu'un seul cas d'éventration; il s'applique, dans la suture, à reconstituer chaque plan par une suture spéciale au catgut.

En résumé, comme il a y tout avantage à opérer à froid, M. Reynier préfère, dans les cas aigus, recourir au traitement médical et attendre de pouvoir opérer ensuite à froid, à moins que l'élévation de la température n'indique la formation d'un abcès, auquel cas il intervient immédiatement.

PRÉSENTATIONS

Pylorectomie. — M. TUFFIER présente un malade auquel il a pratiqué une gastro-pylorectomie pour un cancer, il y a neuf mois. Ce malade est dans un état très satisfaisant.

La séance est levée.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

1° Instructions pour l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale en 1899. — 2° Renseignements sur le fonctionnement de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux.

TITRE PREMIER

I. *Institution des trois écoles annexes.*—Les trois écoles annexes de médecine navale établies dans les ports militaires de Brest, Rochefort et Toulon ont pour objet :

De faire accomplir par les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale la première année d'études médicales, et par les candidats à la carrière pharmaceutique les trois années de stage réglementaires.

II. *Mode et conditions d'admission des élèves.* — Les candidats qui sollicitent leur admission dans une des écoles annexes de Brest, Rochefort ou Toulon doivent se faire inscrire du 15 septembre au 1er octobre, à la préfecture du département où est établi le domicile de leur famille ou de celui où ils poursuivent leurs études. Les dossiers sont transmis au ministre de la marine par les préfets, avant le 15 octobre, délai de rigueur.

Tout candidat, lors de son inscription, doit justifier :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français [certificat délivré par le maire ou le commissaire de police.

En ce qui concerne les mineurs, la loi du 26 juin 1889, modifiée par celle du 22 juillet 1893, déclare :

Français de plein droit. — 1° Le fils légitime d'un père français; 2° l'enfant légitime né en France de parents étrangers, si le père lui-même y est né; 3° l'enfant légitime né en France de parents étrangers, si la mère elle-même y est née, sauf pour lui la faculté de décliner, dans l'année qui suit sa majorité, la qualité de Français, en se conformant aux dispositions du paragraphe 4 de l'article 8 du Code civil; 4° l'enfant naturel né en France de père et mère inconnus; 5° l'enfant naturel né hors de France et reconnu par un père français, à moins qu'antérieurement à cette reconnaissance du père, il ait été reconnu par une mère étrangère; 6° l'enfant naturel né en France et reconnu par un père français ou né lui-même en France, à moins qu'antérieurement il ait été reconnu par une mère étrangère et née hors de France; 7° l'enfant naturel né en France ou hors de France, reconnu en premier lieu ou uniquement par une mère française; 8° l'enfant naturel né en France, reconnu en premier lieu ou uniquement par une mère étrangère, mais née elle-même en France, à moins que dans l'année qui suit sa majorité il ne décline la qualité de Français, en se conformant aux dispositions du paragraphe 4 de l'article 8 du Code civil; 9° l'enfant mineur né étranger, dont le père ou la mère survivant s'est fait naturaliser Français ou s'est fait réintégrer dans la qualité de Français qu'il avait perdue, à moins que, dans l'année qui suit sa majorité, il ne décline la nationalité française, en se conformant aux dispositions du paragraphe 4 de l'article 8 du Code civil.

Nota. — A l'égard des jeunes Français auxquels la loi accorde la faculté de réclamer, entre leur vingt et unième et leur vingt-deuxième année, la qualité d'étranger (paragraphes 3°, 8° et 9° ci-dessus) et avant qu'ils puissent être admis à l'école, leurs représentants légaux doivent renoncer, en leur nom et par anticipation, à cette prérogative de revendiquer une nationalité étrangère, au moyen d'une déclaration reçue par le juge de paix et enregistrée, à peine de nullité, au ministère de la justice.

Français par option. — 1° L'individu né en France de parents étrangers qui n'y sont pas nés et pour lequel la nationalité française aurait été réclamée par ses représentants légaux ; 2° le fils de parents dont l'un a perdu la qualité de Français, à la condition que cette qualité ait été réclamée pour lui, comme dans le paragraphe précédent.

Nota. — Cette déclaration doit être faite devant le juge de paix et enregistrée, à peine de nullité, au ministère de la justice.

Cette déclaration sera produite avant l'admission de l'intéressé à l'école.

Français par naturalisation. — 1° Le fils d'une mère française rendue étrangère par son mariage et qui, devenue veuve, a obtenu pour elle-même et pour son enfant un décret de réintégration ; 2° les descendants des religionnaires expatriés, en faveur desquels aura été rendu un décret de réintégration.]

2° Qu'il est âgé de dix-sept ans au moins au 1er janvier qui suit la date de l'admission, ou qu'il n'est pas susceptible d'être appelé sous les drapeaux au mois de novembre de l'année d'admission. [Extrait de l'acte de naissance sur papier libre, et certificat du recrutement s'il y a lieu.]

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole. [Certificat délivré par un médecin de la marine ou un médecin militaire.]

4° Qu'il est robuste, bien constitué et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire. [Sous le rapport de la vision, les conditions exigées sont celles de l'aptitude au service militaire, lesquelles sont actuellement définies dans l'instruction du 13 mars 1894 (Guerre, *B. O.*, partie réglementaire, p. 127).

Lors de leur entrée à Bordeaux, tous les élèves devront contracter leur engagement au titre de l'infanterie de marine.]

5° Qu'il est pourvu des diplômes suivants :

a. Pour la *médecine :* soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention *lettres-philosophie* et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; soit le diplôme de bachelier ès lettres (ancien) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. [Par décision du ministre de la marine, les candidats peuvent être inscrits provisoirement dans une école annexe de médecine navale, sans produire l'un des diplômes, s'ils remplissent toutes les autres conditions réglementaires. Mais leur admission définitive ne peut être prononcée que s'ils justifient, avant le 30 novembre, de la présentation du diplôme manquant. Ils recevront à ce moment l'ordre de se rendre au port.]

b. Pour la *pharmacie :* soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention *lettres-philosophie* ou avec mention *lettres-mathématiques*, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne avec l'une ou l'autre des trois mentions ; soit, transitoirement, le diplôme du bachelier ès lettres, ou le diplôme de bachelier ès sciences complet, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial. [Les candidats devront produire leurs diplômes, ou, s'ils ne leur ont pas été délivrés, les certificats provisoires ; mais en aucun cas les copies, même certifiées de ces pièces ne seront admises à en tenir lieu.]

Le candidat doit, en outre, produire un certificat de bonnes vie et mœurs, un extrait, pour néant, du casier judiciaire et le consentement des parents ou tuteurs.

Les admissions ont lieu du 1er au 30 novembre de chaque année par décision ministérielle. [Voir ci-dessus.]

Lorsque l'admission a été prononcée, l'élève est inscrit sur une matricule spéciale tenue au conseil de santé.

Les candidats admissibles aux écoles annexes subissent un premier examen de santé à leur entrée, un deuxième à la fin de la première année d'études et avant le concours d'admission à l'école de Bordeaux. Ils sont ensuite contre-visités à leur arrivée à l'école principale.

Les élèves en médecine admis dans les trois écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon y accomplissent une année d'études médicales.

Les élèves en pharmacie admis dans les écoles annexes y accomplissent les trois années de stage réglementaires [si pendant la durée de ces trois années ils se trouvent dans le cas d'être appelés sous les drapeaux pour effectuer leur année de service militaire actif, ils devront interrompre leur stage pendant cette période], ou tout au moins une année s'ils comptent déjà deux ans de stage officinal.

Après avoir accompli une année d'études médicales, pour les étudiants en médecine, et avoir subi avec succès, avant le 31 juillet, l'examen de validation de stage pour les étudiants en pharmacie, ils prennent part au concours d'entrée à l'école principale du service de santé de la marine.

Les élèves des écoles annexes s'entretiennent à leurs frais; ils logent et prennent leurs repas en ville et ne portent pas d'uniforme. Ils ne contractent aucun engagement.

Ces élèves acquittent les droits des quatre premières inscriptions, ils sont exonérés de tous frais universitaires à partir de leur entrée à l'école principale.

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail pendant plus de deux mois, et dans le cas où, ayant échoué au concours d'admission à Bordeaux, il serait proposé par son directeur pour le redoublement de l'année d'études.

L'autorisation de redoubler une année d'études dans les écoles annexes ne peut, sous aucun prétexte, être accordée qu'une seule fois.

Les élèves des écoles annexes de médecine navale sont passibles des punitions suivantes :

1° La réprimande par le chef de service;

2° Les arrêts simples par le chef de service;

3° La réprimande par le directeur, en séance du conseil de santé;

4° Les arrêts de rigueur par le directeur;

5° L'exclusion de l'école par le ministre.

III. *Personnel des écoles annexes.* — Chaque école annexe de médecine navale comprend un certain nombre de professeurs nommés au concours parmi les officiers du corps de santé de la marine.

L'année scolaire commence le 3 novembre et finit le 31 juillet.

L'année scolaire se divise en deux semestres : l'un, d'hiver, s'étend du 3 novembre au 31 mars; l'autre, d'été, du 1er avril au 31 juillet.

Dans chaque école, le directeur du service de santé règle, en conseil des professeurs, la répartition des matières de chaque cours.

A la fin du semestre, chaque professeur rend compte de son enseignement; il indique le nombre de leçons qu'il a faites et les matières exposées dans chaque séance.

Une expédition de ce compte rendu est adressée au ministre.

A la fin de chaque semestre d'enseignement, les professeurs s'assurent, par des interrogations, du degré d'instruction et des progrès de ceux de leurs auditeurs qui sont tenus de suivre leurs leçons. Ils expriment leur appréciation sur chacun d'eux par une note qui varie de 0 à 20. Ces notes, accompagnées de l'opinion du professeur sur chaque élève, sont remises au directeur pour être transmises au ministre avec l'appréciation du préfet maritime.

Des bibliothèques, des amphithéâtres de dissection, des musées d'anatomie, des laboratoires d'histologie sont à la disposition des élèves, qui doivent verser au trésorier de la bibliothèque une somme de 50 francs destinée à l'achat des livres.

Il est adressé trimestriellement au ministre un état nominatif des élèves présents dans les écoles, avec indication des notes sur la conduite, la discipline, l'assiduité au travail de chacun d'eux. *(A suivre.)*

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau d'avancement pour l'année 1899.

1° Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe : **1898.** MM. Moty, Annesley, Hocquard, Heuyer, Pitot et Darricarrère.

2° Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe : **1897.** M. Catrin; — **1898.** MM. Sauveroche, Landriau, Reverchon, Mercier, Villiès, Colnenne, Billot, Trifaud et Février.

3° Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe : **1896.** M. Audiguier; — **1898.** MM. Fournot, Renard, Duponchel, Descosse, Gaillard, Lejeune, Goumy, Beylier, Hublé, Ferrand, Billet, Ferraton, Rivière, Sieur, Lapasset et Verdier.

4° Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe : **1897.** MM. Dettling, Le Mithouard, Verse, Bronnier, Finot, Fournial, Chanaud et Vougre; — **1898.** MM. Wavelet, Cordillot, Tostivint, Pécheux, Vallet, Lefort, Parant, Crépet, Visbecq, Capillery, Pourrat, Malaval, Fasquelle, Chavigny, Mornet, Beaussenat et Maffre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 janvier 1899, Mme Guinhut, en religion sœur Marie, supérieure des sœurs de l'hôpital maritime de Cherbourg, est nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Trente-six ans de services hospitaliers, dont vingt et un dans les hôpitaux maritimes. A fait preuve du plus grand dévouement dans diverses épidémies de fièvre typhoïde et de choléra.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, sera ouvert le jeudi 23 mars 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 20 février 1899, et sera clos le samedi 4 mars.

— *Corps de santé de la marine.* — M. le docteur Barret, promu médecin en chef, est maintenu dans son nouveau grade au port de Brest.

M. le docteur Sibaud, promu médecin principal, sera remplacé sur la *Foudre* (escadre de la Méditerranée) par l'un des médecins de première classe réservés à Toulon pour l'escadre, et sera affecté au port de Brest.

M. le docteur Estrade, promu médecin de première classe, est maintenu aux tirailleurs tonkinois.

MM. les médecins de première classe Denis, résidant à l'hôpital de Lorient, et Jouenne, en service à terre à Lorient, sont autorisés à permuter.

M. le médecin de deuxième classe Ferrandini, provenant de la Nouvelle-Calédonie, est affecté au port de Brest.

MM. les médecins de deuxième classe Chabannes, aide-major au 7e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, et Pellan, chargé de la prévôté de l'île de Sein, sont autorisés à permuter.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Carnaval de Nice de* 1899. — A l'occasion du Carnaval de Nice, la Compagnie mettra en marche un train de plaisir de Paris à Nice, avec séjour facultatif à Marseille. — Ce train prendra des voyageurs à Lyon.

Aller : départ de Paris, le 8 février à 2 h. 10 soir; de Lyon, à 11 h. 37.

Retour : départ de Nice, le 15 février à 10 h. 45 soir.

Prix du voyage, aller et retour : de Paris, 90 fr. en 2e classe; 60 fr. en 3e classe; — de Lyon, 50 fr. en 2e classe; 30 fr. en 3e classe.

Les billets pour ce train de plaisir seront délivrés à Paris et à Lyon à partir du 15 janvier.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — MARDI 24 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 24 JANVIER 1899. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 janvier 1899.

A la suite des faits qui se sont passés récemment à Vienne, une commission (1), composée de représentants des ministères de l'Instruction publique et de l'Intérieur, a été chargée d'étudier les mesures propres à préserver les étudiants et le public des dangers qui pourraient résulter des recherches poursuivies dans les laboratoires de bactériologie.

Cette commission s'est réunie au ministère de l'Instruction publique et a proposé un ensemble de mesures exposées dans l'instruction suivante élaborée par la commission elle-même :

« Il n'entre pas dans les intentions de la commission de demander qu'il soit apporté une restriction quelconque aux travaux des laboratoires de bactériologie, car, pour combattre efficacement les maladies infectieuses, il faut d'abord les bien connaître.

La commission a même été unanime à penser que les dangers que peuvent causer ces laboratoires ne doivent pas être exagérés. En réalité, on n'a compté, jusqu'ici, du moins en France, que de rares accidents individuels.

(1) Cette commission était ainsi composée :

MM. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, *président;*
Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, *vice-président;*
Hanriot, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris;
Monod, directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène au ministère de l'Intérieur;
Napias, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris;
Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort;
Proust, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, inspecteur général des services sanitaires;
Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur;
Thoinot, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, *secrétaire;*
Générès, chef du 1er bureau de la direction de l'Enseignement supérieur, *secrétaire-adjoint.*

D'ailleurs tout accident serait prévenu et évité, si les chefs de laboratoire savaient exercer autour d'eux l'action nécessaire, s'ils étaient bien pénétrés de leurs devoirs vis-à-vis des étudiants et du public et de leur responsabilité. Leur rappeler cette responsabilité et les avertir qu'il leur sera personnellement demandé compte de tout accident survenant dans leurs laboratoires est la meilleure mesure que puissent prendre, en l'espèce, les pouvoirs publics.

Il appartient donc aux chefs de laboratoire de choisir avec soin leur personnel ; le recrutement des garçons de laboratoire attirera particulièrement leur attention. Ces agents ne doivent être nommés que s'ils sont reconnus tout à fait capables de remplir ces fonctions souvent délicates.

Informés de toutes les recherches poursuivies autour d'eux, les chefs de laboratoire ne laisseront entreprendre les travaux dangereux que par ceux de leurs auxiliaires qu'une instruction technique rend aptes à ces travaux. Ils n'autoriseront la sortie des cultures hors du laboratoire qu'après s'être assurés de leur destination.

Enfin ils sauront maintenir la discipline et imposer l'observation des précautions suivantes, dont l'usage a démontré l'efficacité :

1° *Aménagement du laboratoire.* — Les tables de travail doivent être aisément désinfectables : les tables en lave émaillée, ou à défaut les tables en ardoises, les tables en bois imperméable ou recouvertes d'une plaque de verre sont celles qui donneront le plus de sécurité.

Les animaux destinés aux expériences seront placés dans des cages métalliques faciles à stériliser par flambage ou par immersion dans une solution antiseptique, et ces cages seront disposées dans une chambre spéciale distincte de la salle de travail : le sol de cette chambre sera carrelé ou bitumé, de façon à se prêter facilement au lavage et à la désinfection.

2° *Entretien du laboratoire.* — En cas de contamination accidentelle du sol (culture ou matière virulente projetée à terre), il conviendra de couvrir immédiatement la partie souillée de liquide antiseptique.

Le nettoyage du sol doit se faire sans soulever aucune poussière ; le procédé le plus simple consiste à pratiquer ce nettoyage avec de la sciure de bois imprégnée d'une solution étendue d'acide sulfurique. Le lavage des murs se fera à l'éponge trempée dans une solution antiseptique.

3° *Tenue des élèves.* — Toute personne travaillant dans un laboratoire de bactériologie doit revêtir une blouse, et cette blouse sera rigoureusement désinfectée par le passage à l'étuve avant d'être livrée au blanchissage.

Les élèves seront avertis qu'il est dangereux de fumer dans un laboratoire bactériologique, que cette pratique peut occasionner des contaminations microbiennes ; la ciga-

rette ou le cigare déposé sur les tables de travail peut se souiller de germes qui se trouvent ainsi facilement portés à la bouche. Les élèves seront formellement invités à s'abstenir de fumer.

4° *Cultures usées.* — Toute culture qui cesse d'être utilisée doit être détruite par stérilisation ; sous aucun prétexte, elle ne doit être jetée (à l'égout, etc.) avant cette destruction.

5° *Expériences sur les animaux et traitements des résidus animaux.* — Une excellente pratique dans les expériences faites sur les maladies dangereuses et de courte durée (peste, morve, etc.) est de placer l'animal inoculé, non dans une cage, mais dans un bocal, et de l'y laisser séjourner jusqu'à sa mort. La stérilisation du bocal s'effectue ensuite facilement en remplissant ce vase avec une solution antiseptique, acide phénique acidulé par exemple, qu'on y laisse quarante-huit heures au moins.

Si on place l'animal dans une cage, cette cage doit être munie d'une étiquette apparente indiquant la nature de la maladie du sujet. Les litières des animaux contaminés doivent être soigneusement détruites par crémation.

C'est aussi par crémation, par incinération dans un four spécial, qu'il faut détruire les cadavres des animaux qui ont servi aux expériences. L'incinération peut, dans quelques cas particuliers, être remplacée par l'immersion dans l'acide sulfurique ou, pour les petits animaux, par l'ébullition prolongée du cadavre. Les animaux seront toujours transportés au four crématoire (ou au vase d'immersion), dans une *caisse bien close.*

En terminant l'énumération de ces diverses précautions, la commission rappelle encore aux chefs de laboratoires que seule leur surveillance assidue peut en assurer l'efficacité. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un bel exemple à ajouter à l'histoire de la contagion des nourrices par les nourrissons :

M. Danlos montre à la Société une femme qui présente sur le sein droit **vingt et un chancres indurés et un chancre induré sur le sein gauche.** Voici en quelques mots cette triste observation :

La malade est âgée de trente-six ans. Le 12 novembre dernier, cette femme, mariée à un ouvrier, et de position fort précaire, se fait inscrire dans un bureau de nourrices ; elle verse d'abord 20 francs, puis 10 francs, et, quelque temps après, on la prévient qu'un enfant à nourrir l'attend. Elle vient, voit un enfant d'aspect chétif, né à huit mois, mais sain en apparence. Elle commence l'allaitement, et quelques jours après l'enfant présente tous les signes de la syphilis héréditaire, à laquelle il succombe. Un mois après l'apparition des premières manifestations syphilitiques chez le nourrisson, la nourrice voit se développer, dans l'espace de cinq à six jours, sur le sein droit vingt boutons, sur le sein gauche un autre bouton semblable. Ce sont des chancres syphilitiques certains. Actuellement, cette femme présente, en outre, les premiers signes de l'infection syphilitique générale, et en particulier, elle se plaint de céphalée nocturne intense. Le diagnostic n'est pas douteux. Le propre enfant de la nourrice, qui a continué à téter les seins malades pendant plus de quinze jours, ne présente encore rien d'anormal.

Les parents de l'enfant malade affirment — naturellement — qu'ils n'ont jamais eu la syphilis, et comme ils sont eux-mêmes très pauvres, il n'y a rien à attendre d'eux.

La nourrice a payé 30 francs sa syphilis.

M. Barbier présente une malade atteinte de **tuberculose buccale avec perforation du voile du palais.** Les cas semblables sont rares, puisque actuellement on en compte deux seulement dans la science, l'un dû à Talamon, l'autre à Du Castel.

Voici de ce nouveau fait le résumé clinique :

Une femme de trente-deux ans, sans antécédent syphilitique, se plaint, à la suite d'une grippe légère, d'un mal de gorge et vient à la consultation de l'hôpital Bichat, au commencement du mois de décembre 1898. On constate, dès cette époque, une perte de substance de l'amygdale droite et une ulcération végétante avec points jaunes du pilier antérieur droit, accompagnée d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire. L'idée d'une syphilis s'impose de suite, et on institue le traitement ; la lésion s'aggrave et, dès le mois de janvier, la malade présente, avec une encoche ulcéreuse du voile du palais, une perforation de ce voile, grosse comme une lentille, à bords bourgeonnants. Cette perforation se réunit ensuite à l'encoche, de façon à former une perte de substance large de 1 à 2 centimètres et divisant obliquement le voile du palais. Un examen bactériologique dénote la présence de bacilles tuberculeux.

Sous l'influence de la suralimentation et des attouchements à l'acide lactique à 1/10, l'état général et l'état local s'améliorèrent très sensiblement.

MM. L. Rénon et R. Follet ont observé un cas de **xanthélasma survenu après la disparition de la glycosurie chez un diabétique.** Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, atteint d'un xanthélasma plan de la jambe droite, avec quelques traînées jaunâtres sur la face palmaire des mains et la face plantaire des pieds, et avec une légère flavescence de ces dernières régions.

Le malade est glycosurique depuis 1893, et ses urines ont contenu jusqu'à 40 grammes de sucre par litre. Depuis plus de quinze mois, le sucre a complètement disparu, et il n'existe plus de signe du diabète. Or, c'est précisément pendant cette période d'absence de symptômes glycosuriques que s'est montré le xanthélasma qui a pris la plupart des caractères sur lesquels on s'est fondé pour distinguer nettement le xanthome des diabétiques du xanthome commun (évolution chez un sujet âgé, cuissons, picotements, brûlures, forme papuleuse, intégrité de la face) ; il existe cependant des traînées jaunes sur la plante des pieds et des mains, ainsi que de la flavescence diffuse à ce niveau, ce qui n'est point indiqué comme la règle dans le xanthome diabétique.

Faut-il en conclure que l'on est en présence d'un xanthélasma commun, coïncidant avec un diabète ? Les auteurs ne le pensent pas, et malgré la très légère différence due à la flavescence des mains et des pieds, ils croient qu'il s'agit bien d'un xanthélasma de la variété dite glycosurique, mais survenu après la disparition du sucre.

Malgré les affirmations précises des auteurs, et notamment de Török, pour qui le xanthome des glycosuriques est une affection distincte, qui, à moins de simple coïncidence, n'a pas de relation avec le xanthome vulgaire, ce cas donne singulièrement à réfléchir sur les relations précises de cause à effet entre la glycosurie et le xanthome. Déjà, en 1891, MM. Besnier et Oryon combattent la division établie entre le xanthome sucré et le xanthome commun. Ils invoquent, à juste titre, une observation de M. Chauffard, où le xanthélasma, semblable à celui présenté par le malade de

MM. Rénon et Follet, était survenu en dehors de toute glycosurie et de toute lésion hépatique. En 1897, Töpfer a rapporté le cas inverse d'un malade glycosurique atteint de xanthome, qui a rétrocédé malgré l'augmentation de la glycosurie.

Toute cette discussion prouve qu'entre le xanthélasma et la glycosurie, il n'y a pas, dans certains cas du moins, une relation évidente de cause à effet.

M. Claisse, en apportant trois nouvelles observations, croit devoir réagir contre les conclusions qui résultent de la dernière séance de l'Académie de médecine, où plusieurs auteurs ont montré les dangers de la médication thyroïdienne. Dans ces trois nouveaux cas, l'opothérapie thyroïdienne a fourni des résultats très intéressants. Deux de ces cas ressortissent à la neurasthénie, le troisième est un exemple de polyarthrite déformante. Chez un neurasthénique, l'effet thérapeutique fut définitif. Chez le second, l'opothérapie est poursuivie depuis près de trois ans. Le malade conserve son équilibre, à la condition d'ingérer pendant quelques jours une petite dose de substance thyroïdienne quand la nutrition se ralentit. Dans le cas de polyarthrite déformante, on put noter très vite une amélioration dans l'élimination rénale. En huit jours, les éléments pathologiques de l'urine ont disparu (sucre et albumine), tandis que le taux de l'urée passait de 9 grammes à 17 grammes.

M. Lermoyez présente une jeune fille de dix-sept ans, dont l'histoire clinique est extrêmement curieuse. Cette jeune fille ne peut pas ou, plus exactement, ne sait pas respirer par le nez, encore que celui-ci soit absolument libre. Pendant longtemps, une malformation des cornets a tenu fermées les fosses nasales, mais à la suite d'une intervention qui a libéré ces orifices, l'amélioration ne s'est pas produite. Actuellement, si l'on vient, avec les mains, à fermer la bouche complètement, l'asphyxie arrive vite, et ne tarderait pas à être complète, si l'expérience continuait. Il faut ajouter que cette jeune fille est une hystérique, et que c'est à une dissociation de son mécanisme psychologique qu'il faut imputer ce singulier trouble. La malade présente une anesthésie généralisée, et, fait encore à signaler, elle peut, la nuit, dormir la bouche fermée, alors que, pendant le jour, cette occlusion de l'orifice buccal détermine des accidents immédiats.

Il est certain que l'hypnotisme et la suggestion pourront avoir raison de ces accidents.

DE L'EXTRAIT PHYSIOLOGIQUE PHARYNGIEN

ET DE SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Par le docteur R. Fauvel (de Paris).

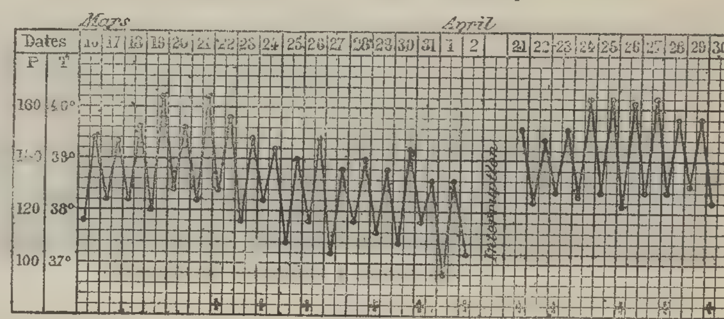
Les malades que nous avons soignés avec l'extrait sont au nombre, aujourd'hui, de 115 ; je mets de côté ceux qui ont abandonné trop tôt le traitement pour pouvoir compter sérieusement dans notre communication.

Tous, même ces derniers, ont été sensibles à l'action de l'extrait qui nous occupe ; je n'ai soigné qu'une seule malade qui n'ait pas présenté la défervescence fébrile qui doit suivre le traitement hypodermique de notre extrait.

Cette malade, dont je vous présente la courbe thermométrique (Tableau I), avait d'abord, à la suite d'un traitement de six piqûres, présenté une amélioration légère, comme vous pouvez le constater.

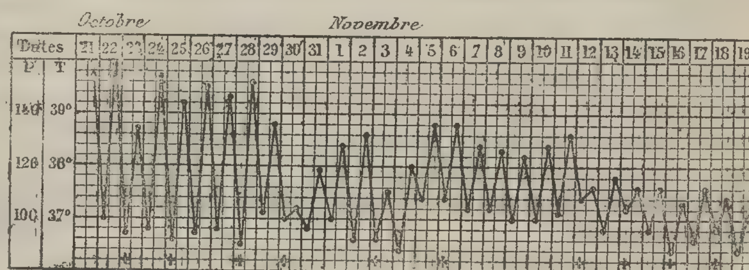
Après une absence de plusieurs jours, motivée par le décès d'un enfant de méningite tuberculeuse et, de plus, par une instance en divorce, elle demande à reprendre le traitement qui semble n'avoir rien diminué des symptômes

Tableau I. — Femme L... : Tuberculose pulmonaire.



Les signes + indiquent les piqûres.

Tableau II. — Femme D... : Tuberculose pulmonaire.



Les signes + indiquent les piqûres.

généraux alarmants et de la fièvre intense que vous constatez : l'état moral de cette femme, l'absence de persistance et la fatigue d'un déplacement très fatigant, puisqu'elle venait tous les deux jours de Gennevilliers, nous donnent le droit de ne pas attribuer une trop grande importance à cette absence de résultat que je ne veux point passer sous silence.

Pour les autres cas, qui ont été presque tous choisis parmi des tuberculeux avec ulcérations pulmonaires et qui étaient tous des fébriles très marqués, les résultats ont été très concluants : toujours la température a diminué, quelquefois très rapidement, comme dans la feuille n° 2 qui est la courbe thermométrique d'une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire d'origine conjugale et dont j'ai vu évoluer la maladie, précédée d'une période initiale sur la nature de laquelle nous étions fixés, puisque son mari était venu réclamer nos soins.

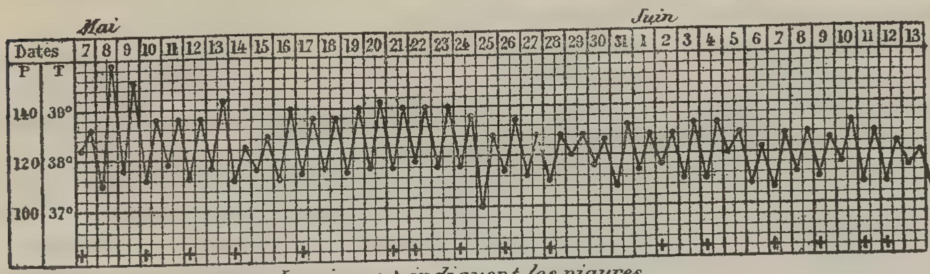
Dans certains autres cas du type de la feuille n° 3, la défervescence a été obtenue avec peine. Cette feuille appartient à une jeune fille de dix-sept ans, qui est atteinte d'infection généralisée avec associations microbiennes multiples.

Cependant, cette jeune fille est en bonne voie aujourd'hui, après un traitement de *sept mois* ; elle a pu reprendre son travail qu'elle avait interrompu depuis un an.

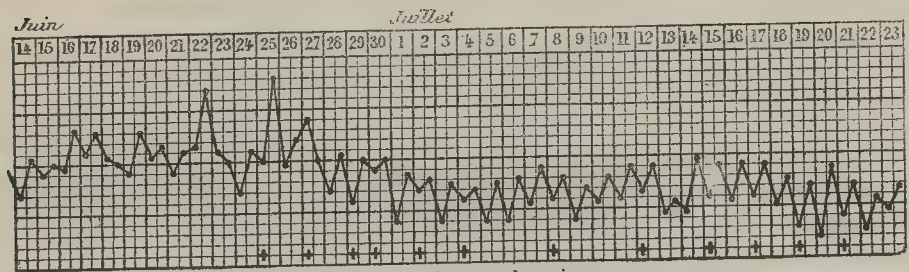
J'ai cru pouvoir soigner, avec les injections hypodermiques d'extrait pharyngien, plusieurs tuberculeux arrivés à la période ultime de la cachexie ; grâce à la diminution de

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 29.

Tableau III. — Fille S..., dix-sept ans : Tuberculose pulmonaire.



Les signes + indiquent les piqures.



Les signes + indiquent les piqures.

l'intoxication, ils ont joui d'une survie relativement très longue, et cette période de survie a été d'un grand calme relatif.

Un point sur lequel il faut attirer l'attention, c'est la reprise de la température chaque fois que l'administration du remède a été cessée trop rapidement. Les courbes thermométriques ci-dessus en font foi : la courbe n° 3 montre une reprise de l'état fébrile par suite d'une absence de quelques jours, plus d'un mois après le début des injections hypodermiques.

En outre, un certain nombre des malades soignés par nous appartient à la population des bureaux de bienfaisance, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent se procurer aucun des soins hygiéniques que nos maîtres recommandent avec tant d'autorité. Ces malades continuent à vivre dans leurs locaux infects, sortent peu, se nourrissent peu et mal et sont en butte aux tracas matériels d'une existence au jour le jour.

Malgré cela, des diverses observations relevées par nous, il ressort que l'extrait physiologique pharyngien donne des résultats certains qui sont les suivants :

Fièvre. — La fièvre diminue d'intensité d'une façon progressive ; jamais une piqûre n'a été suivie d'une élévation de température pouvant lui être imputée. Cette défervescence a varié d'intensité et de rapidité, suivant les sujets, l'état de leurs lésions, et suivant la complexité des associations microbiennes que l'on a à combattre, mais nous pouvons affirmer qu'elle a toujours existé.

Pouls. — L'intoxication du muscle cardiaque a rétrocédé avec une semblable régularité devant l'administration de l'extrait pharyngien. Souvent même la détente du pouls a précédé la détente de la température.

Appétit. — L'appétit a reparu chez les tuberculeux d'une façon très nette et la reprise de cet appétit a permis de constater d'abord l'arrêt de l'amaigrissement, puis l'augmentation du poids de nos malades.

En général, dans les cas les plus rebelles, la diminution du poids cesse dès le premier mois de traitement. Chez cette jeune fille dont la courbe thermométrique ci-dessus (courbe n° 3) est caractérisée par une défervescence essentiellement lente, après trois mois de traitement, le poids a augmenté de 300 grammes; après six mois de traitement, elle pesait 1kg100 de plus qu'au début.

Plusieurs de nos malades ont eu des augmentations de poids vraiment marqués, tel notre premier malade qui pesait 49 kilos en novembre 1896 et qui pèse aujourd'hui 60 kilos; tel également un de nos malades au dispensaire du XVIIe arrondissement qui a augmenté de 6 k. 500 en six semaines.

La toux devient rapidement moins quinteuse, puis diminue, elle a disparu d'une façon à peu près complète chez certains de nos malades.

L'expectoration suit les mêmes phases et les bacilles de Koch et les associations microbiennes qui les accompagnent diminuent de nombre en même temps que l'hypersécrétion muco-purulente.

Nous pensons que la cicatrisation des cavernes doit s'obtenir, grâce à l'amélioration rapide de l'état général; et nous avons pris l'image obtenue grâce aux rayons X des lésions pulmonaires de plusieurs malades, afin de la comparer à celles que nous pourrons obtenir par la suite.

Nous n'avons jamais eu d'accidents locaux ou généraux : à peine une douleur légère à la pression a-t-elle persisté vingt-quatre heures, après les premières injections hypodermiques.

En résumé, l'extrait pharyngien possède des propriétés antitoxiques évidentes et peut être utilisé comme contrepoison de l'organisme, toutes les fois que cet organisme est, du fait des microbes extérieurs, dans un état d'infériorité.

L'injection hypodermique que nous conseillons ne peut que contribuer à rétablir l'équilibre rompu.

M. Landouzy a magistralement résumé, au IVe Congrès pour l'étude la tuberculose, l'état de la question du traitement de la phtisie par les toxines et les sérums et le Congrès, à l'unanimité, a pensé que la toxinothérapie et la sérothérapie de la tuberculose étaient loin de tenir les promesses de leurs inventeurs et défenseurs les professeurs Koch d'une part et Maragliano de l'autre.

Pour nous, il est bien difficile d'admettre que la guérison d'une maladie puisse être obtenue en faisant pénétrer dans le courant circulatoire d'un animal ou d'un homme malade une quantité nouvelle de poison, quel que soit l'artifice dont on ait usé pour diminuer et même pour supprimer la virulence du liquide.

Si la vaccination a donné des résultats à Jenner, c'est qu'il inoculait une maladie atténuée à un homme bien portant : de plus, il s'agissait d'une maladie qui, à la suite de son invasion, confère une immunisation indéfinie.

Il en est autrement dans la tuberculose : l'inoculation régulière d'une toxine à un malade ne peut qu'augmenter régulièrement l'intoxication, surtout dans une maladie où une première poussée morbide prédispose à une nouvelle atteinte.

Nous avons donc présenté au IVe Congrès un traitement physiologique de la phtisie pulmonaire, basé sur l'usage

d'un antitoxique qui ne peut d'abord jamais nuire au malade.

Ce traitement s'appuye sur les travaux si autorisés des physiologistes modernes et complète les indications purement hygiéniques que M. Letulle a nettement précisées.

Il est nécessaire de faire respirer au tuberculeux de l'air autant que possible dépouillé de poussières et de microbes et de le mettre dans un milieu aseptique (cure d'air);

De l'empêcher, au moyen du repos, de favoriser par ses antitoxines l'expansion bacillaire (cure de repos);

De relever l'état général par la suralimentation bien comprise et comportant spécialement les aliments azotés et gras.

Nous avons à ces indications de M. le Dr Letulle, proposé au Congrès d'ajouter l'antisepsie naso-pharyngée et les injections hypodermiques d'extrait pharyngé.

L'antisepsie spéciale dont nous parlons doit être ajoutée à l'antisepsie buccale, mentionnée par M. Letulle, nous l'obtenons :

1° Pour le nez ; dans les cas légers, par des aspirations de vaseline boriquée; dans les cas de suppurations et même d'ulcérations de la muqueuse par les lavages avec la douche d'Esmark et une solution, soit salée, soit bicarbonatée, soit rosée de permanganate ;

2° Pour le pharynx, par les badigeonnages exécutés tous les jours ou tous les deux jours au moyen de la solution :

Teinture d'iode...........	25	grammes
Iodure de potassium......	5	—
Eau distillée...............	75	—

Pour les injections hypodermiques d'extrait antitoxique, nous les faisons, dans les cas d'intensité moyenne, tous les deux jours; nous obtenons une détente rapide au début, dans les cas fébriles intenses, en pratiquant plusieurs injections hypodermiques à vingt-quatre heures d'intervalle ; aussitôt l'état fébrile en voie de décroissance, nous éloignons les piqûres suivantes et ne les pratiquons que tous les deux ou trois jours.

Ces injections hypodermiques sont faites à la région dorsale lombaire ou fessière avec la seringue de 5 centimètres cubes, munie d'une aiguille en platine iridié : on doit suivre pour cela les règles ordinaires de l'antisepsie pour la peau du malade et pour les appareils employés. Le liquide de l'ampoule d'extrait pharyngien est directement aspiré dans la seringue et par conséquent ne peut être contaminé par l'air extérieur.

Le traitement doit être prolongé suffisamment pour mettre à l'abri d'une rechute, qui survient très rapidement, si l'état fébrile n'a pas totalement disparu depuis longtemps et si l'état général du malade n'indique pas que l'intoxication bacillaire a cessé complètement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

58. M. Parisot. Plaies par arrachement. — 59. M. Vellay. Contribution à l'étude de la physiologie pathologique des gibbeux. — 60. M. Houdry. Des hémorragies intestinales dans la lithiase biliaire. — 61. M. Pringuet. Des tuberculides, et particulièrement de la forme folliculis. — 62. M. Lefèvre. Sur la forme commune de la stérilité et de son traitement. — 63. M. Griner. Les paralysies récurrentielles. — 64. M. Thiercelin. Contribution à l'étude de l'opothérapie ovarienne. — 65. M. Harlay. Contribution à l'étude de la rétrodéviation de l'utérus gravide. — 66. M. Aboulker. Contribution à l'étude des vessies à cellules volumineuses chez la femme. — 67. M. Marcou. Leucomélanodermie syphilitique (lèpre kabyle). — 68. M. Degez. Luxations subites consécutives aux maladies aiguës. — 69. M. Moret. Des paralysies post-anesthésiques. — 70. M. Ayvazian. Étude critique des traitements applicables aux cancers inopérables de l'utérus. — 71. M. Godde. Cancer du canal thoracique. — 72. M. Spindler. De la grenouillette et de son traitement par l'extirpation totale après hydrotomie du plancher de la bouche et tamponnement de la poche. — 73. M. Furst. Un cas de fistule vésico-vaginale très étendue, guérie par le colpocleisis. — 74. M. Boularan. Étude historique et critique de l'impetigo au point de vue bactériologique. — 75. M. Leclerc. Les traitements actuels du tabes. — 76. M. Fonvielle. Considérations sur le traitement des suppurations et des hématocèles pelviennes par la colpotomie postérieure suivie de drainage. — 77. M. Pasteau. État du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate. — 78. M. Bastit. Contribution à l'étude de l'action du chloroforme. Paralysie post-anesthésique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 30 JANVIER AU 4 FÉVRIER 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 30 JANVIER 1899, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Blum et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Reclus, Humbert et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Dupré ; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 31 JANVIER, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Quénu et Bonnaire ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Raymond et Marfan ; — (2e série) : MM. Proust, Roger et Thiroloix ; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 1er FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Sébileau et Legueu.

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Launois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Lejars et Lepage ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

JEUDI 2 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Le Dentu et Albarran.

3e (oral, 1re partie) : MM. Budin, Thiéry et Faure ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Vaquez ; — M. Gley, suppléant.

VENDREDI 3 FÉVRIER, à une heure. — 2e (officiat définitif) : MM. Reclus, Méry et André ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Blum, Humbert et Walther; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Gaucher et Teissier ; — (2e série) : MM. Joffroy, Lancereaux et Wurtz ; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

SAMEDI 4 FÉVRIER, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Raymond et Langlois.

3e (2e partie) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Roger ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Rémy, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 janvier 1899 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Milne-Edwards, directeur du Muséum.

Au grade de chevalier : M. Hanriot, membre de l'Académie de médecine.

— *Hôpitaux de Paris.* — L'Administration de l'Assistance publique, faisant droit à une pétition des internes des hôpitaux et après avis conforme du Conseil supérieur, a fixé au 1er mars le renouvellement et l'entrée en fonctions des élèves dans les services des hôpitaux. Cette date du 1er mars sera maintenue pour les années ultérieures.

Avec approbation du Conseil supérieur, l'Administration maintiendra jusqu'au 1er mai, dans leurs fonctions, les internes des hôpitaux de la promotion de 1895, entrés en fonctions le 1er mai 1895. Elle reconnaîtra, toutefois, leur année entière aux internes qui voudront cesser leurs services dès le 1er mars. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1895, n° 51, et 1896, n° 53.)

— *Corps de santé de la marine.* — Par décret, en date du 19 janvier 1899, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef : M. le docteur Mathis, médecin en chef de la marine, en retraite. — M. Mathis est affecté au port de Toulon.

— Par décision présidentielle, en date du 19 janvier 1899, a été acceptée la démission de son grade de médecin de deuxième classe de la marine offerte par M. le docteur Grimaud.

Par décret, en date du même jour, M. Grimaud a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer. — Cet officier de réserve est affecté au port de Lorient.

— MM. les médecins de première classe Pélissier, destiné à la *Saône*, et Guillarmou, en service à Lorient, sont autorisés à permuter.

— *Corps de santé des colonies.* — Par décret, en date du 19 janvier 1899, M. Roussin, médecin principal des colonies, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à titre d'ancienneté de services.

— Par décret, en date du 19 janvier 1899, ont été promus dans le corps de santé des colonies et des pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de première classe : M. Kieffer.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. Vaysse et Drevon.

Au grade de médecin principal : MM. Dumas, Ricard et Simond.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 janvier 1899, ont été promus médecins stagiaires des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine, dont les noms suivent :

MM. Dagorn, Thébaud, Audiau, Puysségur, Tardif et Jacquin.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 janvier 1899, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1899 devant l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

— Le concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Hobbs, professeur agrégé.

— Un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes, s'ouvrira le lundi 13 mars, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — L'Université de Lyon propose la question suivante pour le prix biennal Étienne Falcouz : « De l'ostéomalacie et des déformations lentes du squelette qui peuvent se produire à partir de la puberté (en dehors des fractures et des luxations); nature de ces diverses affections ; altérations du tissu osseux qui diminuent sa consistance et augmentent sa flexibilité. »

Conditions du concours : Pour être admis à concourir, il faut être de nationalité française et avoir moins de trente ans au 1er mai 1900. — Les travaux présentés devront parvenir, francs de port, au secrétariat de l'Université (Faculté de médecine), avant le 1er mai 1900, dernier délai. — Les mémoires envoyés pourront être imprimés ou manuscrits. — Les imprimés ne seront reçus que s'ils ont été publiés postérieurement au 1er mai 1899.

— Les élèves et amis du docteur Verchère se proposent de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Ce banquet aura lieu le mardi 7 février, à sept heures et demie, dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle. — Le montant de la cotisation est fixé à vingt francs.

Les adhésions seront reçues jusqu'au jeudi 2 février, par MM. Ruault, 83, faubourg Saint-Honoré ; Ozenne, 110, boulevard Haussmann ; Chastanet, 16, rue Lafontaine (Auteuil).

— *Exposition universelle de 1900.* — Sont nommés membres des comités d'admission :

MM. les docteurs de Varigny (classe 53) ; Meunier (classe 54) ; Chevalet (classe 111) ;

Mme Henry, chevalier de la Légion d'honneur, ancienne sage-femme en chef de la Maternité de Paris.

MM. les pharmaciens Champigny (classe 87) ; Gigon (classe 115)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desleau (de Champignelles) ; Gilles-Savornin (de Marseille) ; Guillevick (de Boissey-le-Châtel) ; A. Humbert, Josephson et Lazare Sée (de Paris) ; O. Petitjean (de Billancourt).

— *Conférence d'externat.* — MM. Alexandre, Huguier, Laubry, Lortat-Jacob, Mouchotte, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'externat le samedi 4 février, à trois heures et demie, à l'hôpital Laënnec, et la continueront les samedis suivants à la même heure.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion du Carnaval de Nice et du Tir aux pigeons de Monaco, la Compagnie délivrera, du 31 janvier au 12 février 1899, des billets d'aller et retour, première classe, valables pendant vingt jours, et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes, 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.

On trouvera ces billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par le docteur Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, recueillies et publiées par les docteurs Maurice Cazin, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, et S. Clado, chef des travaux gynécologiques. Deuxième série. 1 vol. gr. in-8° avec figures. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — JEUDI 26 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 26 JANVIER 1899. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chauvel a fait une intéressante communication sur l'appendicite dans l'armée. Les conclusions auxquelles l'ont conduit ses recherches statistiques s'éloignent quelque peu de celles qui ont été si souvent émises, soit à l'Académie, soit à la Société de chirurgie, en ce sens que, dans l'armée, les résultats du traitement médical seraient supérieurs à ceux du traitement chirurgical. Comme on le voit, nous nous éloignons de plus en plus de cette formule : Une appendicite aussitôt reconnue, opérez toujours et quand même.

M. Laborde a fait connaître des expériences extrêmement curieuses entreprises par M. Georges Jaubert, préparateur à l'École polytechnique, sur une substance chimique qui, par un poids très léger et par une seule opération, permet de débarrasser l'air vicié de tous les éléments irrespirables et de lui donner automatiquement la quantité d'oxygène qui lui manque. Cette note, présentée par M. Laborde et que nous publierons *in extenso*, n'a pour but que de prendre date, mais on peut prévoir, dès à présent, les applications multiples auxquelles peut conduire cette précieuse découverte.

M. Ferrand a fait une courte communication sur les indications des injections hypodermiques de morphine en cas de danger de mort. A ce propos, M. Ferrand vante les bons effets des injections de morphine mêlée d'éther, celui-ci laissant à la morphine ses effets favorables de sédation et suffisant à prévenir tout danger de syncope.

M. Franck a lu un rapport sur la médication thyroïdienne. Il a fait voter par l'Académie le vœu suivant :

« Les produits thyroïdiens étant toxiques, sous quelque forme que ce soit, leur vente devrait être soumise à la réglementation en vigueur pour les remèdes dangereux ; par suite, les produits thyroïdiens ne devraient être délivrés que sur ordonnance du médecin, ordonnance renouvelée chaque fois. »

M. Scrini a eu la parole pour la lecture d'un travail sur les collyres huileux qui, selon lui, ont la propriété d'agir là où les collyres aqueux restent sans effet. Enfin, M. Tuffier a présenté trois malades qu'il a opérés, il y a environ un an, pour des cancers de l'estomac par la gastro-pylorectomie et la gastro-entérostomie postérieure. Ces malades sont actuellement dans un état de santé parfaite et ne présentent aucune trace de récidive.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le charlatanisme médical (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur P. REILLE.)

II

A côté de ces lettres qui sont adressées aux clients, il en est d'autres qui sont déposées ou adressées par la poste, affranchies à 15 centimes, au domicile des médecins ou sages-femmes. En voici quelques exemples :

« *Important et confidentiel.*

Paris, année 1895.

Madame,

Le docteur D..., chef du service d'accouchements à la policlinique de ..., a l'honneur de se mettre à la disposition de Mmes les sages-femmes pour les interventions obstétricales (application de forceps, versions, etc.), et aussi pour toutes les opérations gynécologiques (curetages, périnéorraphies, etc.).

Le docteur D... s'engage d'honneur à ne jamais intervenir, dans la suite, dans la clientèle desdites sages-femmes sans être appelé par elles ; *il abandonne à Mmes les sages-femmes, pour les soins consécutifs aux opérations et aux accouchements, la moitié des honoraires reçus pour ces accouchements et pour ces opérations* ; il laisse à Mmes les sages-femmes le soin de fixer, d'après la situation de leurs clientes, les honoraires à recevoir ; il se met aussi à leur entière disposition pour intervenir dans leur clientèle pauvre, gratuitement, ou pour une somme tout à fait minime.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au docteur lui-même.

Veuillez agréer, je vous prie, mes respectueux hommages.

Dr E. D...,
Rue du C..., n° ... »

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 58.

Un docteur J..., ex-suppléant de chirurgie (?), spécialiste pour les maladies de la bouche et des dents, envoyait, il y a quelques années, la circulaire suivante :

« Monsieur et honoré collègue,

Je viens me mettre à votre disposition, dans les cas nombreux où vous auriez à recommander à un dentiste les personnes de votre clientèle. Vous aurez un double avantage à m'envoyer votre monde.

Vous bénéficierez de 20 p. 100 des honoraires qui me seront dus et vous aurez la certitude de savoir vos clients bien servis, tant au point de vue du travail à exécuter qu'à celui de mes prix.

Vous devez savoir que le *charlatanisme monstrueux de certains membres de ma spécialité* accapare journellement, par ses brillantes réclames, beaucoup de personnes des plus honorables.

Mes prix, que j'appellerai honnêtes, mes études médicales générales en France et spéciales de l'art dentaire en Amérique, mon caractère, que vous serez appelé à connaître, dans les rapports que je pourrai avoir avec vous, seront autant de garanties que je vous offre.

Je joins à ma lettre un coupon à l'usage des personnes que vous désirez me confier.

Pour mon contrôle pécunier vis-à-vis de vous, je vous prierai de détacher le côté gauche, que vous remettriez à votre client, et de conserver le droit.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr J...

P. S. — Mon secrétaire passera chez vous lors du règlement à vous effectuer. »

Un autre chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, dont la circulaire porte la date du 20 juin 1898, s'exprime ainsi :

« Voulant me faire connaître, et tenant compte que, si vous vouliez m'honorer de votre confiance, cela vous occasionnerait quelque dérangement, je mettrai à votre disposition une indemnité de 25 p. 100 sur les prix des soins et travaux exécutés pour les clients venus par votre intermédiaire, sans cesser, pour cela, de me considérer comme votre obligé. »

Un docteur A. T..., ancien interne des hôpitaux (sous-entendu : de Nantes), auteur d'un traité quelconque, médecin consultant, spécialiste pour toutes les maladies, dont les prix étaient suffisamment rémunérateurs, puisqu'il prenait 20 francs pour une consultation et 40 francs à domicile, terminait ainsi son prospectus du 10 mars 1888 :

« MM. les pharmaciens qui adressent des malades à M. le docteur A. T... reçoivent, à titre de remerciement, une remise de 50 p. 100 sur les honoraires touchés.

Le règlement des remises est fait chaque soir par l'envoi de bons de poste nominatifs.

La remise est continuée pendant toute la durée du traitement. »

Vous le voyez, c'est la dichotomie avouée, étalée au grand jour.

D'autres médecins se font *complices des pharmaciens;* ils se tiennent dans leur arrière-boutique, afin de *couvrir leur exercice illégal*, ou prescrivent aux malades qui viennent les consulter des *ordonnances à clef*, qu'ils sont obligés de faire exécuter chez un pharmacien qui leur est indiqué.

En 1890, un Américain, de passage à Paris, m'écrivit pour se plaindre à moi d'un médecin. Souffrant d'une affection qu'il ne me donne pas dans sa lettre, mais dont il est facile de faire le diagnostic, il se rendit chez un docteur d'A..., dont il paya la consultation 9 francs, parce que, dit-il, il n'avait pas davantage sur lui. Ce médecin lui remit l'ordonnance suivante :

CABINET DU Dr D'A... Paris, le 25 novembre 1889.

TRAITEMENT RATIONNEL
Rue P..., Paris.

1° Prendre matin et soir une cuillerée à bouche de Rob dépuratif et 4 capsules antiblennorragiques;

2° Avant chaque repas, prendre 4 pilules balsamiques; après les repas, prendre LIII gouttes diurétiques dans un demi-verre d'eau;

3° Faire matin et soir une injection spéciale n° L. La garder cinq minutes dans le canal de l'urèthre;

4° Faire baigner la verge deux fois par jour dans un verre d'eau additionnée de deux cuillerées d'eau anticontagieuse pendant dix minutes;

5° Frictions avec la pommade résolutive matin et soir sur l'adénite;

6° Prendre un grand bain tous les deux jours.

Régime : Pas de liqueurs alcooliques ni bière.

Muni de cette ordonnance, le malade se rendit chez le pharmacien indiqué, qui lui demanda 21 francs. Il refusa de prendre les médicaments et se rendit chez un autre pharmacien, qui ne put exécuter une ordonnance aussi bizarrement libellée.

Cet Américain m'écrivit, pensant que, comme doyen, je pouvais intervenir dans la manière dont un médecin exerce son art; c'est là une idée assez répandue dans le public, qui s'imagine, je ne sais pourquoi, que les docteurs d'une Faculté restent toujours sous l'autorité du doyen, même après qu'ils ont reçu leur diplôme. *(A suivre.)*

DE LA DATE D'INCORPORATION DES CONTINGENTS DANS L'ARMÉE

Par M. le docteur Léon Colin, ancien médecin-inspecteur général du service de santé de la marine.

Dans ma communication du 24 mai dernier, j'ai insisté sur la fréquence des cas de tuberculose latente admis dans l'armée, et sur la nécessité de conjurer, autant que possible, l'action des influences banales susceptibles de les transformer en phtisie évidente, aussi dangereuse pour ceux qui en sont atteints que pour leurs voisins.

Après vous avoir rappelé les dangers de tout déplacement intempestif pour les individus atteints de tuberculose, même latente, qu'ils soient ou non militaires, j'ai fait entrevoir les inconvénients de la rude secousse imposée à nos recrues du fait de leur incorporation en ce mois de novembre, l'un des plus mauvais de l'année en France, celui où les familles qui se sont déplacées en septembre et octobre sont, en général, rentrées en leurs foyers, qu'elles ne quittent plus de tout l'hiver.

Cette secousse est ressentie d'autant plus vivement qu'en notre pays le recrutement n'est point régional, les conscrits de tel département pouvant être expédiés sur les points du territoire les plus éloignés.

Et de suite commence pour eux la série des exercices et travaux d'instruction, parmi lesquels les plus offensifs ne sont pas toujours ceux qui réclament la plus grande dépense de forces, mais ceux qui imposent un repos relatif, tel que l'immobilité dans le rang en plein air, avec la gêne

d'un uniforme revêtu pour la première fois ; c'est, à pareille époque de l'année, le refroidissement sans la réaction.

Quoi d'étonnant si nombre de ces jeunes gens viennent, à brève échéance, remplir les infirmeries ! Chez la plupart, ce ne sont que des affections bénignes : courbatures, angines, bronchites simples ; *ils en verront bien d'autres*, dira-t-on. Mais combien n'en est-il pas pour lesquels s'opérera ainsi, dès le premier jour de la vie militaire, le dangereux réveil d'une tuberculose endormie ?

J'incline à croire que l'initiation au métier des armes serait plus utilement accomplie à une période plus tempérée de l'année. Pas n'est besoin, pour devenir bon gymnaste, de commencer son apprentissage en plein air au moment des gelées ; pas plus qu'il ne serait avantageux, pour apprendre à nager, d'attendre que l'eau fût glacée.

En avançant d'un mois la date de cette initiation, et en faisant l'appel des classes en octobre, on préparera l'endurance du jeune conscrit aux intempéries de la saison froide ; il aura pris l'habitude de l'uniforme, les membres seront assouplis ; ce sera déjà un soldat accomplissant avec entrain ce qui lui était gêne et fatigue.

L'autorité militaire est loin de méconnaître les inconvénients de l'appel des classes au mois de novembre : « L'incorporation, disait récemment un de nos généraux, a lieu à l'époque de l'année où les intempéries se font le plus vivement sentir, au grand préjudice de la santé des recrues. »

Un des chefs militaires qui se sont le plus utilement, j'allais dire le plus affectueusement intéressés à l'hygiène de l'armée, le général de Poilloüe de Saint-Mars, m'exprimait, il y a des années, son regret de ne pas voir profiter, pour l'appel des contingents, et les premiers exercices, de la seconde quinzaine d'octobre, généralement belle sur l'ensemble de notre territoire ; d'où un double bénéfice et pour la santé des hommes, et pour leur instruction militaire qu'on est obligé, dans les conditions actuelles, de suspendre ou d'interrompre, en raison des intempéries et du nombre des malades.

Pourquoi ces vœux si autorisés sont-ils demeurés stériles ? En octobre, les principaux travaux de la terre sont terminés, et la classe précédente a rejoint ses foyers depuis la fin de septembre. Le devancement de l'appel ne compromettrait donc que peu ou point les intérêts agricoles, il n'entraînerait ni gêne, ni encombrement dans les casernes qui, évacuées en partie depuis plusieurs semaines déjà, ont pu être assainies.

Le vrai motif est, sans doute, la question d'argent ; c'est l'économie réalisée sur chaque jour de retard de la convocation, économie que viendra cruellement compenser l'élévation du chiffre des malades, et, pour nombre d'entre eux, peut-être une atteinte désormais irrémédiable.

Il semble aujourd'hui, que certaines préoccupations d'ordre tout différent, préoccupations inspirées par la réduction numérique de nos effectifs durant une période de deux mois, période au cours de laquelle peuvent surgir des complications à l'extérieur, doivent avoir pour conséquence d'écarter cette considération financière.

Mais ici je ne parle qu'au point de vue de l'hygiène, et c'est à ce titre uniquement que j'estime que l'Académie, conformément d'ailleurs aux conclusions qu'elle a adoptées sur la prophylaxie de la tuberculose, reconnaîtra les avantages du projet ministériel, qui reporte du 1er novembre au 1er octobre la date d'incorporation des contingents.

THÉRAPEUTIQUE

Sirop de l'enfant Jésus.

Calmant pour les jeunes enfants (insomnies, convulsions, etc.). Chaque cueillerée à café contient :

Bromure de potassium	. .	5 centigrammes.
— de sodium	. . .	id.
— d'ammonium	. .	id.
— de calcium	. . .	id.
Sirop de belladone	. . .	1 gramme.
— de fleurs d'oranger	.	5 —

Mode d'emploi : 1 à 4 cuillerées à café suivant l'âge. (*Bull. de pharm. de Lyon.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1899. — Présidence de M. PANAS.

COMMUNICATIONS

L'air artificiel ; son application à la navigation sous-marine et à la médecine. — M. LABORDE, en son nom et au nom de M. G.-F. Jaubert, communique une note préliminaire sur ce sujet, simplement destinée à prendre date, et ne contenant que les détails indispensables à ce but. (Sera publiée.)

RAPPORTS

Médication thyroïdienne. — M. FR. FRANCK, au nom d'une commission composée de MM. Potain, Huchard et Fr. Franck, lit les conclusions du rapport sur ce sujet.

L'intoxication thyroïdienne se manifeste par des accidents variés : modifications urinaires (phosphaturie, azoturie, polyurie, glycosurie, albuminurie), vertiges, insomnie, tremblement, anxiété respiratoire, démangeaisons, palpitations, dyspnée, etc.

D'où la nécessité absolue de n'employer ce traitement que si les indications thérapeutiques sont très nettes, et encore dans ce cas ne doit-on administrer que des doses graduées, suivant la tolérance des sujets.

Parmi les accidents du thyroïdisme, il en est qui ne sont pas dus à l'action des produits thyroïdiens, mais à des substances tenant aux altérations du corps thyroïde.

En tous cas, si on ne peut réglementer la vente du corps thyroïde produit de boucherie, on peut réglementer celle des préparations pharmaceutiques extraites du corps thyroïde. (Voir le Premier-Paris.)

Indication des injections hypodermiques de morphine en cas de danger de mort. — M. FERRAND. Étant donné que l'on meurt rarement par épuisement nerveux, quelquefois par syncope, le plus souvent par asphyxie, peut-on, sans scrupule, employer les injections de morphine chez les sujets en danger de mort ? Question grave pour la déontologie professionnelle.

En effet, l'injection de morphine peut, bien que rarement chez certains sujets, aggraver un état syncopal ; elle peut surtout compliquer sérieusement un état asphyxique ; elle peut par là soit hâter le moment où le malade perd connaissance, soit même hâter le moment de la mort réelle.

D'autre part, cette médication est précieuse dans bien des cas, et réclamée par le malade ou par ceux qui l'entourent et, étant donné le soulagement qu'elle procure, le médecin ne saurait se l'interdire sans de graves motifs.

Le moyen de concilier ces indications opposées, c'est de pratiquer une injection de morphine mêlée d'éther : l'éther, tout en laissant à la morphine ses effets favorables de séda-

tion, suffit à prévenir tout danger de syncope et tend à écarter les menaces d'asphyxie; il ne peut donc que soulager le malade, sans l'exposer à une aggravation des accidents qu'il y aurait à redouter.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

M. CHAUVEL fait une communication sur l'appendicite dans l'armée; il analyse 171 observations adressées au Comité technique de santé.

Sur 171 cas recueillis par les médecins militaires depuis trois mois environ, 83 ont été soumis à un traitement médical exclusif, et 88 ont nécessité une intervention chirurgicale. L'étiologie est toujours obscure. Le diagnostic reste souvent indécis les premiers jours, et ainsi s'explique que beaucoup de malades ne soient dirigés sur l'hôpital qu'après un certain temps. Or, il résulte de la statistique que la mortalité est d'autant plus grande que l'entrée est plus tardive. Il est donc d'un immense intérêt de poser rapidement le diagnostic et de mettre en œuvre un traitement rationnel. Les autopsies, en montrant les lésions anatomiques profondes de l'appendice, semblent plaider pour l'ablation hâtive de cet organe.

Cependant il résulte des chiffres seuls que la mortalité dans l'armée est plus élevée par l'intervention que par le simple traitement médical. Et si on s'arrêtait à la simple expression numérique, la laparotomie précoce serait plus grave également que l'opération retardée. Mais si on analyse les observations, on voit que ces éductions sont contestables; elles tiennent à ce que l'intervention n'est généralement appliquée qu'aux cas sérieux. Il semble que les recherches trop prolongées de l'appendice ne sont pas sans danger.

M. Chauvel termine sa communication par de multiples conclusions. Il croit que l'appendicite légère est curable par un traitement médical rationnel. Partisan de l'intervention dès que la suppuration est évidente, même dès qu'elle est très probable, il donne ses préférences à l'incision éloignée et il admet l'ablation de l'appendice comme très avantageuse, mais à condition que les recherches soient sages et ne nécessitent pas des investigations étendues.

Dans les cas de péritonite généralisée, l'action chirurgicale sera poussée jusqu'aux dernières limites.

Quant à l'opération à froid, elle n'est autorisée que par la persistance de lésions non douteuses et par les demandes instantes des patients.

PRÉSENTATIONS

Des collyres huileux. — M. SCRINI poursuivant l'étude des collyres huileux, commencée dans sa thèse inaugurale, présente le résultat de ses nouvelles recherches sur la duboisine, l'homatropine, la scopolamine, la daturine, l'hyposciamine, la mydrine, la tropacocaïne, l'eucaïne B, l'holocaïne, etc., appelle l'attention, avec observations à l'appui, sur la propriété que possèdent les collyres huileux d'agir là où les collyres aqueux restent sans effet et répond aux légères objections qu'on a faites aux collyres huileux.

Résection de l'estomac pour cancer. — M. TUFFIER présente trois malades qu'il a opérés de cancer de l'estomac, l'un, il y a un an, l'autre, il y a neuf mois, et le dernier, il y a huit mois. Ces malades n'ont plus éprouvé de troubles gastriques, ont engraissé, et vivent de leur travail. Il tient à insister sur ce dernier point.

Le premier était atteint d'épithélioma avec adhérences en dehors de l'estomac et ganglions. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

Le deuxième était dans un état cachectique si grave qu'on avait diagnostiqué une anémie pernicieuse; M. Hayem a rétabli le diagnostic en s'appuyant sur l'examen du sang. Il a enlevé une portion d'estomac de 15 centimètres de diamètre.

La troisième malade est une femme de quarante-deux ans, dont l'état était encore plus grave que celui du malade précédent; et l'on a hésité un certain temps avant de se décider à intervenir.

M. Tuffier pourrait présenter bien d'autres opérés de résection de l'estomac, mais s'il a choisi ceux-ci c'est que leur état avant l'opération était particulièrement grave et qu'un an après, non seulement ils ne souffrent plus, s'alimentent, et ont engraissé, mais qu'ils vivent de leur travail. Ces résultats obtenus dans de si mauvaises conditions font deviner les succès que donnera l'intervention faite dès le début; on peut dire que le cancer est d'ordre essentiellement chirurgical.

La séance est levée.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

1° Instructions pour l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale en 1899. — 2° Renseignements sur le fonctionnement de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux (1).

TITRE II

I. *Institution de l'école du service de santé de la marine à Bordeaux.* [Cette école a été créée, ainsi que ses trois annexes, par la loi du 10 avril et le décret du 22 juillet 1890.] — L'école du service de santé de la marine instituée près la Faculté de médecine de Bordeaux a pour objet : 1° d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la marine et des médecins et pharmaciens des colonies; 2° de seconder les études universitaires des élèves du service de santé, et 3° de donner à ces élèves l'éducation maritime jusqu'à leur nomination de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe.

Les élèves se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon.

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail pendant plus de deux mois.

Tout élève qui aura subi, à un même examen de la Faculté ou de l'École, deux échecs successifs, sera déféré au conseil de discipline, qui fera parvenir au ministre son appréciation sur le maintien ou le renvoi de l'élève. Le ministre décidera.

Dans le cas de maintien de l'élève à l'école, un troisième échec entraînera de droit son exclusion.

Sauf le cas où il en aurait été renvoyé pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'école peut y être admis de nouveau par voie de concours, s'il remplit encore les conditions générales d'admission.

Lorsque les élèves sont pourvus du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe, ils sont nommés, sur la proposition du directeur de l'école, à l'emploi de médecin auxiliaire ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe.

Ces jeunes gens sont ensuite répartis dans les ports militaires, à leur convenance, où ils séjournent jusqu'au 1er février.

A partir du 1er février, ils sont tous réunis au port de Toulon, pour y faire un stage et y suivre des cours d'application jusqu'au 1er septembre.

(1) Suite. — Voi *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 80.

Le jour où ils sont nommés médecins ou pharmaciens auxiliaires de deuxième classe, il leur est attribué quatre années de services à titre d'études.

II. *Mode et conditions d'admission des élèves.* — Nul n'est admis à l'école du service de santé de la marine que par voie de concours. Le concours a lieu tous les ans dans les ports de Brest, Rochefort et Toulon.

Le ministre de la marine en détermine les conditions; chaque année, il en arrête le programme et en fixe l'époque. L'arrêté du ministre est rendu public.

Le jury du concours d'admission à l'école de Bordeaux est composé d'un directeur du service de santé, président; de deux médecins en chef ou principaux pour la ligne médicale ; du même directeur, de deux pharmaciens en chef ou principaux pour la ligne pharmaceutique.

Les membres du jury sont annuellement désignés par le ministre de la marine.

Nul ne peut être admis au concours :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français ;

2° S'il est âgé de plus de vingt-quatre ans ou de moins de dix-huit ans au 1er janvier qui suit la date du concours, c'est-à-dire, pour le concours de 1899, que la date de sa naissance doit être comprise entre le 1er janvier 1876 et le 31 décembre 1881 ;

La limite d'âge pourra être reculée d'un an pour les candidats ayant accompli une année de service militaire ;

3° S'il n'a été vacciné avec succès ou s'il n'a pas eu la petite vérole ;

4° S'il n'est robuste, bien constitué, et s'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire ;

5° S'il ne vient d'accomplir une année d'études médicales dans une des écoles de médecine navale de Brest, Rochefort ou Toulon. L'autorisation de concourir pourra être accordée aux jeunes gens présents sous les drapeaux qui auront accompli une année d'études médicales dans une des trois écoles annexes immédiatement avant leur départ pour le service.

Les jeunes gens qui se destinent à la carrière pharmaceutique doivent justifier, pour l'admission au concours, soit du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention *lettres-philosophie* ou avec mention *lettres-mathématiques*, soit du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire moderne avec l'une ou l'autre des trois mentions, — soit transitoirement du diplôme de bachelier ès sciences complet ou de bachelier ès lettres ou de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, — et, en outre, du stage officinal de trois années accompli dans une des écoles de médecine navale de Brest, Rochefort ou Toulon. Les deux premières années peuvent, à la rigueur, être accomplies en dehors de ces écoles, dans une pharmacie civile.

Les candidats doivent produire un certificat de bonnes vie et mœurs, un extrait « pour néant » du casier judiciaire et, s'il y a lieu, l'autorisation des parents ou tuteurs. Ils ont, de plus, à indiquer le port militaire dans lequel ils désirent passer le concours d'admission.

Chaque demande doit être en outre accompagnée :

1° D'une déclaration sur papier timbré, par laquelle les parents, père, mère ou tuteur, s'engagent à payer au Trésor public, par trimestre et d'avance, une pension annuelle de 700 francs ;

2° D'un second acte sur papier timbré, portant engagement de payer le trousseau, les livres et les objets nécessaires aux études.

Ces deux engagements deviennent nuls en tout ou en partie, en cas de concession d'une bourse ou d'une demi-bourse, d'un trousseau ou d'un demi-trousseau.

Toutes ces conditions sont de rigueur, et aucune dérogation ne peut y être autorisée.

Chaque année, à l'époque déterminée par la décision ministérielle fixant le programme des épreuves, les candidats auront à demander leur inscription au ministre de la Marine, en fournissant les pièces ci-dessus mentionnées.

La liste d'inscription est close le 15 juillet. Les épreuves écrites ont lieu du 25 juillet au 1er août, à une date fixée par le ministre, dans les ports de Brest, de Rochefort et de Toulon. Elles sont corrigées à Paris, à partir du 1er août, par le jury du concours, qui dresse les listes d'admissibilité aux épreuves orales. — Ces dernières ont lieu devant le même jury, qui se transporte successivement à Toulon, à Brest et à Rochefort, du 15 août au 15 septembre, pour le concours de 1899.

Après la clôture des examens, le jury établit la liste des candidats en les classant par ordre de mérite d'après l'ensemble des points obtenus. Le président du jury adresse cette liste, avec les procès-verbaux des séances, au ministre, qui nomme, dans la limite des places disponibles, aux emplois d'élève du service de santé de la marine.

Le prix de la pension est de 700 francs par an; celui du trousseau de 775 francs pour la première année, de 265 fr. pour la deuxième année et de 260 francs pour la troisième année.

Les livres, instruments et objets nécessaires aux études sont compris dans le trousseau.

Des bourses et des demi-bourses, des trousseaux et des demi-trousseaux peuvent être accordés aux élèves qui ont préalablement fait constater dans les formes prescrites l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'école.

Les bourses et les demi-bourses, les trousseaux et les demi-trousseaux sont accordés par le ministre de la Marine sur la proposition du conseil d'instruction de l'école. [Ce conseil est composé des membres suivants : le directeur de l'école, président; le sous-directeur, les six professeurs, membres. L'agent administratif, trésorier, remplit les fonctions de secrétaire.]

Les familles qui désirent obtenir le dégrèvement total ou partiel des frais de la pension ou du trousseau doivent faire une demande énonçant qu'elles sollicitent : une bourse ou une demi-bourse; une bourse avec trousseau ou demi-trousseau; une demi-bourse avec trousseau ou demi-trousseau, ou enfin un demi-trousseau seulement.

Cette demande, adressée au ministre de la Marine sur papier libre, doit être remise, avant le 1er septembre, au préfet du département où réside la famille, accompagnée :

1° D'un état de renseignements détaillé sur les moyens d'existence, le nombre, l'âge et la situation respective des enfants, et les autres charges des parents ;

2° D'un relevé des contributions.

La demande de bourse... trousseau... (suivant le cas) doit être libellé, suivant le modèle n° 3.

La demande et les documents 1° et 2° sont ultérieurement transmis au ministre (le 15 septembre, au plus tard) par les préfets des départements, qui provoquent une délibération du conseil municipal du lieu de la résidence ordinaire des familles, la joignent au dossier et font connaître leur avis.

Les différents droits de scolarité et d'examen sont payés par le ministre de la Marine, conformément aux règlements universitaires.

Les élèves démissionnaires ou exclus de l'école sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été boursiers, au payement du montant des frais de pension et de trousseau avancés par l'administration de la marine.

Les élèves du service de santé de la marine contractent, au moment de leur entrée à l'école, l'engagement militaire de trois ans, au titre de l'infanterie de marine, et s'obligent,

par acte administratif, à servir six années dans le corps de santé de la marine ou dans celui des colonies, à compter de leur nomination de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe (art. 29 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée).

III. *Personnel de l'école.* — Le personnel de l'école du service de santé de la marine comprend : un directeur du service de santé ou un médecin en chef, directeur; un médecin en chef ou principal, sous-directeur; cinq médecins de première classe et un pharmacien de première classe, professeurs; un agent administratif, trésorier; un sous-agent comptable économe; un commis de comptabilité; quatre premiers maîtres surveillants, etc.

Les professeurs sont chargés de faire aux élèves des conférences, de seconder l'enseignement de la Faculté et de donner, suivant les ordres du directeur, l'instruction spéciale au service de la marine.

Les professeurs sont spécialement chargés chacun d'une des divisions de l'école et remplissent à l'égard de celles-ci des fonctions analogues à celles des capitaines de compagnie.

Les élèves de l'école du service de santé de la marine, sur le vu de leur lettre de nomination, sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine.

Ils suivent à la Faculté les cours cliniques, conférences et exercices pratiques afférents à leur année d'études et dans les mêmes conditions que les étudiants civils.

Ils reçoivent en outre, par les soins de l'école, un enseignement spécial sous forme de conférences, répétitions et interrogations se rapportant à l'enseignement donné par la Faculté.

Le directeur se concerte avec le recteur de l'Académie et le doyen de la Faculté au sujet des heures des cours, conférences et exercices pratiques, et en général de tout ce qui a trait à l'enseignement donné par la Faculté aux élèves de l'école; de telle sorte que les obligations universitaires et celles du service intérieur de l'école soient mises en parfaite concordance et se prêtent un mutuel appui.

Les élèves subissent devant la Faculté leurs examens probatoires dans l'ordre et selon le mode prescrit par les règlements universitaires. Toutefois, les élèves actuellement en cours d'études restent autorisés, dès qu'ils ont pris leur seizième inscription, à passer le troisième examen de doctorat, puis successivement le quatrième, le cinquième et la thèse; de telle sorte qu'ils puissent être nommés médecins auxiliaires de deuxième classe le 1er février au plus tard.

A l'issue de chaque année scolaire, les notes obtenues à la Faculté de médecine sont combinées avec les notes données aux interrogations faites par les répétiteurs à l'intérieur de l'école et avec celles qui se rapportent à la conduite et à la discipline.

Les classements sont établis par le conseil d'instruction.

Il est accordé, dans chaque division, des distinctions honorifiques à ceux des élèves qui sont classés dans le premier quart.

Les élèves classés dans le premier douzième de leur division reçoivent la dénomination de « brigadiers ». Ceux classés dans le restant du premier quart sont « élèves d'élite ».

Le directeur, après avoir donné lecture des listes de classement, proclame les brigadiers et les élèves d'élite et leur remet des insignes qui consistent : pour les brigadiers, en deux ancres en or de chaque côté du revers du collet de la redingote; pour les élèves d'élite, en une seule ancre de chaque côté.

L'école fait les frais de ces insignes.

Tout brigadier ou élève d'élite qui est puni d'arrêts de rigueur perd le droit de porter les insignes pendant trois mois; s'il y a un classement avant l'expiration de ce temps et que son rang lui confère des insignes, il ne peut les prendre que lorsque trois mois se sont écoulés depuis la punition d'arrêts de rigueur. Il en est de même pour tout élève ayant été puni d'arrêts de rigueur alors qu'il n'avait pas d'insignes, et qui, au classement, est dans le premier quart.

IV. *Régime. Police. Discipline.* — L'école est soumise au régime militaire.

Tous les élèves sont logés à l'école et y prennent leurs repas. Ils sont astreints à toutes les obligations de la discipline militaire.

Le ministre règle les conditions dans lesquelles les sorties sont accordées.

Le directeur établit un règlement sur le service intérieur de l'école, qui est soumis à l'approbation du ministre.

Les élèves portent un uniforme spécial dont la description est déterminée par un décret.

Ils sont assimilés aux aspirants de deuxième classe de la marine.

Les élèves doivent le salut à tous les officiers et fonctionnaires des armées de terre et de mer, ainsi qu'aux premiers maîtres des équipages de la flotte et assimilés.

Les punitions disciplinaires à infliger aux élèves sont :

1° La consigne;

2° La réprimande prononcée par un professeur;

3° La réprimande prononcée par le sous-directeur;

4° La privation de sortie;

5° Les arrêts simples pendant dix jours au plus;

6° Les arrêts de rigueur pendant dix jours au plus;

7° Le renvoi dans un régiment d'infanterie de marine.

Cette dernière punition est prononcée par le ministre, sur l'avis motivé du conseil de discipline.

Les élèves démissionnaires ou ceux dont l'exclusion aura été ordonnée par le ministre seront, conformément aux dispositions de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889, dirigés sur un régiment d'infanterie de marine pour y accomplir les trois années de service militaire réglementaires.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie a tenu aujourd'hui sa séance annuelle sous la présidence de M. Berger. Ont été proclamés lauréats de la Société :

Prix Duval, Marjolin (300 francs). — M. le docteur Vanverts.

Prix Laborie. — MM. Wiart et Courtillier (600 francs chacun).

Prix Ricord. — Encouragement de 600 francs à M. Marcel Baudouin.

— Par décret, en date du 20 janvier 1899, M. Goldschmidt (de Madère) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. — Exerce la médecine depuis 1866; a fondé, en 1883, à Madère, un hôpital international; a publié d'importants travaux sur la climatologie, sur la phtisie, la lèpre et l'influenza.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Moursou (de Toulon) et Palisse (de Sainte-Foix-de-Belvès).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 28 JANVIER 1899. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les gastrorragies dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum et leur traitement chirurgical.

Par le docteur M. Savariaud,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

I

Historique. — Mikulicz, en 1887, est le premier qui ait essayé de traiter chirurgicalement un ulcère de l'estomac donnant lieu à d'abondantes hémorragies. Son plan était de supprimer l'ulcère ; mais ne pouvant y arriver il se contenta de le cautériser au fer rouge et d'élargir le pylore rétréci par une opération qu'il nomma pyloroplastie. Le malade mourut. Depuis, ce chirurgien a pratiqué trois interventions ayant le même but, et en tout n'a eu qu'un succès, dans un cas où il put exciser l'ulcère qui avait érodé l'artère coronaire stomachique.

Gannett, en 1889, publia une opération malheureuse où l'opérateur dut refermer le ventre sans avoir rien fait.

Roux (de Lausanne), au Congrès français de chirurgie de 1893, annonce un succès dû à la résection de l'ulcère combinée à la ligature de l'artère coronaire stomachique.

Küster, en 1894, relate deux cas où il fit avec succès la cautérisation de l'ulcère et la gastro-entérostomie.

Au Congrès allemand de chirurgie de 1897, la question de l'intervention chirurgicale a été l'objet de deux rapports : celui de von Leube, un médecin; celui de Mikulicz, un chirurgien.

La même année MM. Tuffier et Hartmann communiquent quelques faits personnels à la Société de chirurgie.

En janvier 1898, le professeur Dieulafoy (1), qui a eu le rare bonheur de faire opérer avec succès un de ses malades, a publié un article des plus importants sur une forme spéciale de l'ulcère qu'il appelle *exulceratio simplex*, et se montre partisan déclaré de l'intervention systématique dans les grandes gastrorragies.

(1) Dieulafoy. Exulceratio simplex, *Presse méd.*, 1898, p. 29.

Parmi les travaux ou revues qui se rapportent à ce sujet, je citerai encore les articles de Comte (1), de Talma (2), de Weir et Foote (3), de Hirsch (4), la thèse de Marion (5) et ma propre thèse de doctorat (6).

II

Fréquence. — La gastrorragie se traduisant par des hématémèses ou du mélæna, est un accident fréquent au cours de l'ulcère et qui se rencontre dans les quatre cinquièmes des cas. Mais l'hémorragie mortelle est une terminaison heureusement rare, que les auteurs évaluent en moyenne à 5 p. 100. D'ailleurs cette proportion varie comme toujours, dans des limites assez grandes, suivant les auteurs de statistiques. Müller, sur 127 ulcères, compte 37 hémorragies, dont 14 furent mortelles, ce qui donne une mortalité de 11 p. 100. En revanche, Leube, qui a observé 556 malades, n'en a perdu que 6 par hémorragie, ce qui ne fait que 1 p. 100, Entre ces chiffres extrêmes, les autres auteurs Gerhardt. Steiner, Lebert, Brinton, Debove et Rémond, donnent 3 à 6 p. 100.

III

Anatomie et physiologie pathologiques. — Le sang provient presque toujours d'un vaisseau *visible à l'œil nu* dont on voit au fond de l'ulcère. Cet orifice est généralement tangeant à l'orifice la circonférence du vaisseau, ce qui se comprend si on réfléchit que c'est le suc gastrique qui digère ce dernier, de la surface vers la profondeur. Dans certains cas le vaisseau peut être sectionné transversalement et ses deux bouts sont écartés. Ceci arrive lorsque l'hémorragie s'est arrêtée, que la lumière du vaisseau a été oblitérée par un caillot et que, grâce à ce dernier, le suc gastrique a eu le temps de

(1) Comte. Traitement chirurgical de l'ulcère rond, *Semaine méd.*, 1895, p. 397.

(2) Talma. Les indications des opérations stomacales, *Berlin. klin. Wochens.*, 23 juin 1895.

(3) Weir et Foote. *Med. News*, 1896, p. 181.

(4) Hirsch. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1896, p. 817.

(5) Marion. *De l'intervention chirurgicale dans l'ulcère simple de l'estomac*, Th. de Paris, 1897.

(6) Savariaud. *De l'ulcère hémorragique de l'estomac et son traitement chirurgical*, Th. de Paris, 1898.

digérer l'artère en totalité. Dans ce cas on trouve souvent les deux bouts du vaisseau oblitérés. Il ne faut pas en conclure que l'hémorragie s'arrête plus facilement lorsque la section du vaisseau est complète que lorsqu'elle est latérale. Ce fait admis pour les artères qui sont pourvus d'une gaine adventice dans laquelle les deux bouts se rétractent après section complète, ne saurait l'être sans preuve lorsqu'il s'agit des artères de l'estomac.

Dans la grande majorité des cas, les vaisseaux qui donnent lieu à des hémorragies mortelles sont des artères. Sur 47 cas, j'ai noté 34 fois une artère, 4 fois une veine, 2 fois des vaisseaux indéterminés, 4 fois pas d'ouverture vasculaire visible, 3 fois pas de mention. Collin (1) pour l'ulcère du duodénum a trouvé 20 artères, 3 veines, 13 fois un vaisseau indéterminé ou pas de mention.

Parmi les artères, c'est la splénique qui est le plus souvent lésée, bien qu'elle se trouve située derrière l'estomac dont elle est séparée par l'arrière-cavité ; ce fait s'explique par la fréquence de l'ulcère au niveau de la face postérieure et de la petite courbure. La coronaire stomachique est aussi fréquemment atteinte. Enfin viennent des artères innominées. Sur 33 ulcérations d'artères, j'ai noté 17 fois la *splénique*, 6 fois la *coronaire stomachique*, 10 fois des *artérioles innominées*. Dans l'ulcère du duodénum, c'est presque toujours la *pancréatico-duodénale* qui est atteinte 12 fois sur 18. Rarement la gastro-épiploïque droite, et à titre exceptionnel l'aorte et l'artère hépatique, la veine-porte, la veine mésentérique inférieure. Disons enfin que le cœur a été perforé 4 fois par un ulcère de l'estomac.

Assez souvent au fond de l'ulcère on trouve deux orifices artériels, l'un est oblitéré, c'est lui qui a donné lieu à la première hémorragie, l'autre est béant et c'est celui qui a donné lieu à l'hémorragie mortelle. D'ailleurs la multiplicité des sections vasculaires est la règle si on examine l'ulcère à la loupe, sous l'eau (Cruveilhier).

Les artères sont assez souvent atteintes d'artérite oblitérante, surtout dans les vieux ulcères. On comprend que leur ulcération ne donne plus lieu à une hémorragie, ce qui cadre bien avec la rareté relative de la mort par hématémèse. D'autres fois, elles présentent la dégénérescence embryonnaire de leurs parois, ce qui les expose à une ulcération rapide. Dans d'autres cas enfin, elles ne présentent aucune altération.

Dans l'estomac comme ailleurs, l'hémorragie provenant d'une artère même très volumineuse comme la splénique n'est pas toujours immédiatement mortelle. Sous l'influence de la brusque déplétion sanguine, la pression artérielle baisse rapidement, une syncope survient et, grâce au ralentissement de la circulation, un caillot obturateur peut se former. Si le caillot est volumineux et s'il s'organise, l'hémostase peut être définitive ou tout au moins durer jusqu'à ce qu'artère et caillot soient de nouveau digérés par le suc gastrique. La petitesse de l'ulcération du vaisseau, sa situation au fond d'un ulcère anfractueux, lorsqu'il s'agit de la splénique, contribuent à expliquer la réalité de cette hémostase spontanée, qui peut surprendre au premier abord, mais qui a été constatée au cours des autopsies.

Les ulcères, qui donnent lieu aux hémorragies mortelles, sont de dimensions et d'aspect très différents. On peut en distinguer trois sortes : les grands, les moyens, les petits. Les grands ulcères ont le diamètre d'une pièce de 5 francs.

(1) Collin. *Ulcère du duodénum*, Th. de Paris, 1894.

Le plus grand de tous, figuré dans l'atlas de Cruveilhier, avait 16 centimètres dans son plus grand diamètre. Ils perforent ordinairement les tuniques stomacales et se creusent dans les organes voisins, principalement dans le pancréas. Les ulcères moyens ont les dimensions d'une pièce de 1 franc et reposent ordinairement sur la musculeuse. Les petits ulcères inférieurs à une pièce de 50 centimes reposent sur la celluleuse ou sur la musculeuse. Je crois qu'on peut faire rentrer dans cette classe, ce que le professeur Dieulafoy a décrit récemment sous le nom d'*exulceratio simplex* et qui est probablement le premier stade de l'ulcère. Cet auteur a insisté sur la superficialité de la lésion qui, par endroit, n'intéresse pas toute l'épaisseur de la muqueuse, sur les taches d'apparence ecchymotique qui la signalent à la surface de l'estomac, sur l'absence d'artérite et sur l'ouverture latérale du vaisseau qui rendent particulièrement graves les hémorragies et sur la latence habituelle d'une pareille lésion.

Ces ulcères peuvent occuper toutes les parties de l'estomac, mais on les rencontre surtout au niveau de la petite courbure, de la face postérieure, et de la première portion du duodénum. Rarement on les trouve au cardia, à la grosse tubérosité, à la grande courbure et dans la portion descendante du duodénum.

La surface extérieure de l'estomac est normale lorsqu'il s'agit d'ulcères de moyen et de petit calibre, elle adhère aux organes voisins et surtout au pancréas, lorsqu'il s'agit de vieux ulcères ayant érodé l'artère splénique.

Enfin, les ulcères sont quelquefois *multiples*. Assez souvent ils occupent des points symétriques sur les faces antérieure et postérieure.

IV

Formes cliniques. — Cliniquement on peut distinguer plusieurs formes d'hémorragies : la forme foudroyante, la forme aiguë et la forme lente ou chronique.

L'hémorragie *foudroyante* est celle qui tue en quelques instants, souvent même avant que le malade ait eu le temps de rejeter le sang à l'extérieur. Dans ce cas l'hémorragie est purement interne et son origine n'est reconnue qu'à l'autopsie. Ces cas-là, s'ils intéressent le médecin légiste, ne sont d'aucun intérêt pour le praticien. A l'autopsie on trouve habituellement une ulcération de la splénique, mais souvent aussi l'hémorragie foudroyante a sa source dans des vaisseaux de très petit calibre et même quelquefois invisibles à l'œil nu. Dans ce cas, les ulcérations sont multiples : 3 ulcérations pyloriques, 5 duodénales du volume d'une lentille, dans un cas de Lemoine (1).

On dit que l'hémorragie affecte la *forme aiguë* lorsqu'elle survient brusquement, en grande abondance, de 500 grammes à 1 litre et 1 litre et demi. Le vomissement est précédé de défaillances, d'éblouissements ; le malade perçoit dans la bouche une saveur particulière qu'il reconnaît lorsqu'il en a l'habitude, puis tout d'un coup, il rejette une grande quantité de sang rouge quelquefois rutilant. Ce sang est mélangé à des débris alimentaires, à des mucosités stomacales. Les jours suivants, le malade présente du melæna ; il rend en allant à la selle des matières goudronneuses, poisseuses, d'odeur fétide. La mort arrive rarement à la suite d'une seule hémorragie, à moins que le malade ne soit

(1) Lemoine. Th. de Paris, 1872.

affaibli de longue date par son affection stomacale. Habituellement, si le malade n'est pas soumis à un traitement des plus sévères, l'hémorragie se reproduit, le patient tombe dans un état de faiblesse excessive, le pouls monte à 140, souvent la température, sans qu'on sache pourquoi, s'élève à 38 degrés, la respiration devient haletante, la voix éteinte, le visage d'une pâleur cadavérique se couvre de sueurs froides et visqueuses, et le malade meurt dans le collapsus.

Lorsque l'hémorragie s'arrête sous l'influence d'un traitement énergique, le malade se relève souvent avec rapidité et guérit non seulement de son hémorragie, mais encore de son ulcère. Bouveret explique cette guérison paradoxale, par la diminution de l'hyperchlorhydrie stomacale qu'entraîne l'anémie aiguë.

La troisième classe est constituée par les hémorragies *chroniques*. D'après Leube et Bouveret, ces hémorragies sont rebelles au traitement médical. Elles sont de faible intensité, mais se reproduisent à l'occasion de chaque repas, avec une désespérante ténacité. Elles sont probablement dues à l'ulcération de très petits vaisseaux et sont souvent liées à la présence d'un ulcère pylorique. Il en résulte que les malades qui en sont atteints tombent rapidement dans un état d'anémie et de cachexie qu'expliquent suffisamment la perte de sang continue et l'obstacle apporté à leur alimentation par leur sténose pylorique.

V

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic, pour être complet, doit répondre aux questions suivantes : 1° Y a-t-il gastrorragie? 2° Quelle est la cause de la gastrorragie? 3° Quelles sont les dimensions de l'ulcère et du vaisseau ulcéré?

Le diagnostic de gastrorragie est généralement facile, surtout lorsqu'on est à même d'inspecter les matières rendues. Une hématémèse rutilante pourrait être confondue avec une *hémoptysie*. Mais dans l'hémoptysie, la quantité de sang n'acquiert jamais les mêmes proportions que dans la gastrorragie, de plus, le sang qui provient des bronches est intimement brassé avec l'air, aussi est-il aéré, spumeux, mélangé de mucosités. En tous cas, les douleurs thoraciques, la toux et surtout la percussion et l'auscultation du poumon permettent de faire le diagnostic.

Lorsque le liquide vomi est marc de café, on se rappellera que cette couleur est due uniquement à l'action du suc gastrique sur la matière colorante du sang. Avant de poser le diagnostic de gastrorragie, on s'assurera que le sang ne vient pas des fosses nasales. Lorsque le sang de ces régions a été dégluti pendant le sommeil ou le décubitus dorsal, il est rejeté parfois sous forme de vomissement. Aussi ne devra-t-on pas manquer de pratiquer l'examen de la gorge, qui, dans le cas d'épistaxis postérieure, montrera des caillots adhérents au pharynx et au voile du palais.

En tous cas, on devra toujours faire conserver les selles du malade et de rechercher attentivement la présence du melæna. Lorsque celui-ci n'est pas évident il faudra délayer un peu des matières avec de l'eau et on verra apparaître une coloration sæpia qui est caractéristique du sang ayant subi la digestion intestinale.

On s'efforcera d'apprécier le plus exactement possible la quantité de sang perdu en éliminant du liquide rejeté, les boissons qui le diluent, et on se mettra en garde contre les récits toujours exagérés des malades.

Le diagnostic de la cause peut être des plus évidentes : Lorsque des vomissements de sang ou des selles noirâtres surviennent chez un individu qui présente depuis des années une douleur déchirante après les repas, que cette douleur siège au creux épigastrique (point xyphoïdien) ou dans le dos (point rachidien), s'il survient des vomissements acides, si on a constaté de l'hyperchlorhydrie, le diagnostic d'ulcère d'estomac s'impose.

Mais il est des cas où l'existence de l'ulcère reste latente jusqu'au jour où elle se révèle pour la première fois par une hémorragie formidable. Bien que l'hypothèse d'ulcère stomacal soit encore le plus probable dans ce dernier cas, il faut néanmoins songer, ne serait-ce que pour les éliminer, à une série d'hémorragies stomacales de cause rare : *rupture d'anévrisme* dans les voies digestives (A. de l'aorte, du tronc cœliaque, de la coronaire), perforation de l'artère hépatique par un calcul biliaire, rupture de petits anévrismes miliaires de la muqueuse stomacale [Gallard (1)], *rupture de varices œsophagiennes* [Dussaussoy (2)], hémorragies provoquées par une ulcération tuberculeuse (cas de Bignon, Lorey, Gille-Brechemin (3)], par des *érosions hémorragiques* [Pilliet et Deny (4)]. Bien qu'on ait signalé un certain nombre de cas où ces hémorragies se sont terminées par la mort, elles constituent de très rares exceptions.

Plus fréquentes sont les hémorragies gastro-intestinales, dues à des troubles de la circulation hépatique et principalement à la *cirrhose*. Ces gastrorragies se font généralement en nappe à la surface de l'estomac, sans qu'on trouve de lésion appréciable. Dans certains cas, cependant, on a constaté des varices œsophagiennes, et parfois on a pu retrouver la petite ulcération qui avait ouvert ces varices. Ces hémorragies simulent parfaitement celles de l'ulcère; le diagnostic est parfois si difficile que les meilleurs cliniciens s'y sont trompés.

Un malade de M. Millard offrait au grand complet les signes de l'ulcère de l'estomac, et il était présenté comme tel à tous ceux qui visitaient le service; il était entré cinq fois à l'hôpital à cause d'hématémèses très abondantes, et il succomba à la dernière. A l'autopsie on trouva une cirrhose et des varices œsophagiennes. Lorsque ces hématémèses surviennent au cours d'une cirrhose confirmée, avec ascite et circulation sous-cutanée complémentaire, le diagnostic est des plus faciles, il suffit d'y songer, mais dans les cas frustes, il sera bon de dépister l'affection au début, par la recherche des petits signes de la cirrhose, étudiés par Hanot (ballonnement du ventre, acholie pigmentaire, urobilinurie, glycosurie alimentaire).

Il est rare que le *cancer* de l'estomac donne lieu à des gastrorragies simulant celles de l'ulcère, et il est classique d'opposer les hématémèses rutilantes de l'une avec les vomissements marc de café de l'autre. Cependant, le cancer peut, lui aussi, ulcérer une artère et provoquer une hémorragie très abondante, parfois mortelle. Cette forme s'observe surtout chez les jeunes gens, et le diagnostic peut être très difficile lorsque l'hémorragie ouvre la scène.

Un malade de Bouveret eut deux abondantes gastrorragies; « la première le jeta dans un état d'anémie profonde,

(1) GALLARD. Soc. méd. des hôpit., 30 avril 1875.

(2) DUSSAUSSOY. Th. de Paris, 1877.

(3) In LETOREY. *Ulcère tuberculeux de l'estomac*, Th. de Paris, 1894-1895.

(4) PILLIET et DENY. Soc. de biol., 1893, p. 779.

dont il ne put se relever; la seconde le tua en quelques minutes. L'estomac contenait un énorme caillot de 500 grammes, l'ulcération d'un cancer de la petite courbure avait ouvert l'artère coronaire. » Le diagnostic est parfois impossible, car ni la cachexie, ni la constatation d'une tumeur épigastrique, ni l'hypochlorhydrie ne sont pathognomoniques du cancer. Enfin, dans certains cas, il y a combinaison de l'ulcère et du cancer, et on sait bien aujourd'hui que l'épithélioma aime à se greffer sur les bords calleux des vieux ulcères. Le diagnostic peut donc rester en suspens, mais le traitement ne devra pas en pâtir; dans le doute, on ne s'abstiendra pas et le malade devra bénéficier des surprises possibles d'une laparotomie exploratrice.

Enfin, on n'oubliera pas que les *hystériques* peuvent présenter, pendant des mois, des vomissements rutilants, et présenter des douleurs épigastriques. Bien que l'ulcère de l'estomac soit fréquent chez ces malades, leurs gastrorragies peuvent exister *sine materia*, et sont généralement supplémentaires des règles. Dans ce cas, elles n'altèrent nullement la santé générale et les malades ne s'en effraient pas autrement. La suppression des règles chez une hystérique, coïncidant avec une hématémèse, mettra sur la voie du vrai diagnostic.

Mais ce n'est pas tout que de rapporter une gastrorragie à sa vraie cause, il serait à désirer, au point de vue du traitement, qu'on pût préciser le siège de l'ulcère et sa variété. Malheureusement, nous ne pouvons émettre à cet égard que des probabilités. Les signes tirés du siège de la douleur, de son apparition après l'ingestion des aliments, de sa disparition par suite d'un changement de position du malade, sont des signes bien trompeurs et auxquels on ne peut accorder une grande confiance. C'est ainsi que l'ulcère du cardia serait caractérisé par de la dysphagie, une douleur intense rétro-sternale pendant le cathétérisme; l'ulcère du pylore par l'apparition tardive de la douleur, son siège à droite de la ligne médiane, son atténuation par suite du décubitus latéral gauche. L'ulcère du duodénum serait caractérisé par une douleur plus tardive encore, siégeant entre le rebord costal droit et la crête iliaque, coïncidant avec des fonctions gastriques parfaites, l'apparition brusque du melæna (Bucquoy).

Quant à faire le diagnostic d'ulcère récent, d' « exulceratio simplex » ou de vieil ulcère, ce qui serait évidemment très important au point de vue du traitement chirurgical, on ne pourra le faire qu'en s'aidant des commémoratifs. Si le sujet est jeune, de bonne santé habituelle, sans troubles gastriques, on pourra supposer l'exulceratio simplex; si le sujet souffre depuis très longtemps, s'il a eu déjà des hématémèses à plusieurs reprises, on soupçonnera un vieil ulcère calleux, peut-être même adhérent aux organes voisins et d'une exérèse difficile.

Enfin nous arrivons à la question capitale d'où découlera le traitement : *Quelle est l'importance du vaisseau ulcéré?* On comprend que, s'il est possible de fournir une réponse satisfaisante, on saura par cela même quand une hémorragie pourra s'arrêter par le traitement médical et quand elle sera justiciable d'une intervention chirurgicale.

M. le professeur Dieulafoy croit que, lorsqu'un malade vomit d'un seul coup 500 grammes à 1 litre de sang, c'est que le vaisseau est d'un calibre trop considérable pour qu'on puisse arrêter médicalement l'hémorragie, d'où la nécessité d'un traitement chirurgical. Contrairement à cette opinion, je me suis attaché à démontrer, dans ma thèse, que la quantité de sang rendue en une seule fois ne permet en rien de préjuger du calibre du vaisseau. Cette opinion, je l'appuie sur des faits anatomiques et des faits cliniques. Les autopsies montrent à chaque instant que des vaisseaux invisibles peuvent causer une hémorragie aussi considérable que celle d'une artère coronaire. D'autre part, la clinique nous montre fréquemment des hémorragies formidables, qui s'arrêtent pour ne plus reparaître, sous l'influence d'un traitement rigoureux. Il n'est donc pas possible de dire qu'une grande hémorragie soit toujours due à l'ulcération d'un gros vaisseau et qu'elle nécessite une intervention chirurgicale. Une telle simplicité serait désirable, mais elle ne répond pas malheureusement à la réalité.

VI

Traitement. — *Indications.* — En l'absence de signe indiquant le calibre de l'artère ulcérée et la gravité probable de l'hémorragie, dans l'impossibilité où on se trouve de dire que telle hémorragie s'arrêtera et que telle autre se reproduira, il est de toute nécessité de faire un essai loyal et rigoureux du traitement médical. L'échec de ce dernier constituera l'indication opératoire. C'est assez dire qu'on repoussera l'emploi systématique de l'opération, quelle que soit l'abondance d'une première hémorragie. Une telle conduite exposerait à faire des opérations inutiles et à causer la mort de malades qui auraient parfaitement guéri sans elle.

Traitement médical. — Il faut commencer par mettre l'estomac au repos absolu, et par absolu, je n'entends pas le repos relatif que procure le régime lacté, j'entends la suppression totale de tout aliment capable d'exciter la sécrétion du suc gastrique, d'amener la congestion physiologique de l'estomac et de provoquer les mouvements de l'organe. De cette façon le caillot obturateur ne sera pas digéré, il aura le temps d'adhérer à l'endartère, l'hémostase deviendra définitive et l'ulcère se cicatrisera. Cette diète absolue peut et doit être prolongée pendant près d'un mois pour produire une cure complète. Le malade sera soutenu exclusivement par des lavements alimentaires. Ceux-ci seront totalement absorbés s'ils ne contiennent que des substances solubles et dialysables (vin, bouillon dégraissé, peptones). Ils seront tolérés s'ils sont pris sous un faible volume (120 grammes) avec quelques gouttes de laudanum. Ils ne détermineront pas de rectite s'ils ne contiennent pas d'alcool et de substances irritantes. Dans ces conditions les lavements alimentaires peuvent soutenir des malades pendant un mois sans perte de poids considérable. La soif sera calmée par des pilules de glace et des lavements désaltérants. A ces moyens on devra joindre le repos absolu, le sac de glace sur l'épigastre et des injections de sérum artificiel. Le sérum agit comme coagulant, il calme la soif du malade, il relève la pression sanguine. En cas d'urgence, on emploiera la ligature des membres et l'injection intra-veineuse de sérum artificiel.

Grâce à l'emploi de ce traitement qui, je le répète, peut être rigoureusement maintenu trois à quatre semaines, on voit s'arrêter pour ne plus reparaître des hémorragies de 1 litre et même 1 litre et demi qui avaient résisté aux moyens classiques et entre autres à la diète lactée. Les observations de deux malades de M. Gaucher, consignées

dans la thèse de son élève May (1), sont on ne peut plus démonstratives.

Traitement chirurgical. — Supposons que l'hémorragie s'est reproduite malgré ce traitement si rigoureux, l'opération doit être décidée sans retard. Malgré la gravité et la difficulté souvent très grandes de l'acte opératoire, on devra prendre sans tarder cette décision, car toute nouvelle hémorragie peut entraîner la mort du malade ou le jeter dans un état de faiblesse qui rende l'opération presque fatalement mortelle.

En pratique, le malade n'est malheureusement pas toujours soumis à une surveillance attentive et on amène au chirurgien des patients qui sont presque à l'agonie.

Doit-on opérer dans ces conditions? A en croire les chirurgiens allemands, il faudrait s'abstenir, car la mort est la règle après une opération tant soit peu compliquée. Cependant si l'épreuve de la diète absolue a été faite, comme la seule planche de salut réside dans l'opération, il faudra tenter celle-ci, car elle peut, dans certains cas, se montrer d'une simplicité et d'une bénignité remarquables. On devra donc pratiquer au moins une laparotomie exploratrice.

Méthodes opératoires. — Les procédés opératoires sont nombreux, mais on peut les classer en deux méthodes : la *méthode directe* qui s'adresse à l'ulcère ou aux artères elles-mêmes et comprend la résection de l'ulcère, la résection cylindrique, la pylorectomie, les cautérisations, les ligatures d'artères, et la *méthode indirecte* qui espère guérir l'ulcère sans le toucher, et qui comprend la gastro-entérostomie et l'exclusion du pylore.

Comme *indication* des deux méthodes on peut dire d'une façon générale que la méthode directe est la méthode de choix, uniquement applicable aux cas d'urgence, à la suite de grandes hémorragies, et que la seconde doit être considérée comme un pis-aller convenant aux hémorragies dites chroniques, lorsque la première est inapplicable.

I. *Méthode directe; résection de l'ulcère; ligatures, etc.* — Faut-il, avant d'opérer, faire un lavage de l'estomac pour évacuer son contenu et aseptiser sa cavité? Le lavage est inutile et dangereux. D'abord l'estomac est vide d'aliments, si le malade a été soumis à une diète rigoureuse, et il contient tout au plus du sang et des caillots. Or, le lavage serait impuissant à enlever ces derniers, et de plus, il exposerait à une nouvelle hémorragie, chose facile à comprendre lorsqu'on songe que, pour nettoyer convenablement un estomac, il faut y faire passer jusqu'à 15 et 20 litres d'eau. Dans ces conditions, on est trop exposé à détacher le caillot obturateur et à déterminer une nouvelle hémorragie qui peut être rapidement mortelle. Donc, on s'abstiendra complètement de lavage et on n'évacuera l'estomac que lorsque le ventre sera ouvert. Cette manœuvre se fera d'ailleurs avec la plus grande facilité et sans le moindre danger, avec un appareil à aspiration.

Pour remonter le malade, on lui injectera avant l'opération, si cela n'est déjà fait, 500 grammes de sérum artificiel sous la peau ou dans les veines. On veillera, de plus, à ce que le malade ne se refroidisse pas pendant l'opération.

En dehors du matériel ordinaire à toute laparotomie, il faudra avoir à sa disposition un appareil aspirateur muni d'un gros trocart pour vider le contenu de l'estomac, une certaine quantité d'éponges ou de tampons montés pour déterger la muqueuse et de longues valves qu'on introduira dans l'ouverture stomacale, pour en explorer les différents points. Une lampe électrique mobile avec réflecteur sera des plus utiles pour éclairer les régions reculées de l'estomac.

Le sujet étant couché horizontalement, une incision de 15 à 20 centimètres est menée entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, dépassant même ce dernier de quelques centimètres. Au cours de l'opération, on pourra se donner du jour en débridant transversalement aux ciseaux un des muscles droits. Le péritoine est ouvert, repéré et on procède à la découverte de l'estomac, pour laquelle le foie et le grand épiploon servent de points de repère. Si l'estomac contient une certaine quantité de liquide ou de gaz, on commence par le vider, soit en refoulant son contenu dans le duodénum et en clampant ce dernier, soit mieux en ponctionnant l'estomac, comme un kyste de l'ovaire, et en pratiquant l'aspiration du contenu. Lorsque l'estomac est vide, il se laisse inspecter et palper facilement.

Pour inspecter sa face antérieure, il suffit de relever le rebord costal et le foie avec des écarteurs. On notera avec soin un changement de coloration, aspect cicatriciel, adhérences, coloration ecchymotique (Dieulafoy), qui souvent indiquent le siège de l'ulcère. L'exploration de la face postérieure peut se faire à travers un large trou fait au ligament gastro-colique (grand épiploon), au-dessous des artères gastro-épiploïques. Par ce trou, on peut attirer une partie de la face postérieure.

Pour pratiquer une palpation minutieuse de l'estomac, il faut le prendre entre le pouce et les autres doigts, comme une étoffe dont on veut apprécier l'épaisseur, ou bien on l'aplatit entre les deux mains, qu'on fait glisser l'une sur l'autre, l'une étant placée devant l'organe, l'autre placée en arrière de lui, dans l'arrière-cavité des épiploons. On pratiquera de même avec soin l'inspection et la palpation du duodénum et du pylore. A propos de ce dernier, on se méfiera de la sensation normale d'anneau qu'il donne à la palpation et on ne prendra pas cette sensation pour un rétrécissement. Le mieux sera d'y introduire l'index en refoulant les tuniques stomacales.

Si cette exploration soignée a permis de découvrir l'ulcère, on le traite comme il sera dit plus loin. Sinon on ouvre largement l'estomac sur sa face antérieure. Une grande compresse stérilisée très épaisse est placée au-devant de l'estomac. On la fend horizontalement d'un coup de ciseaux et par la fente on attire l'estomac. Pendant qu'un aide détermine sur la face antérieure de l'organe un pli vertical, on fend horizontalement ce dernier d'un coup de ciseaux, de façon à ce que l'incision située à peu près à égale distance des deux courbures soit horizontale et mesure 8 à 10 centimètres et s'arrête à 4 centimètres du pylore. Les bords de l'incision sont repérés avec des pinces à pression douce qui prennent en même temps la compresse qui sert de champ opératoire, le plus loin possible des bords de la fente par laquelle on a sorti l'estomac. De la sorte le contenu stomacal ne peut couler que sur la compresse et le péritoine est garanti; de plus, les pinces assurent l'hémostase des parois stomacales.

On procède alors à la toilette de la muqueuse stomacale avec des éponges ou des tampons montés. La plaie stoma-

(1) MAY. *Traitement médical de l'ulcère hémorragique de l'estomac*, Th. de Paris, 1898.

cale étant largement écartée, l'ulcère apparaîtra aussitôt s'il siège à la petite courbure ou sur la face postérieure, qui sont ses lieux d'élection. Cependant, s'il s'agit d'une « exulceratio simplex » se cachant dans les plis de la muqueuse, il faudra pratiquer le retournement de l'estomac d'après la technique que j'ai réglée. Un aide n'ayant pas touché à la muqueuse stomacale glisse sa main sous la compresse, cherche le trou fait au grand épiploon et engage la main dans l'arrière-cavité. Ramenant les doigts en avant, il les fait sortir par la plaie stomacale, coiffés par la paroi postérieure de l'estomac et soulevant une espèce de tente. Ainsi le montre la figure 1.

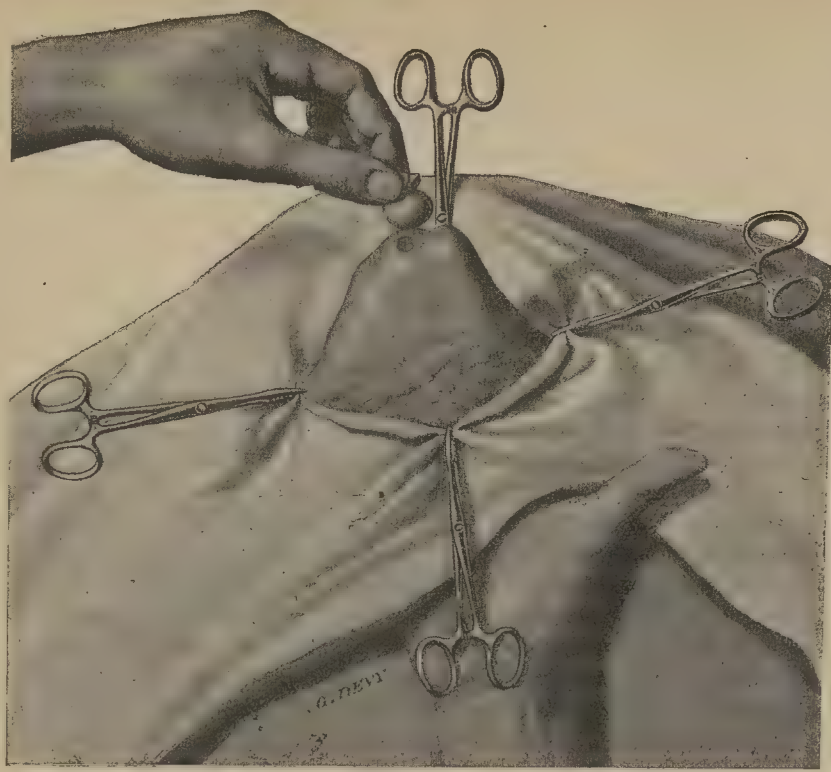


Fig. 1. — Retournement de l'estomac par une main introduite dans l'arrière-cavité.

Par ce procédé, on peut amener au jour tous les points mobiles de l'estomac. Seuls, le cardia et la grosse tubérosité restent invisibles, car ils sont accolés au diaphragme et à la rate. Pour les mettre en évidence, on est obligé d'introduire dans l'estomac de larges valves, dont l'une, supérieure, soulève le lobe gauche du foie, et de se servir de la lampe électrique si l'éclairage naturel est défectueux ou si le sujet n'est pas placé en bonne lumière (Fig. 2).

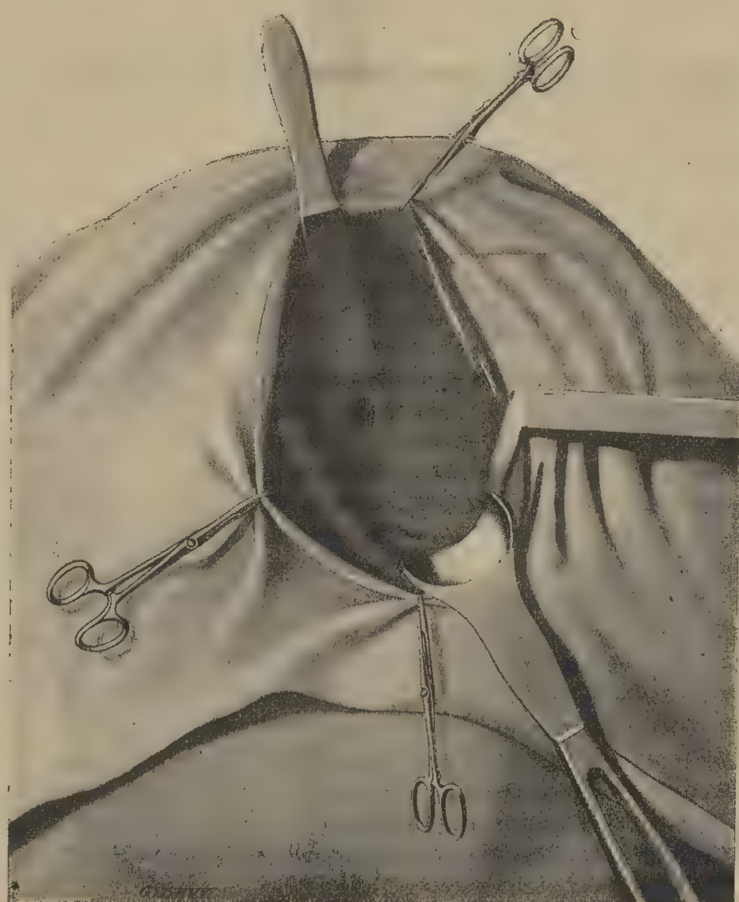


Fig. 2. — Exploration du cardia et de la grosse tubérosité à l'aide de valves.

Par la plaie stomacale, on peut également explorer les premiers centimètres du duodénum en l'invaginant à travers l'orifice pylorique, ainsi que l'indique la figure 3. Mais ce procédé exige qu'on libère en partie les attaches du duodénum, et je n'ose pas le conseiller au même titre que le retournement de l'estomac. On se contentera, dans la plupart des cas, d'explorer le duodénum avec le doigt coiffé d'une enveloppe de caoutchouc que l'on rejettera sitôt après.

Je crois qu'avec ces moyens d'exploration, il est à peu près impossible qu'une lésion, si petite qu'elle soit, puisse passer inaperçue. Cependant, comme ce cas s'est présenté souvent, parce qu'à ce moment l'érosion ne donnait pas de sang, j'ai proposé le moyen suivant pour faire saigner l'ulcère.

Ce moyen consiste à comprimer simultanément l'aorte abdominale, et la veine porte au-dessous du foie. Dans ces conditions, le sang s'accumule dans tous les vaisseaux de l'estomac et de l'intestin, sous une pression égale à celle de l'aorte, et l'hémorragie ne tarde pas à se reproduire. Si elle ne se reproduit pas, c'est que le caillot est solidement fixé à la paroi du vaisseau, et on peut être sûr que l'hémostase est définitive.

Une fois l'ulcère découvert et à portée, tout n'est pas terminé, loin de là, et la conduite du chirurgien différera forcément suivant la variété de l'ulcère et suivant sa situation. Il aura à choisir entre l'excision, la cautérisation et la ligature.

L'*excision* avec suture constitue le procédé de choix que l'on appliquera toutes les fois qu'il sera exécutable. Suivant le cas, ce sera une résection de la face antérieure ou postérieure des courbures, ou une pylorectomie.

On ne l'abandonnera pour les procédés suivants que lorsque l'ulcère constitue une tumeur adhérente de toutes parts.

La *cautérisation ignée* est le procédé qui a été le plus souvent employé dans les cas précédents. Küster la pratiqua à travers une incision de la région pylorique, et profita de cette incision pour faire une gastro-entérostomie. Dans deux cas, l'opération fut suivie de succès. La thermo-cauté-

risation est applicable aux cas où le vaisseau saignant est de petit calibre, mais il échoue naturellement, s'il s'agit d'une grosse artère, témoin un cas de M. Körte : il se produisit une hémorragie très violente qu'on eut du mal à arrêter avec une ligature.

La simple *ligature* prenant la muqueuse et les points saignants sans avivement de l'ulcère, convient dans les cas où il s'agit d'« exulceratio simplex », comme dans le cas du professeur Dieulafoy.

La *ligature à distance* des vaisseaux de la petite courbure a été employée avec succès par Roux (de Lausanne) dans un cas où la malade était trop affaiblie pour supporter la résection de l'ulcère. J'ai proposé de lier l'artère gastro-duodénale et l'artère gastro-épiploïque droite dans le cas d'ulcère inaccessible du duodénum. Mais, outre que cette dernière ligature n'est pas facile, elle expose, comme toutes les ligatures à distance, à faire trop ou trop peu : trop, elle détermine la gangrène; trop peu, c'est le retour de l'hémorragie. Aussi, dans le cas d'ulcère du duodénum, faudra-t-il faire la résection de sa première portion, combinée à l'oblitération de l'estomac et du duodénum avec une gastro-entérostomie.

Ces diverses opérations terminées, l'incision stomacale sera refermée par une double rangée de sutures continues en surjet fréquemment arrêté; la première rangée prenant toutes les tuniques de l'estomac, la seconde rangée ne prenant que la musculeuse et la séreuse. On refermera également par quelques points la brèche du grand épiploon, pour éviter que l'intestin ne vienne s'y engager et s'y étrangler.

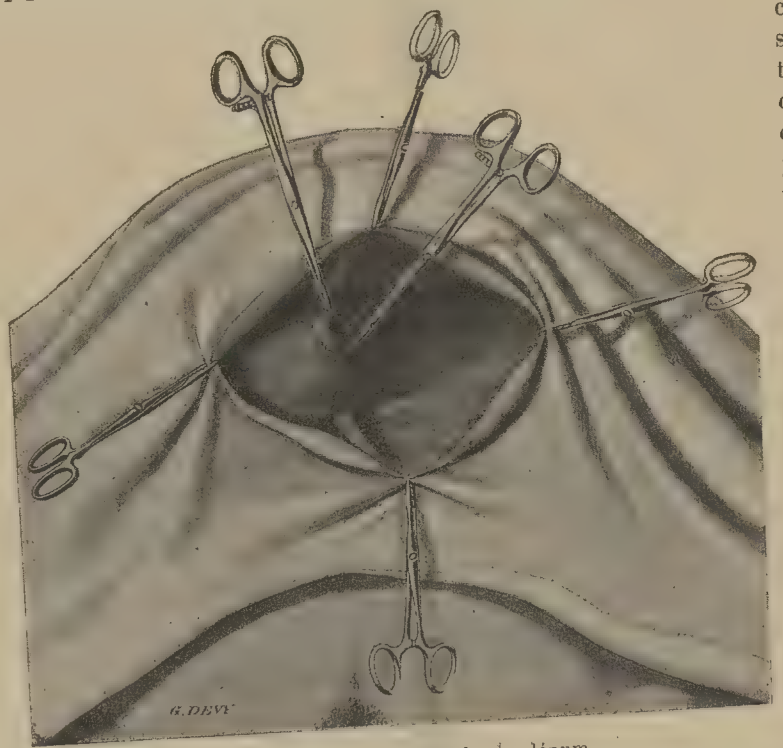


Fig. 3. — Retournement du duodénum.

Enfin, l'opéré sera nourri pendant quelques jours avec des lavements nutritifs, et on ne reprendra que progressivement l'alimentation stomacale, surtout si l'hémostase de l'ulcère n'a pas pu être parfaite.

II. *Méthode indirecte. Gastro-entérostomie et exclusion du pylore.* — Les hémorragies chroniques, avons-nous vu, sont caractérisées par leur désespérante ténacité. Elles se reproduisent généralement à l'occasion de la digestion, à tel point que souvent la moindre gorgée de lait est suivie d'un vomissement noirâtre. On comprend facilement la gêne qu'elles apportent à l'alimentation. Ce n'est plus pendant des semaines, mais pendant des mois que les malades devraient subir une diète absolue pour prévenir le retour des hématémèses et permettre la cicatrisation de l'ulcère; or, la diète a des limites, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un malade très affaibli et très amaigri, ce qui est ordinairement le cas. En effet, les malades de cette catégorie sont habituellement atteints d'une sténose du pylore et, depuis des années, se nourrissent d'une façon très défectueuse. M. Doyen est le premier qui ait noté la disparition des hémorragies, après la gastro-entérostomie pratiquée dans ces conditions. Au moment de la publication de son traité, l'un de ses malades se trouvait guéri de ses hématémèses et de ses troubles digestifs depuis plus de deux ans. Aussi pense-t-il que la gastro-entérostomie supprime les gastrorragies en mettant l'estomac au repos et en permettant la cicatrisation de l'ulcère. Son opinion est acceptée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question (Talma, Mikulicz, Weir et Foote). L'action favorable de la gastro-entérostomie sur la cicatrisation de l'ulcère est comparable à l'action de la cystostomie sus-pubienne et de l'anus iliaque sur les ulcérations de la vessie et du rectum.

Au dernier Congrès des chirurgiens allemands, médecins et chirurgiens sont tombés d'accord pour prôner la gastro-entérostomie dans le traitement des hémorragies chroniques. Leube, le médecin, reconnaît l'impuissance habituelle du traitement médical dans ces cas, et préconise la gastro-entérostomie, surtout s'il y a en même temps dilatation de l'estomac. Mikulicz, qui s'est montré si réservé lorsqu'il s'agissait d'intervenir dans les hémorragies aiguës, partage l'opinion de Leube et pense, lui aussi, que nous possédons le moyen d'arrêter les hémorragies, sans toucher à l'ulcère, par une méthode efficace et bénigne qui est la gastro-entérostomie.

Cependant, il faut convenir que les auteurs qui ont préconisé la gastro-entérostomie contre les hémorragies ne nous ont pas donné beaucoup d'observations, et si j'ai pu dans ma thèse relever un petit nombre de cas où la gastro-entérostomie faite pour ulcère hémorragique et sténose pylorique, a été suivie de la disparition de tous les symptômes, on ne peut pas dire que ces opérations ont été pratiquées en vue de guérir spécialement les hémorragies. En effet, en dehors des faits de Küster où la gastro-entérostomie fut combinée à la cautérisation, du cas de M. Hartmann qui se rapporte à une hémorragie aiguë, je ne connais que deux cas de M. Tuffier qui aient été publiés dans ce sens et encore un de ses malades est-il mort quelques jours après l'opération en vomissant, après comme avant celle-ci, un liquide noirâtre.

En compulsant des observations de gastro-entérostomie, j'ai été frappé de ce fait que, deux fois au moins, les malades avaient vomi du sang après l'opération, l'un d'eux en est même mort. Le premier cas se rapporte à un malade de Roux (1) qui avait des hématémèses quelque temps avant l'opération. Le soir de celle-ci il vomit du sang, de même le

(1) Roux. *Rev. de gynécol.*, 1897, p. 113.

lendemain. Porge (1) pratiqua une gastro-entérostomie pour une tumeur (cancer?) qui oblitérait le pylore : le cinquième jour l'opéré meurt brusquement et à l'autopsie on trouva l'intestin plein de sang. Un ulcère récent voisin du cholédoque avait causé cette hémorragie. Il faut avouer que ce sont de singulières coïncidences; et que si des cas semblables se reproduisaient ils auraient une grande signification. En conséquence, je ne crois pas trop m'avancer en disant que l'action d'arrêt de la gastro-entérostomie sur les hémorragies, n'est *ni prompte ni sûre*.

Si nous analysons, en effet, le mécanisme de la guérison des ulcères après la gastro-entérostomie, nous voyons que cette opération agit de deux façons : 1° en mettant l'estomac au repos ; 2° en amenant la cessation de l'hyperchlorhydrie cause de l'ulcère.

Or, la mise au repos de l'estomac est toute relative, et en tout cas infiniment moins complète que celle que procure la diète absolue. En effet, après la gastro-entérostomie, les aliments séjournent dans l'estomac opéré, à peu près le même temps que dans un estomac normal. Il ne peut être question de mise au repos complète.

Quant à la cessation de l'hyperchlorhydrie, c'est un fait qui a été plusieurs fois constaté, mais on ne doit pas oublier qu'elle est très lente à se produire. De plus, elle n'est qu'une des causes de l'ulcère, la cause vraie nous échappe.

En résumé, la gastro-entérostomie n'agit que lentement sur la suppression des hémorragies, en amenant la cicatrisation de l'ulcère. Elle ne peut être opposée qu'à des hémorragies très chroniques et de très faible importance.

Enfin, on ne voit pas bien comment elle agit sur les ulcères qui ne sont pas normalement en contact avec les aliments et le suc gastrique, tels que ceux de la petite courbure et ceux des régions supérieures de l'estomac. Son action, facile à comprendre sur les ulcères pyloriques, devient obscure quand l'ulcère siège dans une autre région.

Concluons donc que la gastro-entérostomie est un pis-aller lorsqu'on l'oppose à des hémorragies. Elle sera applicable, toutefois, lorsque l'ablation de l'ulcère est impraticable à cause d'adhérences trop étendues au foie, au pancréas, et surtout si l'ulcère siège au pylore et détermine un rétrécissement de cet orifice.

Quant à l'*exclusion du pylore* ou opération d'Eiselsberg, elle a pour but de soustraire, plus complètement que la gastro-entérostomie seule, la région pylorique au contact des aliments, du suc gastrique et aux mouvements de l'estomac. On l'exécute en séparant ce dernier de la région pylorique par une section verticale. On ferme par une double rangée de sutures les deux tranches de section et on termine par une gastro-entérostomie.

Le procédé est évidemment très ingénieux, et c'est à juste titre que Chauvel (2) le préconise dans le cas d'hémorragies petites et répétées, occasionnées par un ulcère du pylore ou du duodénum impossible à extirper. Peut-être pourrait-on reprocher à la section et à la suture des deux bouts de l'estomac d'allonger l'opération : aussi quelques opérateurs aimeront mieux se contenter dans quelques cas de rétrécir, à la façon de Doyen, la portion prépylorique avec des points séro-séreux longitudinaux et transversaux qui déterminent la formation d'une valvule ou barrière plus ou moins complète en amont du pylore. Ce procédé est évidemment plus expéditif, mais il est incontestablement moins sûr, et ne met qu'incomplètement l'ulcère à l'abri des sécrétions acides et des tiraillements dus aux contractions de l'estomac.

(1) PORGE. *Wien. klin. Wochens.*, 1897, n° 13.

(2) CHAUVEL. *L'exclusion du pylore*, Th. de Paris, 1898.

VII

RÉSULTATS. — Les résultats de l'opération pour hémorragies aiguës sont les suivants. Sur 15 interventions par les méthodes directes, j'ai trouvé 10 morts et 5 guérisons, soit une mortalité brute de 66,66 p. 100. Mais cette mortalité très considérable diminuera forcément à l'avenir. Remarquons, en effet, que, sur ces 15 cas, 5 fois on ne put découvrir l'ulcère. Or, on ne l'a pas trouvé, suivant la remarque du professeur Dieulafoy, parce qu'on ne savait pas le chercher. Je doute qu'actuellement que nous connaissons l'« exulceratio simplex », et avec la technique que j'ai conseillée, on puisse passer aussi souvent à côté d'un ulcère, si petit qu'il soit, sans le voir. D'autre part, la pratique de plus en plus courante de la chirurgie stomacale permettra sûrement d'enlever avec succès des ulcères jadis considérés comme inextirpables. Enfin, il est à souhaiter que les médecins, lorsqu'ils sont convaincus de l'inefficacité des moyens qu'ils ont à leur disposition n'attendent pas, avant d'appeler le chirurgien, que leur malade soit incapable de résister au choc opératoire.

Quant à la gastro-entérostomie combinée à la cautérisation, elle a été appliquée deux fois avec succès par Küster, soit avec 0 p. 100 de mortalité. La gastro-entérostomie seule, sans méthode adjuvante, a été appliquée 3 fois avec 2 morts et 1 guérison, soit 66 p. 100. Il semblerait donc que la gastro-entérostomie, combinée à la cautérisation, soit le meilleur mode de traitement, mais les cas étaient trop particuliers, et le nombre des faits est trop restreint pour qu'on puisse conclure dans le sens de la statistique.

BIBLIOGRAPHIE. — BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893. — CHAUVEL. *L'Exclusion du pylore*, Th. de Paris, 1898. — COMTE. Traitement chirurgical de l'ulcère rond, *Semaine méd.*, 1895, p. 397. — COLLIN. *Ulcère du duodénum*, Th. de Paris, 1894. — CUTTLER. *Boston med.*, 5 janvier 1897, p. 54-57. — DIEULAFOY. Exulceratio simplex, *Presse méd.*, 1898, p. 29. — DOYEN. *Trait. chir. des affections de l'est. et du duod.*, Paris 1895. — HARTMANN. *Presse méd.*, 1898, p. 5. — HIRSCH. *Berl. Klin. Woch.*, 1896, p. 847. — W. KÖRTE. *Berlin. Klin. Woch.*, 1897, n° 26. — MARION. *De l'intervention chirurgicale de l'ulcère simple de l'estomac*, Th. de Paris, 1897. — MIKULICZ. *Berlin. Klin. Woch.*, 1897, n°s 23 et suivants. — SAVARIAUD. *De l'ulcère hémorragique de l'estomac et son traitement chirurgical.* Th. de Paris, 1898. — TALMA. Les indications des opérations stomacales, *Berliner Klin. Woch.*, 23 juin 1895. — TUFFIER. *Presse méd.*, décembre 1897. — WEIR et FOOTE. *Med. News*, 1896, p. 484.

L'AIR ARTIFICIEL

SON APPLICATION A LA NAVIGATION SOUS-MARINE ET A LA MÉDECINE

Par MM. Georges-F. JAUBERT et LABORDE.

L'un de nous, M. Georges Jaubert, ancien préparateur à l'École polytechnique, s'est posé le problème suivant :

« Un homme étant placé dans un espace hermétiquement fermé, lui fournir le moyen pratique de préparer artificiellement l'air respirable dont il a besoin pour vivre.

Prenant pour base la notion classique : que la composition de l'air respirable est de 79 p. 100 d'azote et 21 p. 100 d'oxygène (bien qu'en réalité elle diffère sensiblement de ces chiffres, et abstraction faite des nouveaux gaz découverts récemment dans l'atmosphère), M. Jaubert a examiné, tout d'abord, dans de l'air vicié par la respiration ou la combustion et dont l'oxygène avait été comburé, si les 79 p. 100 d'azote restaient intacts, et si, par une épuration spéciale éliminant l'acide carbonique et la vapeur d'eau, cet azote mélangé à de l'oxygène pur, en quantité convenable, pourrait reconstituer le volume d'air normal primitif.

De nombreuses analyses chimiques ont démontré que cette hypothèse était exacte en tous points, et que l'air vicié par la respiration de l'homme sain, et ensuite épuré, ne contient pas autre chose que de l'azote chimiquement et, comme le dit Tyndall, optiquement pur, en quantité pratiquement égale à la quantité d'azote que contenait l'air, avant son passage dans les poumons; en d'autres termes, l'azote paraît jouer un rôle purement passif dans la fonction respiratoire.

Il résultait de là que, pour la préparation de l'air artificiel, il n'était pas nécessaire de se préoccuper de l'azote, cet azote ne servant que de diluant et pouvant resservir comme tel indéfiniment. »

Restait la question la plus importante, celle de la génération de l'oxygène :

A la suite de longues et patientes recherches, M. G. Jaubert a trouvé une substance chimique qui, sous un poids relativement léger et par une seule opération :

1° Débarrasse totalement l'air vicié de son acide carbonique, de sa vapeur d'eau, et autres produits irrespirables;

2° Lui redonne automatiquement, en échange, la quantité d'oxygène mathématiquement exacte qui lui manque.

En un mot, cette substance, par son simple contact avec l'air vicié par la respiration, régénère totalement celui-ci, et lui restitue toutes ses qualités premières.

Sans pouvoir entrer, relativement à cette substance, dans de plus amples détails, cette note, nous le répétons, n'étant destinée qu'à prendre date, et, en outre, des expériences étant en cours sous les bienveillants auspices du ministère de la Marine, nous nous bornerons à dire ici qu'avec 3 ou 4 kilogrammes de cette substance, il est possible de faire vivre dans un espace hermétiquement clos (par exemple dans un bateau sous-marin ou dans un scaphandre) un homme sain et adulte, pendant vingt-quatre heures.

Nous apporterons incessamment les résultats positifs de ces expériences, qui se poursuivent au laboratoire des travaux pratiques de physiologie, et ailleurs; qu'il nous suffise, pour le moment, de signaler brièvement deux de ces essais typiques, l'un sur l'animal, l'autre sur l'homme.

1° *Sur l'animal vivant.*— Un cobaye est placé sous une cloche en verre rodé, analogue à la cloche d'une machine pneumatique et s'appliquant exactement sur une platine en verre rodé également; la fermeture est donc hermétique.

Cette cloche possède une tubulure munie d'un bouchon en caoutchouc par lequel passent deux tubes, l'un servant à l'aspiration de l'air vicié et se rendant au générateur d'air artificiel; l'autre, qui dépasse à peine le bouchon de fermeture en caoutchouc, servant à la rentrée de l'air épuré dans la cloche.

L'air mis en mouvement par une petite pompe aspirante et foulante, qui marche par la pression de l'eau et forme joint hydraulique, est ainsi forcé de sortir de la cloche par le tube d'aspiration, de passer par le régénérateur pour s'y épurer, puis de retourner à la cloche en suivant le cycle indiqué.

Le régénérateur lui-même est formé des substances chimiques dont nous avons parlé, absorbant l'acide carbonique et l'eau, et produisant de l'oxygène.

Or, dans ces conditions, l'on peut faire vivre l'animal pendant un temps indéterminé et proportionné à la capacité du régénérateur; avec un appareil assez grand, on pourrait prolonger l'expérience plusieurs semaines.

2° *Sur l'homme.* — N'ayant pas à cette époque, à notre disposition, de cloche assez grande ou de scaphandre qui eût pu remplacer la cloche, l'expérience a été réalisée au moyen d'un masque respiratoire particulier, que montre la représentation photographique ci-jointe, en même temps que le dispositif de l'expérience, dans laquelle l'animal est simplement remplacé par un homme (le frère de M. G. Jaubert, qui s'y est prêté de la meilleure grâce).

L'expérience a pleinement réussi, la respiration se faisait normalement, dans ces conditions, grâce au régénérateur.

Un seul et dernier mot des applications de l'air artificiel.

Elles sont de deux sortes : préventives contre l'asphyxie et proprement médicales.

Nous ne parlerons des premières, en cours d'expériences, que pour rappeler qu'elles rentrent essentiellement dans le domaine des appareils submersibles (bateaux sous-marins, scaphandres, etc.) ou des appareils destinés à pénétrer dans des milieux irrespirables (casques pour pompiers, égoutiers, mineurs, etc.).

Relativement aux applications médicales proprement dites, nous ferons remarquer que la substance chimique en question est actuellement, de beaucoup, le réservoir d'oxygène le plus léger qui existe : ainsi, avec quelques grammes que l'on peut facilement loger dans la poche du gilet d'un homme, il est possible de disposer instantanément de quelques dizaines de litres d'oxygène, quantité bien suffisante, en général, pour les besoins de la thérapeutique.

En outre, l'oxygène obtenu par ce procédé est chimiquement pur; on ne peut lui comparer, comme degré de pureté, que l'oxygène électrolytique, car l'oxygène en tube du commerce, extrait de l'air atmosphérique, comme M. Sigalas (de Bordeaux) l'a démontré dernièrement, contient jusqu'à 10 p. 100 d'azote, sans compter, souvent, des hydrocarbures provenant des huiles de graissage des pompes à compression.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

1° Instructions pour l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale en 1899. — 2° Renseignements sur le fonctionnement de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux (1).

V. *Administration et comptabilité.* — Sont au compte de la famille de chaque élève ou sont prélevés sur le montant de l'indemnité de trousseau si l'élève est titulaire d'un trousseau :

1° Les effets d'habillement et de petit équipement compris dans le tableau du trousseau, ainsi que les livres, ins-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 96.

truments, objets ou fournitures de bureau à délivrer réglementairement à l'entrée à l'école et au fur et à mesure des besoins;

2° La somme de 10 francs par an pour constituer un fonds commun destiné à subvenir à la menue réparation des effets, à la propreté de la chaussure, à la fourniture de l'encre et aux suppléments à donner aux coiffeurs et autres personnes employées au service des élèves, etc.

Lorsque l'élève est titulaire d'un demi-trousseau, ces dépenses, déduction faite du montant de l'indemnité du demi-trousseau, sont à la charge de la famille.

Sont au compte de la famille, que l'élève soit ou non titulaire d'une indemnité de trousseau :

3° Normalement, la somme de 15 francs par an, destinée à former un fonds commun pour pourvoir au remplacement des objets et du matériel de table dont l'usure, le bris ou la perte ne peut être imputé spécialement à un élève;

4° Extraordinairement, les grandes réparations ou le renouvellement des effets ou livres et objets usés prématurément, gaspillés ou perdus; les dégradations faites au matériel de l'école, les bris ou pertes d'objets appartenant à l'État ou à la ville, par suite de négligence ou de méchanceté;

5° La somme de 30 francs pour la bibliothèque de l'école de Bordeaux.

Le conseil d'administration fixe chaque année, sous l'approbation du ministre, les sommes à verser dans la caisse de l'école pour les élèves nouvellement admis, ainsi que ceux de seconde et de troisième année et pour les redoublants, s'il y a lieu, afin de faire face aux dépenses prévues aux paragraphes 1°, 2°, 3° et 4° ci-dessus. L'indemnité mise par le département de la marine à la disposition du conseil d'administration pour chaque élève titulaire d'un trousseau est égale à la somme fixée pour les dépenses prévues aux paragraphes 1° et 2° ci-dessus; l'indemnité du demi-trousseau est la moitié de cette somme.

Les familles des élèves titulaires d'un trousseau ou d'un demi-trousseau ont donc annuellement à leur charge la somme de 15 francs pour les dépenses normales prévues au paragraphe 3° ci-dessus, et sont, en outre, tenues de couvrir, s'il y a lieu, les dépenses extraordinaires, ainsi que la somme de 30 francs pour la bibliothèque.

Aucun élève n'est admis ou réadmis à l'école avant que le versement des sommes exigées ait été opéré en totalité, à moins que le conseil d'instruction n'ait été saisi par le ministre d'une demande d'indemnité de trousseau ou de demi-trousseau, auquel cas le versement peut, en attendant la décision à intervenir, se composer seulement du montant des dépenses normales à la charge de chaque élève et de la somme nécessaire pour parfaire l'indemnité demandée.

Toutes les familles, sans exception, sont tenues de verser dans la caisse de l'école, à première réclamation, les fonds nécessaires pour couvrir les dépenses extraordinaires. En cas de retard, la somme due sera signalée au trésorier général pour être recouvrée par ses soins.

Fait à Paris, le 19 janvier 1899.

Le ministre de la marine,
Edouard Lockroy.

THESES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

79. M. Lebard. Étude clinique sur la syphilis contractée après soixante ans. — 80. M. Louis. Les origines de la doctrine du magnétisme animal. Mesmer et la société de l'harmonie. — 81. M. Wahl. Contribution à l'étude de la descendance des paralytiques généraux. — 82. M. Marchand. Pouls et température dans les accès épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques. — 83. M. Chauveau. Étude critique des opérations pratiquées dans la caisse pour remédier à la surdité chez les sujets atteints d'otite chronique non suppurée. — 84. M. Petit. Contribution à l'étude de la psoïte. — 85. M. Movalès. Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les cancers du larynx. — 86. M. Lalou. Contribution à l'étude du tabes chez les deux conjoints.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 18 janvier 1899, MM. les docteurs Lahaussois, Spindler, Delage, Furst, Pelegrin, Bénard et Briole, ont été, à la suite du concours ouvert le 19 décembre 1898, nommés médecins stagiaires à l'École du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1899, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. — MM. les docteurs Thibault et Violle.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 janvier 1899, a été nommé :

A l'emploi de médecin auxiliaire des colonies. — M. le docteur Faucherand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Deghilage (de Mons); L. Verdinne (de Montigny-sur-Sambre).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'Agence des Voyages économiques, diverses excursions permettant de visiter :

Les deux premières, l'Italie et Nice au moment du Carnaval (du 8 au 18 février et du 9 février au 11 mars).

Prix au départ de Paris : 1re classe, 355 fr. et 940 fr.; 2e classe, 305 fr. et 840 fr., suivant l'itinéraire choisi.

La troisième, Nice pendant le Carnaval (du 9 au 16 février).

Prix au départ de Paris : 1re classe, 300 fr.

La quatrième, la Corse (départ de Nice le 15 février, retour à Paris le 2 mars).

Prix, suivant l'itinéraire choisi : 1re classe, 340 fr. et 355 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence Desroches, diverses excursions permettant de visiter (tous frais compris) :

Les unes : l'Egypte et le Nil (25 janvier au 22 février), première classe, 1850 francs; deuxième classe, 1625 francs; la Syrie, la Palestine, l'Égypte et le Nil (1er février au 8 mars ou 20 avril); première classe, 1650 francs et 3900 francs; deuxième classe, 1500 francs et 3700 francs suivant les itinéraires choisis.

Les autres : Nice, au moment du Carnaval, et l'Italie (du 8 au 18 ou 25 février), première classe, 350 francs et 675 francs; deuxième classe, 300 francs et 625 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 13. — MARDI 31 JANVIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 31 JANVIER 1899. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 janvier 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Dans la dernière séance, on a vu se réaliser — au moins en partie — le rêve de M. Le Gendre. On sait que M. Le Gendre, il y a déjà quelque temps, avait émis cette idée que, si les médecins et les chirurgiens des hôpitaux se réunissaient de temps en temps, pour discuter ensemble les graves questions d'actualité médico-chirurgicale, chacun en retirerait de bons enseignements. Cette proposition fut immédiatement prise en grande considération, mais depuis, il semble qu'on en parle bien peu.

Or, justement la dernière séance de la Société médicale a acquis un gros intérêt, grâce à la présence de M. Tuffier.

A propos d'une communication de M. Guinon, dont le texte suit, M. Tuffier est venu dire les difficultés de la chirurgie pulmonaire, l'insuffisance fréquente des signes stéthoscopiques, la grande utilité de la radiographie.

Voici le cas rapporté par M. Guinon, il est intitulé : **Sur les difficultés de diagnostic de la pleurésie interlobaire.**

On ne saurait trop répéter que le diagnostic de la pleurésie interlobaire peut échapper à l'examen le mieux conduit et à l'observation la plus attentive. L'auteur a eu l'occasion de voir récemment, avec le docteur Sucre (de Saint-Cloud), une femme adulte qui, pendant trois mois, a présenté une expectoration purulente, fétide, sans autres signes stéthoscopiques que des râles sous-crépitants mobiles, plus particulièrement vers le tiers supérieur du poumon gauche. Elle fut examinée successivement par cinq médecins des plus expérimentés, sans qu'on ait pu affirmer l'existence d'une collection purulente.

Cependant, les crachats étaient très purulents, ressemblaient à de la purée de lentilles et contenaient parfois de toutes petites quantités de sang.

En présence d'une symptomatologie aussi insuffisante, on se préparait à pratiquer la radioscopie quand, à la suite d'injections sous-cutanées de créosote, il survint une hémoptysie formidable qui faillit emporter la malade, et une congestion totale, massive du poumon gauche. Dès ce moment, l'état s'aggrava, et les hémoptysies reparurent presque continuellement. On décida cependant une intervention. M. Tuffier put drainer et évacuer une énorme cavité contenue dans le tiers supérieur du poumon gauche; mais, malgré l'amélioration incontestable que donna l'opération, la malade succomba à des hémorragies répétées.

Ce qu'il faut retenir de cette observation c'est : 1° l'insuffisance des moyens stéthoscopiques dans certains cas de collection purulente profonde ; 2° l'utilité remarquable de la radioscopie, qui permet dans ce cas de reconnaître une zone obscure au niveau de laquelle M. Tuffier put opérer.

A cette communication, M. Tuffier ajoute les remarques suivantes : Il faut attribuer la cause si fréquente des échecs opératoires, dans les cas d'intervention chirurgicale sur le poumon, bien plus à l'insuffisance du diagnostic et au défaut de localisation, qu'à l'imperfection de la technique opératoire.

L'existence même de la lésion peut être méconnue par l'auscultation, *a fortiori*, la notion anatomique du siège, pulmonaire ou hépatique. La lésion reconnue, il faut préciser sa hauteur et sa profondeur, afin de l'attaquer par la voie la plus directe. C'est encore très difficile, car il est certain qu'une petite excavation peut simuler une énorme cavité. Enfin, la ponction est impuissante à bien fixer le diagnostic, car 50 p. 100 de ces ponctions sont blanches.

La conclusion de ces faits est la suivante : Il faut ajouter aux éléments de diagnostic que peut fournir l'auscultation, les moyens de contrôle fournis par la radiographie, la radioscopie et la stéréo-radiographie.

M. Béclère, dont la compétence sur ces sujets est indiscutée, affirme à son tour l'importance de ces nouvelles méthodes d'exploration.

M. Chauffard rapporte une observation saisissante de **mort subite au cours d'une crise de colique hépatique.** On ne sait au juste quelle peut être la pathogénie d'accidents semblables. S'agit-il d'une syncope réflexe? C'est l'interprétation qu'on en donne ordinairement. Elle n'est pas applicable au cas particulier, car la terminaison fatale ne s'est pas produite en plein paroxysme douloureux, mais, au contraire, alors que les souffrances étaient déjà calmées.

Il semble plus naturel d'admettre que la mort est de cause toxique. Dans l'observation dont il s'agit, une série de causes concouraient à amoindrir la résistance de l'organisme : alcoolisme, épuisement nerveux dû à sept jours de souffrance, anémie par hémorragies multiples, auto-intoxi-

cation d'origine hépatique. Dans ces conditions, même une dose faible de morphine peut devenir dangereuse et toxique.

M. Duflocq lit, en son nom et en celui de M. Lejonne, une note sur la **culture des micro-organismes inférieurs dans l'eau de mer diversement modifiée**. Pour pouvoir entreprendre des recherches sur l'origine et la nature des sécrétions microbiennes, M. Duflocq a cherché un milieu, sinon exclusivement minéral, du moins dépourvu de toute substance albuminoïde.

Il s'est adressé à l'eau de mer qui, pour devenir un milieu de culture favorable, doit être ramenée au titre de 9 grammes de sels par litre et additionnée de sels divers qui ont pour but d'introduire le phosphore, le carbone et l'azote nécessaires à toute manifestation vitale. Trois liquides ont été particulièrement favorables. Le liquide A est composé d'eau de mer 100 grammes, eau distillée 275 grammes, lactate d'ammonium 2gr50, phosphate d'ammonium 50 centigrammes.

Le liquide C diffère du précédent par le remplacement du phosphate d'ammonium par du phosphate de soude 82 centigrammes. Le liquide E renferme l'eau de mer 100 grammes, l'eau distillée 275 grammes, de l'azotate d'ammoniaque 1 gramme et du glycéro-phosphate de soude 30 centigrammes. Les milieux liquides et les milieux correspondants rendus solides par l'adjonction de gélose ont été ensemencés par les auteurs avec une culture de chaque germe provenant d'un tube de gélose ordinaire. A partir de la troisième génération, les cultures ont été aussi abondantes que celles faites sur les milieux ordinaires.

Les micro-organismes acclimatés par MM. Duflocq et Lejonne sont le bacille d'Éberth, le bacille de la psittacose, le vibrion cholérique, le pneumo-bacille de Friedlander et le bacille pyocyanique, pour les bactéries pathogènes. Ils ont cultivé encore un tétragène citrin et le bacille subtilis, enfin quatre champignons : l'aspergillus niger, l'actinomycose, les champignons de la teigne et du muguet. Ces micro-organismes gardent donc leur vitalité dans ces milieux comme le prouvent les dix à douze générations successivement obtenues.

Les bactéries pathogènes acclimatées conservent leur virulence, comme le démontrent les inoculations faites aux animaux qui périssent en vingt-quatre à quarante heures.

Les bactéries sécrètent leurs toxines dans ces liquides, car les injections des cultures chauffées ou filtrées au filtre Chamberlant tuent les animaux plus ou moins rapidement avec une baisse accentuée de la température ou un amaigrissement considérable selon la quantité de liquide injecté (1 à 3 centimètres cubes par 100 grammes d'animal).

L'analyse chimique du filtrat, faite par M. G. Bertrand, a démontré que le vibrion cholérique de Massaouah produit dans le liquide A au moins une matière albuminoïde solide et que cette matière est du groupe de l'albumine ordinaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Le charlatanisme médical (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur P. REILLE.)

Une autre variété de médecins charlatans sont ceux qui prescrivent des médications destinées à *frapper l'imagination des malades* par leur étrangeté. Ils peuvent obtenir de bons résultats dans le cas de maladies nerveuses et particulièrement dans l'hystérie ; c'est, du reste, de la même façon que se produisent les miraculeuses guérisons de Lourdes et de la Salette.

Le docteur Potain m'a communiqué une ordonnance qui lui a été montrée chez une personne auprès de laquelle il a été appelé en consultation. Elle est ainsi conçue :

Urine d'un enfant de six ans, une cuillerée à bouche trois fois par jour.

Un autre médecin, le docteur G..., ordonnait à un malade de dormir dans une écurie, attaché à l'aide d'une corde ; ce même médecin prescrivit, à une personne atteinte de cancer de l'estomac, de vivre continuellement sur un bateau à vapeur, qui devait descendre et remonter le Rhône entre Lyon et Avignon. En même temps, il lui était ordonné de faire jouer de la musique pendant ses repas et de manger en mesure.

Il y a longtemps déjà, je soignais avec Gosselin une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'une inflammation de la tête du fémur. Sous l'influence du repos au lit, l'état de l'articulation coxo-fémorale s'améliora, mais à mesure que les phénomènes d'inflammation diminuaient, les symptômes de coxalgie augmentaient. Cette jeune fille était devenue hystérique et ne présentait plus que de la contracture due à cet état nerveux spécial. Je prévins un parent que cette malade était appelée à guérir subitement, à la suite d'une émotion vive, à condition toutefois que ni elle ni sa mère ne fussent prévenues.

Un matin, je me présentai au domicile de cette personne, et je fus reçu par la femme de chambre, qui ne put retenir un ton railleur. J'étais fixé, la guérison était obtenue. J'entrai dans la chambre, et je vis sur une table une feuille de papier et une plume prêtes, afin que je fisse un certificat constatant la guérison. J'appris alors que, la nuit précédente, on avait placé sur le lit de cette jeune fille les ossements d'un ecclésiastique qui avait été fusillé pendant la Commune.

Je voulus bien faire le certificat, sur lequel je notai : qu'ainsi que j'en avais prévenu l'oncle de la jeune fille, à la suite de l'émotion vive causée par le contact d'ossements humains, la contracture avait cessé. Je n'ai pas besoin de dire que ce certificat ne donna pas entière satisfaction à mes clients.

Ces cas de médications étranges ne sont pas rares, et, ce qui est plus étonnant, c'est que les malades les exécutent scrupuleusement. J'ajouterai que ce n'est pas seulement dans les classes pauvres, mais aussi parmi les personnes qui ont reçu l'éducation la plus soignée, que se recrutent les meilleurs clients de ces charlatans, qui abusent de leur crédulité vraiment inconcevable.

Enfin, une variété de charlatanisme très répandue est celle qui consiste à donner aux malades des *consultations par correspondance*. Il n'est pas question des malades que le médecin traite habituellement, mais de ceux, inconnus de lui, qui lui indiquent par lettre les divers symptômes qu'ils ressentent et demandent une médication appropriée.

Il y a quelques jours, je reçus une lettre de ce genre qui m'était adressée par un instituteur de Corse, dont le fils est phtisique. Cette lettre n'était d'un bout à l'autre qu'un cri de douleur. Que pouvais-je faire et que devez-vous faire dans un cas analogue ? Il faut répondre, c'est une question d'humanité. Vous pouvez donner quelques conseils généraux,

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 93.

mais vous devez en même temps prévenir votre correspondant qu'il vous est impossible de traiter un malade sans l'avoir vu et lui conseiller de faire appeler un médecin.

Le traitement par correspondance se pratique surtout en province. Un malade de Béziers m'écrivait, en 1892, pour se plaindre à moi des agissements d'un médecin qui faisait de la réclame à la quatrième page du « Petit Méridional », journal publié à Montpellier.

Ce docteur de R..., qui donnait à Paris des consultations en son hôtel, rue M..., faisait suivre son nom d'une multitude de titres : il était professeur libre de pathologie générale de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux, ancien médecin chef des hôpitaux militaires, spécialiste, membre de l'Académie nationale, de la Société des anciens officiers, membre de la Légion d'honneur, grand officier de l'ordre du Mérite littéraire, scientifique et artistique de France, officier de la légation militaire de Saint-Maurice, etc.

Ébloui par cette multiplicité de titres, ce malade peu fortuné, puisqu'il ne gagnait que 83 francs par mois, écrivit au docteur de R..., qui lui adressa un petit opuscule, lui recommandant de répondre au questionnaire qui y était contenu. Il était ainsi conçu :

1. Vos noms et votre âge? — 2. Votre profession, votre domicile et la gare la plus rapprochée? — 3. Votre tempérament et votre caractère? — 4. Votre constitution est-elle bonne, et quel est votre état général? — 5. Y a-t-il dans votre famille une maladie et avez-vous une maladie héréditaire? — 6. Avez-vous eu des maladies avant celle-ci, et lesquelles? — 7. Avez-vous eu des chagrins, avez-vous souffert de privations ou d'excès de travail? — 8. Votre appétit et votre digestion? — 9. Comment allez-vous à la selle? — 10. Comment sont vos urines? — 11. Votre sommeil? — 12. Quel est votre régime ordinaire? — 13. Avez-vous contracté des affections de mauvaise nature? — 14. Comment a débuté votre maladie actuelle et depuis quand? — 15. Quel nom les médecins lui ont-ils donné? — 16. Quels traitements avez-vous suivis, et quels effets ont-ils produits? — 17. Êtes-vous marié ou mariée, et, dans ce dernier cas, avez-vous eu des enfants ou des fausses-couches? — 18. Comment êtes-vous réglée? — 19. Bien m'exposer votre état actuel et les observations et renseignements complémentaires que vous jugerez à propos.

En m'envoyant les réponses à ce questionnaire, veuillez joindre à votre lettre un mandat-poste de dix francs, prix de ma consultation par correspondance, et m'envoyer, en même temps, une fiole contenant de l'urine du matin, pour être analysée en notre laboratoire d'uroscopie.

Ayant répondu aux demandes du questionnaire et ayant envoyé le prix de la consultation, le malade reçut une nouvelle lettre ainsi conçue :

Monsieur,

J'ai reçu votre lettre, en date du ..., qui est très explicite, et je suis parfaitement fixé sur votre maladie, qui rentre dans la catégorie de celles que je traite spécialement avec *succès assuré*. Mes guérisons, à ce jour, sont de 96 sur 100 (statistique du dernier semestre).

Je vous *entreprendrai* donc volontiers, et vous assure une guérison radicale, à condition que vous suiviez mon traitement *sans interruption*, etc.

Voici l'ordonnance :

1. Prendre ma *tisane jaune* } électro-dynamiques. *Voir le*
2. Prendre ma *tisane verte* } *mode d'emploi sur les étiquettes.*
3. Appliquer nuit et jour *quatre disques dynamiques* au sommet des poumons, *deux* en avant, *deux* en arrière, ainsi qu'il est dit dans mon petit livre (voir table des matières).
4. Prendre ma *tisane noire électro-dynamique.*
5. Soir et matin, *lavages* des endroits douloureux avec mes *plantes aromatiques*, additionnées de ma *lotion électro-dynamique.*
6. Aussitôt après, onctions sur les mêmes parties avec ma *pommade électro-dynamique.*
7. Prendre chaque jour les granules suivantes : six granules de strychnine, six granules de quassine.

Vous prendrez ces granules de la façon suivante : *trois de chaque sorte*, une demi-heure avant le repas de midi (soit six ensemble), *trois de chaque sorte*, une demi-heure avant le repas du soir.

Il est bien entendu que ces granules devront être mises dans la cuillerée de tisane jaune que vous aurez à absorber aux mêmes heures. (Le prix de l'étui de ces granules est de 8 francs.)

La note des médicaments ainsi fournie était la suivante :

1 tisane jaune	5 fr. 50
1 — verte	5 50
1 — noire	5 50
1 lotion	5 50
1 pommade	6 »
1 étui granules arséniate de strychnine	4 »
1 — — quassine	8 »
1 — — narcéine	8 »
4 disques électro-dynamiques	10 »
	54 fr. »

La note était soignée, vous le voyez. Le pauvre malade ainsi dupé se trouvait plus mal après l'application de tous ces remèdes; il me demandait de purger la société de ce charlatan. Malheureusement, je n'y puis rien, si ce n'est mettre le public en garde contre ces quelques docteurs, d'ailleurs très peu nombreux, qui avilissent notre profession par un charlatanisme éhonté.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la variole.

I. *Traitement général.* — Le seul traitement interne qui paraisse actif consiste dans l'emploi combiné de l'opium et de l'éther (médication éthéro-opiacée du docteur du Castel).

a. Injecter matin et soir, dans le tissu cellulaire de la partie antéro-externe de la cuisse, de la fesse ou de la région lombaire, une pleine seringue de Pravaz d'éther.

Ou bien donner au malade six à dix cuillerées de sirop d'éther par jour.

b. Faire prendre matin et soir 10 centigrammes d'extrait thébaïque (abaisser les doses à 7 centigrammes chez la femme).

Perchlorure de fer	xx gouttes
Sirop de fleurs d'oranger	25 grammes
Eau	100 —

A boire dans la journée.

Le malade prendra, de plus, de 40 à 80 grammes d'alcool.

Le traitement n'est efficace que s'il est institué pendant les premiers jours de l'éruption.

Il est utile surtout dans les cohérentes graves et on doit alors en combiner l'emploi avec celui des bains froids. La température de ces derniers sera de 18 à 20 degrés chez l'adulte, de 21 à 23 degrés chez l'enfant. Ils sont indiqués toutes les fois qu'il y a de l'hyperthermie et des accidents nerveux graves.

On ne devra pas hésiter à faire une saignée de 300 ou 400 grammes chez les individus vigoureux, qui ont une dyspnée intense, présentent des phénomènes congestifs pulmonaires ou encéphaliques.

Dans les varioles très discrètes, expectation déguisée.

A la période d'invasion, combattre la rachialgie par des frictions avec :

Chloroforme	10	grammes
Essence de térébenthine	10	—
Baume de Fioraventi	80	—

Laxatif léger contre la constipation.

A la période d'éruption, bains tièdes, que l'on continuera pendant la suppuration.

L'alcool est toujours utile; en forcer les doses chez les alcooliques.

Hygiène alimentaire : lait, potages, boissons abondantes.

II. *Traitement externe.* — L'emploi du sublimé à l'extérieur donne d'excellents résultats. La pratique du docteur Talamon, modifiée par le docteur Richardière, répond à toutes les indications.

Donner deux fois par jour des bains à 33-35 degrés, renfermant 10 grammes de sublimé dissous dans l'alcool; durée du bain : un quart d'heure.

Pendant la dessiccation, un seul bain dans les vingt-quatre heures, puis ensuite bains simples que l'on peut additionner d'acide borique.

Couvrir la tête des malades avec des bandes de tarlatane trempées dans une solution de sublimé à 50 centigrammes par litre. Une bande avec un prolongement en languette sur le nez cache le front et descend jusqu'aux sourcils. Une autre bande encadre la figure, recouvrant le plus complètement possible le menton et les joues; enfin, une dernière bande, taillée en forme de sablier, est passée sous le nez, entre lui et la bouche, et rejoint par ses bords les bandes latérales. Les bandes de tarlatane doivent être laissées à demeure pendant toute la durée de la maladie. On pulvérise dessus, plusieurs fois par jour, la solution de sublimé, en ayant soin de protéger les yeux par un tampon d'ouate imbibé de solution boriquée. On peut se contenter de mouiller les bandes avec de l'ouate hydrophile trempée dans la solution mercurielle.

Appliqué dès le début de l'éruption, le pansement empêche, dans la plupart des cas, la suppuration de se faire et les éléments éruptifs sèchent sur place. A tout moment de la variole, il empêche les infections secondaires. Appliqué tardivement, il diminue la durée de la suppuration.

Les accidents d'hydragyrisme sont excessivement rares.

On doit veiller avec soin à l'antisepsie des muqueuses, faire laver la bouche et les yeux avec l'eau boriquée, badigeonner le pharynx toutes les deux heures avec un mélange à parties égales de salol et de glycérine.

Il faut à tout prix laver les conjonctives au moins une fois par jour, et ne pas hésiter à employer les écarteurs si les paupières sont trop tuméfiées.

Chez les personnes qui redoutent beaucoup les cicatrices, M. Dujardin-Beaumetz conseille d'appliquer sur le visage de l'emplâtre de Vigo, *cum mercurio* en masse épispastique et saupoudré ensuite avec de l'amidon. On ferme par de nouvelles couches de pommade et d'amidon les fissures qui se produisent. Sauf au pourtour des lèvres, où l'emplâtre n'adhère pas, s'il est appliqué dès le début de l'éruption, il fait avorter les pustules. Mais le masque est excessivement pénible à supporter.

Hébra fait poudrer les téguments, après les bains, avec le mélange suivant :

Acide salicylique	10	grammes
Poudre de talc } *ââ*	50	—
— d'amidon }		

Le traitement de choix pour les cohérentes et les cohérentes confluentes sera la médication éthéro-opiacée unie à l'emploi du sublimé à l'extérieur.

Dans les discrètes et les varioloïdes, il suffira de prescrire des bains tièdes, deux par jour, que l'on fera suivre d'une onction avec la pommade suivante :

Vaseline	20	grammes
Salol	1gr50	

On saupoudrera ensuite avec la poudre d'Hebra.

III. *Traitement des complications.* — On emploiera la caféine (de 50 centigrammes à 1gr50 par vingt-quatre heures) dans le cas de myocardite (rejeter la digitale); l'opium et les bains froids combattront les accidents nerveux, l'alcool, le délire alcoolique.

Dans la variole hémorragique, on emploiera les préparations d'ergot, l'alcool, l'acétate d'ammoniaque :

Acétate d'ammoniaque	15	grammes
Eau de menthe }		
— de fleurs d'oranger } *ââ*	30	—
— de mélisse }		
Sirop d'éther } *ââ*	20	—
— de capillaire }		

par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Le perchlorure de fer est inutile.

Les moyens mécaniques dirigés habituellement contre les hémorragies (glace, tamponnement, etc.) compléteront un traitement qui sera malheureusement toujours inefficace dans la variole hémorragique d'emblée.

En effet,

Les varioles confluentes et hémorragiques d'emblée sont toujours mortelles ;

Les varioles hémorragiques secondaires et les cohérentes sont graves sans être mortelles ;

Les varioles discrètes peuvent devenir graves par certaines complications, mais elles guérissent le plus souvent;

Les varioloïdes guérissent toujours (Huchard). — (*Bull. méd.*)

VARIÉTÉS

René Marjolin (1812-1895).

Par M. Paul Reclus, secrétaire général de la Société de chirurgie.

I

René Marjolin naquit le 4 juin 1812, dans la rue Vieille-du-Temple, à Paris. Pour nous, qui sommes d'un coin béni de la province, l'enfance est invinciblement liée dans notre esprit à l'idée de campagne; nous ne la comprenons qu'au pied de quelques Alpes, au bord d'un gave ou près de la mer; le pays natal, c'est la nature libre, les larges espaces, les bois, les oiseaux et les fleurs. Nous seuls comprenons le mot charmant d'« école buissonnière », et nous plaignons ceux dont les murs bornèrent le jeune horizon. Cependant, ils ont aussi leurs souvenirs les vrais Parisiens de Paris, nés à l'ombre de cet ancien Hôtel de Ville où battit si souvent le cœur même de la patrie, dans cette rue Vieille-du-Temple, si vivante lorsque René vint au monde, et superbe encore dans le cadre somptueux de ses palais où chaque pierre est marquée par l'histoire. Que de visions l'enfant dut évoquer sous ces porches hautains, dans ces larges cours sombres, à l'entrée de l'étroit passage où périt le duc d'Orléans ! que de rêves il put suspendre aux fenêtres gothiques, aux murs écussonnés, aux cadrans solaires de l'ambassade de Hollande, aux briques roses de l'hôtel de Rohan, à ces exquises sculptures de la tourelle Barbette ! Mais ces sensa-

tions, vives ou confuses, le jeune René ne les exprimait guère : sa jeunesse fut silencieuse et même comprimée par la gravité de sa mère, femme de devoir et de dévouement, qui tint son fils sous une étroite tutelle. Elle mourut, en 1885, à quatre-vingt-quinze ans, et René Marjolin, alors plus que septuagénaire, comptait encore avec ses volontés.

René entra à l'institution Massin et suivit les cours du collège Charlemagne; il y fit de bonnes études et en sortit pour prendre ses inscriptions à la Faculté de médecine; il avait alors dix-huit ans, et ses débuts dans la carrière furent rudes: le jeune bénévole était à Beaujon dans le service de son père, lorsque le peuple de Paris renversa Charles X. Ce spectacle de la guerre civile, que le destin ne devrait infliger qu'une fois au même homme, ou mieux, épargner à tous, il le revit aux journées de Juin, au coup d'État et pendant la Commune. Ses émotions des « trois glorieuses » étaient à peine dissipées que le choléra plonge Paris dans l'épouvante. La guerre civile et la peste, ce fut là son initiation. Y découvrit-il « le sens de la vie »? Toujours est-il que, dans son indignation devant les cruautés et les douleurs, devant le mal que font et l'homme et le destin, il se rangea dès lors à côté du pauvre, avec les malheureux et les déshérités.

Ses études médicales furent solides. Dupuytren le prit comme externe; en accordant ce rare privilège au fils, il montrait en quelle estime il tenait le père. Les rapports entre ces deux maîtres n'avaient pas été toujours excellents. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu avait bien accueilli Marjolin qui fut, à ses débuts, prosecteur sous ses ordres et le concours de 1812, où le maître et l'élève luttent pour la même place, ne laissa derrière lui ni rancune ni plaie d'amour-propre. Mais on sait le malheureux caractère de Dupuytren; malgré tous les honneurs, malgré tous les succès, au faîte où il dominait seul, il vivait mordu par la jalousie; le premier rang lui était dû et il ne souffrait personne au second ; dès qu'un caractère ou un talent s'affirmait, il redoutait en lui un successeur ou un rival. Gilbert de Savigny avait attribué à Laënnec une découverte revendiquée par Dupuytren : Marjolin prit la défense de Gilbert, son compagnon de l'École pratique, et l'ami de toute sa vie. Dupuytren supporta mal cette indépendance et l'amitié se relâcha, sans toutefois être rompue. L'appel du jeune René dans le service du grand homme fut le gage de la réconciliation. En 1834, l'externe devenait interne, le dix-huitième sur une liste où se lisaient les noms de Laborie, de Vigla et qu'ouvrait celui de Barthez.

Tout en préparant son concours du Bureau central, René Marjolin fit plusieurs voyages d'étude. Il visite l'Augleterre, où il reçoit un charmant accueil; le nom de son père avait franchi le détroit et Astley Cooper, Lawrence, Charles Bell, Syme, Benjamin Brodie se disputèrent le jeune Français, qui partagea son temps entre les musées et les hôpitaux; — plus tard, en Italie, ceux-ci furent un peu délaissés au profit de ceux-là. Puis, il connut les principales villes de France : à Tours, Bretonneau et lui s'entretiennent surtout de botanique et échangent leurs fleurs rares; mais à Bordeaux, à Marseille, il fréquente assidûment les services dont les chefs étaient ou les élèves ou les amis de son père. Il parcourt ensuite les stations thermales des Pyrénées. En 1843, il est en Allemagne; à Heidelberg, il voit Tiedmann, Chœlius et Nægele; Textor à Wurtzbourg, et Humboldt, Dieffenbach, Muller à Berlin.

Notre voyageur constate que les services de chirurgie n'y sont pas mieux organisés qu'en France, mais l'infection purulente y est moins fréquente. A Prague, Pytha compte, dans une année, 14 succès sur 16 amputations de membres. Nos maîtres de Paris auraient, hélas! à renverser la proportion. Marjolin cherche les causes de ces guérisons extraordinaires; Il pense que nous entassons trop de blessés dans nos salles, qu'on met trop de charpie sur les plaies et qu'on les recouvre trop souvent de cérat. Ainsi, sur bien des points, on fait mieux ailleurs que chez nous; il faut donc étudier les méthodes étrangères. Il conjure la Faculté, l'Académie de médecine, l'Assistance publique de créer des bourses de voyage pour les quatre premiers internes. Le patriotisme ne consiste pas à mépriser ce qui est hors de nos frontières; il faut que notre pays soit le meilleur et le plus libre. Cette patrie que nous adorons, nous la voulons telle que la firent nos ancêtres, intacte au dedans, au dehors et toujours généreuse.

René Marjolin fut nommé chirurgien du Bureau central à trente ans, et l'année suivante, en 1843, il prenait la part la plus active à la fondation de notre Société. Depuis que la Convention avait supprimé l'Académie royale, la chirurgie française n'avait plus de centre d'action. Auguste Bérard eut l'idée de réunir, chaque semaine, les chirurgiens les plus actifs : 16 de ses collègues répondirent à son appel, parmi lesquels Gustave Monod, Huguier, Robert, Michon, Lenoir, Denonvilliers, Malgaigne, Chassaignac, Maisonneuve, Nélaton, et la Societé de chirurgie était fondée. Il faut en lire l'intéressante histoire dans la remarquable notice que mon prédécesseur, Charles Monod, écrivit à l'occasion de notre cinquantenaire. Les séances se tinrent d'abord au vieil Hôtel de Ville; sa caisse, riche de 300 francs environ, fut pillée aux journées de Juin; Gosselin lui offrit alors l'hospitalité de l'École pratique; puis la compagnie émigra rue d'Anjou-Dauphine, dans la salle de la Société philomatique; enfin, avec le succès naquirent les ambitions; nous devînmes propriétaires à notre tour et, non sans fierté, nous nous installâmes ici, dans ces salles que, devenus exigeants, nous trouvons maintenant trop petites pour notre fortune grandissante.

Le plus jeune des membres, René Marjolin, fut aussi le plus actif de la nouvelle Société. Premier trésorier d'un modeste trésor, sa main discrète éloigna de nous un calice amer quand, vers 1848, le manque d'argent allait nous contraindre à publier nos bulletins dans un format plus modeste. Une fois la question financière résolue, Marjolin prit la direction des archives et créa cette bibliothèque qui devait mourir de sa croissance même et comme étouffée dans nos chambres étroites par le flot débordant des livres. Ensuite, on crée pour lui, en 1853, les fonctions de secrétaire général, et il inaugure l'usage du compte rendu annuel de nos travaux qu'il rédigea régulièrement jusqu'à 1858, après avoir liquidé l'arriéré des dix années précédentes. En 1859, il est nommé vice-président, et président en 1860, unique exemple d'un membre qui ait assumé la responsabilité et les fatigues de toutes les fonctions du bureau, Enfin, lors de notre cinquantenaire, seul survivant avec Maisonneuve du premier groupe des sociétaires, il fut le président d'honneur de la touchante cérémonie.

Là ne se bornèrent pas ses bienfaits: la Société naissante était mal vue des potentats de la chirurgie, membres de l'Académie de médecine et de l'Institut; maussades et même hostiles, ils se tenaient à l'écart, quand René Marjolin nous amena son père. L'exemple venait de trop haut pour ne pas être suivi, et Roux, Cloquet et Velpeau réclamèrent le titre de membre honoraire. On doit encore à René Marjolin une conquête précieuse : celle de son grand-père, René Duval. C'était en 1852 : Duval avait alors quatre-vingt-quatorze ans; Hippolyte Larrey, rapporteur de la candidature, sut marquer, en termes graves et nobles, quel honneur nous faisait ce vieillard, le dernier membre de l'Académie royale de chirurgie, et dont la présence était comme la tradition vivante unissant la nouvelle à l'ancienne assemblée. René Duval, ce contemporain des maîtres qui instruisirent les maîtres de nos maîtres, ne fut pas seulement éminemment décoratif : à quatre-vingt-quinze ans il lut à la Société son

commentaire du serment d'Hippocrate ; il mourait l'année suivante et, pour perpétuer sa mémoire, son petit-fils créa le prix Duval dont, plus tard, il tripla la valeur. Aussi, est-il désigné sous le nom de Marjolin-Duval : c'est le plus ancien de nos prix, celui auquel nous sommes le plus attachés, car il est lié aux origines les plus touchantes de notre Société.

Dans l'intervalle, Marjolin était devenu chirurgien de Sainte-Marguerite, et de cette époque date sa vraie mission chez les pauvres. Le milieu était propice : en plein faubourg Saint-Antoine, au centre de ce foyer de misère, il voyait s'accumuler dans ses salles tous les déchets de la rue, tous les enfants blessés et infirmes, négligés ou même abandonnés par leurs parents, les pervertis, les inoculés, les tarés. Il fallait, après les avoir guéris, songer, pour eux, d'abord au pain du lendemain, puis essayer de les enlever à l'armée du crime : tâche rude, mais Marjolin trouve des auxiliaires, les deux chefs de service, Jules Bergeron et Barthez. A eux trois ils commencent par fonder, dans la Brie, en pleine campagne, une maison de convalescence pour les fillettes de l'hôpital. M. Créquy, interne de l'un d'eux, m'a dit quel souvenir il avait gardé de cet asile où maîtres et élèves formaient une famille unie par un devoir commun.

Jules Bergeron nous reste encore : jeune de cœur, jeune d'idées, toujours sur la brèche, il nous rend l'inappréciable service de vivre ; il montre à notre génération désorientée l'exemple de ces libéraux à l'esprit libre et tempéré, dont la mesure n'excluait pas l'énergie et qui nous manquent tant à cette heure.

Barthez était de cette même race ; sa grande clientèle ne nuisait pas à son service où il passait le meilleur de la matinée. Il était médecin du prince impérial, et Marjolin, obsédé des misères humaines dont il était le continuel témoin, indiquait chaque jour à son collègue une réforme nouvelle à proposer à l'empereur, que, du reste, il put bientôt aborder lui-même. L'hôpital Sainte-Marguerite venait d'être transformé en hôpital d'enfants et dédié à sainte Eugénie, en l'honneur de l'impératrice. Celle-ci ne le visitait guère, mais elle était remplacée dans cette tâche de protectrice par l'amie d'enfance de Louis-Napoléon, Mme Cornu, dont la noblesse de cœur fut proclamée même par les ennemis du régime : Marjolin sollicita d'elle une audience de l'empereur, lorsque fut décidée la reconstruction de l'ancien Hôtel-Dieu. Les plans en étaient absurdes : on allait accumuler là, en plein cœur de Paris, plus d'un millier de malades, et cela lorsque l'entassement des blessés était reconnu comme la cause la moins discutable de l'infection purulente. Marjolin, appelé aux Tuileries, y plaida si vigoureusement qu'un instant la partie fut gagnée ; mais, en fin de compte, Haussmann triompha de la science, de la raison, de l'humanité, et l'Hôtel-Dieu fut élevé à l'ombre de Notre-Dame. Si Lister et Guérin l'ont sauvé de la pyohémie, les millions engloutis dans la monstrueuse entreprise ont consommé la ruine de notre Assistance publique. (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 6 au 11 février 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 6 FÉVRIER 1899, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie*, *salle n° 1* : MM. Lannelongue, Reclus et Varnier ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Blum, Broca (Aug.) et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Dupré ; — M. Méry, suppléant.

MARDI 7 FÉVRIER, à une heure. — 2e (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Le Dentu, Budin et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Berger, Quénu et Bonnaire ; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Hartmann et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Hallopeau et Roger ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Marfan ; — M. Albarran, suppléant.

MERCREDI 8 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Reclus et Sébileau.

3e (oral, 1re partie, 1re série), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Pinard, Walther et Legueu.

3e (oral, 2e série), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Blum, Humbert et Lepage ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

JEUDI 9 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Thiéry et Faure.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Panas, Rémy et Bonnaire.

3e (2e partie, ancien régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Hutinel, Achard et Thiroloix ; — M. Vaquez, suppléant.

VENDREDI 10 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

4e *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Humbert et Walther ; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Wurtz ; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Legueu, suppléant.

SAMEDI 11 FÉVRIER, à une heure. — 2e (2e partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant.

3e (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Debove, Hallopeau et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Vaquez et Langlois ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Berger, Albarran et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Cornil, Troisier et Thiroloix ; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Quénu et Bonnaire ; — M. Marfan, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le classement général et la répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1899 auront lieu comme suit :

Internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 14 février à deux heures ; — de première année, internes provisoires, le mercredi 15 février, à deux heures.

Externes de troisième année, le jeudi 16 février, à une heure et demie ; — de deuxième année, le samedi 18 février, à une heure et demie ; — de première année, première moitié de la liste, le jeudi 23 février, à une heure et demie ; — deuxième moitié de la liste, le vendredi 24 février, à une heure et demie.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours ; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

— La médaille qui a été souscrite par les collègues, élèves et amis de M. le professeur Farabeuf, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, doit lui être remise le vendredi 3 février, à quatre heures, à l'ouverture de son cours dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les médailles destinées à chacun des souscripteurs leur seront ultérieurement envoyées à domicile.

— La Société de chirurgie propose, pour le prix Gerdy à décerner en 1899, la question suivante : « Anatomie pathologique et traitement du torticolis congénital ».

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brèthes (de Paris), Édouard Charnaux (de Vichy) et J.-S. Morand, ancien directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. Gilles de La Tourette : policlinique des maladies du système nerveux, à dix heures, à l'hôpital Saint-Antoine (laboratoire Axenfeld).

— Situation exceptionnelle offerte à jeune médecin cherchant à se créer une clientèle. — Il faut disposer de 15 000 francs. — Voir ou écrire à M. de Garcin, 45, rue Lafayette.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 14. — JEUDI 2 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 2 FÉVRIER 1899. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la dernière séance, M. Chauvel, chirurgien, avait, dans un travail important sur l'appendicite dans l'armée, vanté dans une certaine mesure les bienfaits du traitement médical. Dans la séance d'hier, M. Dieulafoy, médecin, a pris la parole pour protester contre cette opinion que le traitement médical peut être de quelque efficacité dans certains cas d'appendicite et pour défendre de nouveau, et toujours avec la même énergie, le traitement chirurgical comme le seul rationnel et efficace. Pour M. Dieulafoy, il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite. Voilà, il faut l'avouer, un bel hommage rendu par la médecine à la chirurgie. Il faut que la conviction de l'éminent professeur de clinique médicale soit bien arrêtée, bien ferme pour faire ainsi table rase des moyens médicaux et passer si complètement la main aux chirurgiens. A l'appui de l'opinion qu'il soutient, M. Dieulafoy a apporté de nouveaux faits qui l'ont conduit aux conclusions suivantes :

« 1° Le traitement médical de l'appendicite (ce qui pour moi n'est qu'une abstention déguisée) est une pratique qui doit être abandonnée, puisqu'elle aboutit à une mortalité de 30 p. 100.

2° Le traitement chirurgical est le seul traitement rationnel de l'appendicite, mais encore faut-il que l'opération soit faite à temps ; c'est là une condition absolument essentielle. Il faut supprimer le foyer appendiculaire, ce foyer toxi-infectieux au premier chef, avant que des désordres irréparables d'infection et de toxicité aient eu le temps de se produire. Jamais l'axiome suivant n'a été plus vrai : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* »

M. Championnière a fait un rapport sur un travail de M. Loir, directeur de l'Institut Pasteur à Tunis, relatif à un cas de guérison d'une hernie inguinale gênante et difficile à contenir, par l'usage de la bicyclette. Il était bien difficile que M. Loir pût espérer un rapporteur plus favorable. La ferveur de M. Championnière pour la pédale est bien connue et personne mieux que lui, surtout à l'Académie, ne pouvait traiter un pareil sujet. Il y a longtemps déjà que M. Championnière conseille aux hernieux les différents sports, et en particulier la bicyclette, qui, de tous les sports, est bien certainement le plus favorable aux hernieux. Cette intéressante communication n'a pas été écoutée sans quelque étonnement. Mais il faut bien se rendre à l'évidence des faits, et M. Championnière nous en a cité quelques-uns qui paraissent bien concluants.

Grâce à M. Laborde, nous avons eu le plaisir d'entendre un peu de musique au début de la séance. Il nous a présenté un phonographe perfectionné dont les sons sont amplifiés et plus nets, presque enchanteurs.

Signalons un rapport de M. Laveran sur un travail intéressant du docteur Ross, relatif au rôle des moustiques dans l'infection palustre. L'importance des recherches de M. Ross, au point de vue pratique, c'est que, parmi les mesures prophylactiques contre le paludisme, il faut ranger tous les moyens de protection contre les moustiques.

HOPITAL BICHAT. — M. H. BARBIER.

Tuberculose de la gorge. Perforation du voile du palais [Tuberculose d'inoculation directe probable (1)].

Dans la séance du 21 octobre 1898 de la Société médicale des hôpitaux, M. Du Castel a communiqué, avec pièces à l'appui, l'observation d'une perforation du voile du palais due à la tuberculose. D'après ses recherches, en dehors de l'observation déjà publiée par M. Talamon, cette observation serait unique.

C'est pourquoi j'ai pensé qu'il était utile de communiquer à la Société l'observation suivante de « perforation du voile du palais due à la tuberculose ».

Cette perforation ne s'est pas développée isolément, il est vrai, mais elle a été un épisode passager dans le cours d'une tuberculose amygdalo-pharyngée chez une femme dont voici l'histoire :

X. R..., trente-deux ans, se présente à la consultation de l'hôpital Bichat le 15 décembre 1898. Antécédents héréditaires : aucun antécédent tuberculeux.

La malade, fille unique, n'est pas mariée, a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de sept ans. A cet âge, bronchite qui dure six semaines. Cette bronchite n'a été accompagnée ni de sueurs, ni d'amaigrissement, ni d'hémoptysie. Depuis,

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

elle garde simplement une prédisposition à s'enrhumer l'hiver. Aucun stigmate de syphilis.

Pendant quatre ans, la malade a cohabité avec une personne qui est morte tuberculeuse, il y a un an, et avec qui elle couchait.

Cette personne se servait d'un crachoir renfermant une solution antiseptique.

La maladie actuelle semble avoir débuté au mois d'octobre 1898. Cependant, dès le mois de mars de la même année, la malade a maigri et perdu ses forces sans toux, sans sueurs, sans hémoptysies.

Au mois de septembre 1898, elle semble avoir eu une grippe qui aurait débuté par un coryza avec bronchite, courbature, etc.

Un mois après, elle commence à se plaindre de son mal de gorge, en même temps qu'un petit ganglion douloureux sous-angulo-maxillaire se développait à droite et que sa voix se couvrait par instants.

Dans le cours des mois de novembre et décembre, les douleurs de la gorge augmentent sans retentissement dans les oreilles, et au moment seulement de la déglutition; une salivation très abondante gêne la malade.

Elle se présente, le 15 décembre, à la consultation de l'hôpital Bichat. A ce moment, on constate, sur le pilier antérieur droit, à la partie inférieure, une surface végétante semi-lunaire, grosse comme la moitié d'une pièce de 20 centimes et d'une couleur rouge-vif sur laquelle se détachent par places des petits points blanchâtres miliaires faisant corps avec la muqueuse.

L'amygdale droite est ulcérée d'une façon irrégulière; elle n'est pas tuméfiée. Le fonds de l'ulcération, d'aspect bourgeonnant et rougeâtre, présente par places des placards jaunes, polycycliques, irréguliers, faisant également corps avec la paroi muqueuse et ne ressemblant nullement à de fausses membranes.

Cette ulcération prend à peu près le tiers de l'amygdale dans le voisinage de la partie bourgeonnante du pilier, à peu près du volume de l'amande d'une noisette.

La déglutition est fort douloureuse, la salivation est abondante.

L'examen des mucosités amygdaliennes, fait à ce moment, ne donne pas de bacilles de Koch.

La malade revient nous voir une dizaine de jours après. L'ulcération végétante du pilier antérieur est toujours dans le même état, mais l'ulcération de l'amygdale a considérablement progressé. L'amygdale est creusée, comme par une curette, d'une caverne dont le fond présente toujours les mêmes caractères et de la grosseur d'une bille d'enfant. De plus, il existe, à la partie supérieure de l'amygdale, une ulcération destructive, qui empiète sur le voile du palais sur une longueur de 2 ou 2 centimètres et demi et sur une largeur de 1 à 1/2 centimètre.

Les bords de ces ulcérations sont rouges, bourgeonnants, et renferment des dépôts caséeux.

Un peu plus loin, et dans la direction de cette encoche, non loin de la ligne médiane, existe une perforation de la grosseur d'une petite lentille dont l'aspect est identique à celui de l'encoche voisine.

Quelques jours après (le 3 janvier), ces deux ulcérations s'étaient rejointes et la malade présentait transversalement une perte de substance sectionnant le voile du palais.

Le 6 janvier, on constate, sur le bord gauche de la luette, un semis de granulations tuberculeuses.

Le 7 janvier, les granulations sont plus apparentes, il en existe sur le pilier postérieur gauche et droit.

L'ulcération palatine ne progresse pas, mais il y a au pourtour de la congestion du voile du palais; et du bord supérieur de l'ulcération part une ulcération de la muqueuse, comme si on avait abrasé obliquement avec un rasoir cette portion du voile.

Les jours suivants, on constate une tuméfaction au pourtour des granulations tuberculeuses de la luette et du pilier postérieur, mais pas de traces d'ulcération.

Le 16 janvier, sous l'influence du traitement, les phénomènes fonctionnels sont très amendés, en particulier la déglutition et la salivation. L'adénopathie persiste sans augmenter. La luette est toujours tuméfiée, et le semis de granulations persiste sur le pilier postérieur et la luette, sans ulcération.

L'ulcération ne progresse pas; le fond et les bords ont un aspect rosé et semblent bourgeonner; les masses jaunes sont moins apparentes.

Le traitement, depuis le mois de janvier, consiste en des applications locales journalières d'acide lactique à 1/10, qui semblent avoir le meilleur effet sur la marche de l'affection.

Ajoutons que l'examen bactériologique, pratiqué une deuxième fois sur des exsudats pris en particulier au niveau des points jaunâtres, a montré l'existence de rares bacilles de Koch.

Je désire appeler l'attention de la Société sur les phénomènes généraux qui ont précédé l'apparition de l'angine bacillaire.

Ils sont à rapprocher et avec grand intérêt, croyons-nous, « au point de vue du diagnostic précoce », avec les phénomènes semblables du début de la tuberculose pulmonaire.

Depuis le mois de février 1897, sans phénomènes pulmonaires, sans phénomènes pharyngés, la malade présentait des symptômes importants qu'on peut certainement rapporter à l'imprégnation des toxines tuberculeuses : elle avait perdu ses forces, son appétit, elle maigrissait. Le soir, après le dîner, elle avait de la fièvre, mais sans sueurs. Son caractère s'était modifié et était devenu très irascible.

Ces symptômes sont à rapprocher de ceux qu'on observe dans la période de germination de la tuberculose dans le poumon et me paraissent mériter une attention sur laquelle il sera insisté ailleurs.

A l'heure actuelle, ma malade tousse un peu, depuis la grippe qui semble avoir été le point de départ des accidents.

Voici les résultats de l'auscultation :

Poumon droit : S/E... — Son. Résistance au doigt. — Inspiration faible et rude, irrégulière. — Quelques craquements secs. — Respiration soufflante au niveau de la racine des bronches.

E/S... — Respiration rude et grave.

Base... S. — Sous-claviculaire : Percussion douloureuse. — Son, avec tonalité +. — Inspiration faible et un peu rude et saccadée. — Expiration rude.

Poumon gauche : Sous-claviculaire. Percussion douloureuse.

Expectoration nocturne.

Il semble donc, d'après ces signes, que le poumon de la malade n'est pas indemne et que nous avons affaire à une tuberculisation à la fois pharyngée et pulmonaire.

L'état général de la malade est cependant fort satisfaisant, en particulier depuis quinze jours. Les forces reviennent, le système nerveux est plus actif, l'appétit est bon; la malade a repris de l'embonpoint. Ces symptômes, rapprochés de ce fait important de l'absence d'anémie tuberculeuse et de l'amélioration des symptômes locaux de la gorge, permettent, je crois, d'espérer un pronostic relativement favorable dans

un état aussi grave, malgré l'existence d'une fièvre qui, dans certains cas, atteint le soir près de 39 degrés.

La malade, d'ailleurs, ne semble pas du tout ressentir ces accès de fièvre. Elle n'a ni frissons, ni sueurs. L'état de sa nutrition donne également des indices favorables :

L'examen de ses urines nous a donné en effet :

Le 5 janvier : urines, 1,500 grammes; urée, 27 grammes; phosphates, 1gr70.

La faible quantité d'élimination des matériaux azotés et en particulier des phosphates, dont l'élimination très modérée montre chez notre malade une faible destruction des nucléines, c'est-à-dire des éléments cellulaires (cellules polynucléaires), cette faible quantité, disons-nous, rapprochée de ce fait que la malade se suralimente, prend de l'embonpoint, nous permet d'espérer que nous sommes en ce moment en gain sur la maladie.

Comme traitement : localement, comme nous l'avons vu, la malade est touchée tous les jours à l'acide lactique à 1/10, et au point de vue général, nous avons prescrit un régime de suralimentation et de repos qui semble donner de bons effets.

La deuxième particularité à relever est que, dans l'observation de M. Du Castel, il s'agit de tuberculeux pulmonaires, excavés et expectorant des crachats bacillaires. Ici, au contraire, la tuberculose pulmonaire est à la période de germination et probablement postérieure à l'angine. Celle-ci est donc une manifestation tuberculeuse primitive, c'est probablement le « chancre d'inoculation » avec son ganglion témoin. La cause me paraît être une inoculation directe de la gorge; les conditions dans lesquelles cette femme a vécu pendant trois ans avec un tuberculeux excavé expliquent sa possibilité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1899. — Présidence de M. PANAS.

PRÉSENTATION

L'ampliation du son. — M. LABORDE présente un instrument qui représente un double perfectionnement du phonographe et lit une note sur ce sujet. (Sera publiée.)

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

M. DIEULAFOY, à propos de la communication de M. Chauvel sur l'appendicite dans l'armée, demande à présenter quelques observations.

Un premier point est bien mis en relief par M. Chauvel, c'est que, chez les gens atteints d'appendicite, on a rarement noté des affections antérieures des voies digestives, troubles intestinaux ou gastriques. Voilà qui est net et précis. Les observations des médecins militaires portant sur 171 cas d'appendicite viennent donc à l'appui de la thèse que M. Dieulafoy a soutenue avec M. Potain, à savoir que l'appendicite n'est ni la suite, ni l'aboutissant des entérites et des entéro-colites; c'est autre chose.

Au point de vue du traitement on peut diviser les 171 cas d'appendicite qui forment la statistique de M. Chauvel en deux parties à peu près égales : 83 cas ont été traités médicalement et 88 cas ont entraîné l'intervention chirurgicale.

L'opium et les purgatifs, les purgatifs et l'opium, voilà les simples moyens que la médecine oppose à la terrible toxi-infection appendiculaire. Les uns disent : « Gardez-vous bien de prescrire des purgatifs à un malade atteint d'appendicite! rien n'est plus funeste, car c'est exciter les mouvements de l'intestin, c'est favoriser le développement du mal, c'est peut-être aller au-devant des plus graves complications; donnez plutôt l'opium, afin d'immobiliser l'intestin et provoquer la constipation. » Les autres disent : « Prescrivez les purgatifs à un malade atteint d'appendicite; purgez-le, car c'est un moyen de pratiquer l'antisepsie intestinale; purgez-le, car c'est un moyen de combattre l'infection de l'intestin, cette infection cause première de tout le mal. » Telles sont les opinions diamétralement opposées défendues avec une égale conviction.

Voyons quels ont été les résultats du traitement dit médical dans la statistique de M. Chauvel.

Sur 83 malades ainsi traités la mortalité a été, nous dit M. Chauvel, de 30 p. 100. Trente pour cent! C'est-à-dire que sur trois hommes atteints d'appendicite et traités médicalement, un doit mourir, ou peut s'en faut.

Et de quoi meurent ces hommes traités médicalement? Voici la réponse de M. Chauvel : « D'habitude, les patients succombent à une péritonite suppurée généralisée, parfois à la septicémie péritonéale, parfois aussi à une infection de toute l'économie, née de fusées purulentes ou gangréneuses parties du foyer appendiculaire. » Mais alors, puisque c'est ce foyer appendiculaire qui cause tout le mal et la mort, ne serait-il pas plus logique de le supprimer en temps voulu et l'intervention chirurgicale précoce ne serait-elle pas mieux indiquée que le purgatif ou l'opium?

Voyons maintenant les résultats qui ont été obtenus lorsque les malades atteints d'appendicite ont été traités chirurgicalement. Sur les 88 cas qui forment cette seconde série de la statistique de M. Chauvel, la mortalité, nous dit M. Chauvel, a été de 31,8 p. 100. Ce qui fait que, sur trois hommes opérés d'appendicite, un doit mourir ou peu s'en faut. Par conséquent, en additionnant les cas de mort chez les malades traités chirurgicalement, nous trouvons une mortalité de 30,9 p. 100, soit 52 décès sur 171 cas.

A cette statistique franche et loyale, M. Dieulafoy en oppose une autre également franche et loyale.

« Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, dit M. Dieulafoy, si j'avais à évoquer des succès opératoires personnels, ma place ne serait pas, en ce moment, à cette tribune, car on est toujours mal venu à vanter sa marchandise. Mais quoique n'étant pas chirurgien, les circonstances ont fait que, dans ces trois dernières années, j'ai vu de près, de très près, 61 cas d'appendicite. Tantôt j'ai dû assumer, à moi seul, la responsabilité de l'intervention chirurgicale, tantôt j'ai été heureux d'avoir à partager avec d'autres collègues cette lourde responsabilité. Sur ses 61 cas, je ne peux dire quel a été le résultat du traitement dit médical, car, n'y croyant pas, et conséquent avec moi-même, je ne l'ai ni conseillé ni employé. Donc, sur 61 malades atteints d'appendicite pour lesquels j'ai eu à prendre une décision ou une part de décision, 61 ont été opérés (aussi précocement que les circonstances l'ont permis) par les chirurgiens dont voici les noms, par lettre alphabétique : MM. Bouilly, Chaput, Cazin, Hartmann, Lucas-Championnière, Monod, Gérard Marchant, Marion, Pozzi, Richelot, Routier, Segond.

Voici quels ont été les résultats : sur les 40 opérés qui composent une première série (notée dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu de 1897), je relève 6 décès, et sur les 21 opérés qui composent la deuxième série, datant de ces quinze derniers mois, je ne relève qu'un seul décès; autrement dit: 7 décès sur 61 opérés, soit une mortalité de 11,1 p. 100; mortalité qui serait singulièrement réduite s'il était donné de pouvoir faire opérer certains malades à une phase moins avancée de leur maladie; mais qu'y pouvons-nous, quand un homme nous arrive presque mourant à l'hôpital ou quand une famille nous appelle alors que le mal a déjà fait ses ravages?

Ne croyez pas que cette mortalité, relativement faible,

soit due à la bénignité des cas qui composent cette statistique. Chez bon nombre de nos opérés, l'appendice était déjà gangrené, la péritonite était diffuse et le danger était imminent. [M. Dieulafoy fournit ici de nombreux exemples.]

D'où vient donc que la mortalité pour les 61 cas qui composent cette statistique est relativement peu élevée? Ce résultat me paraît dû à ce fait qu'on n'a pas perdu un temps précieux à instituer ou à prolonger un traitement médical que je considère, pour ma part, comme nul et, par conséquent, comme funeste. L'opération a été décidée et pratiquée aussi vite que les circonstances l'ont permis; on ne s'est pas attardé à des temporisations plus que regrettables; on ne s'est pas payé de formules préconisant l'abstention opératoire tant que l'appendicite n'est pas refroidie; on a évité de prendre pour une détente de la maladie ce qui n'est, bien souvent, qu'une accalmie traîtresse; on n'a pas renvoyé au lendemain l'opération qu'on devait faire le jour même, et grâce à ces préceptes, qui ont surtout pu être mis en pratique dans les cas qui composent la deuxième série de notre statistique, nous n'avons à noter qu'un seul décès sur 21 malades dont les appendicites ont été traitées chirurgicalement.

C'est en voyant ces résultats, c'est en réfléchissant aux succès merveilleux que donne l'intervention chirurgicale, faite en temps voulu, que je suis arrivé à la conviction formelle que, s'il était possible de supprimer à temps le terrible foyer toxi-infectieux appendiculaire, que nous connaissons bien maintenant, on supprimerait du même coup tout le danger de l'appendicite, on parerait à tous les accidents, en un mot on ne devrait pas mourir d'appendicite. »

COMMUNICATIONS

Traitement et guérison de la hernie par l'usage de la bicyclette. — M. CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur ce sujet. (Sera publié.)

Les moustiques et la fièvre des marais. — M. LAVERAN analyse un mémoire du docteur Ross, major du service médical des Indes, concernant le rôle des moustiques dans l'infection palustre. Dès 1884, M. Laveran était arrivé à cette conclusion que le microbe du paludisme se trouvait probablement, en dehors de l'organisme humain, à l'état de parasite des moustiques.

Depuis plusieurs années, le docteur Ross poursuit sur cette question des recherches qui ont donné déjà des résultats très intéressants. Il ressort manifestement de ces recherches que les moustiques jouent un rôle très important dans l'infection palustre.

Le docteur Ross a constaté le premier que le microbe de l'élément fièvre, c'est-à-dire l'hématozoaire du paludisme, subissait, dans le corps d'autres moustiques, des transformations caractéristiques d'un hématozoaire des oiseaux très voisin de celui du paludisme, et il a réussi à infecter des oiseaux sains en les faisant piquer par des moustiques nourris sur des oiseaux malades.

L'évolution du parasite du paludisme, en dehors de l'organisme humain, présente encore des obscurités, mais, grâce aux travaux du docteur Ross et des observateurs qui ont entrepris de tous côtés de vérifier et de compléter ses recherches, on peut espérer que les lacunes qui existent encore seront bientôt comblées.

L'importance de ces recherches au point de vue pratique est, comme le fait remarquer M. Laveran, très grande; parmi les mesures prophylactiques les mieux indiquées contre le paludisme, il faut ranger dès aujourd'hui tous les moyens de protection contre les moustiques là où la chose sera possible. La prudence conseille donc de faire disparaître les mares d'eau stagnante, dans lesquelles se développent les larves des moustiques; quand cette mesure d'assainissement ne pourra pas être prise, on se protégera à l'aide de moustiquaires contre les piqûres de ces insectes.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

René Marjolin [1812-1895] (1).

Par M. Paul RECLUS, secrétaire général de la Société de chirurgie.

II

Marjolin arrivait à son service à sept heures et demie; il devait être bien matinal puisqu'il venait à pied de Montmartre : encore les ironistes prétendaient-ils qu'il passait par le Muséum, où l'attirait sa passion pour les plantes et les bêtes. Il entrait dans les salles, le chef couvert du bonnet à oreilles des anciens docteurs du XVIe siècle, son tablier blanc noué presque sous les bras; un grand silence se faisait parmi les enfants; il examinait chaque nouveau petit malade, et de préférence ceux que menaçait la coxalgie dont il dépistait très bien les signes avant-coureurs. Comme son père, et plus encore que lui, il ne prenait le bistouri qu'avec une extrême réserve : nos opérations ont comme enjeu la vie des malades; aussi, que d'hésitation avant, que de crainte pendant, que d'anxiété après! A nos visites chez l'opéré, le pas se fait plus lourd à chaque marche de l'escalier, et nous craignons de lire un verdict fâcheux dans le regard de ceux qui nous accueillent! Ces angoisses, que nous ressentons tous, Marjolin en souffrit cruellement; il se demandait si la décision avait été légitime, l'acte correct, et surtout si quelque autre n'eût pas mieux fait que lui; sa conscience n'était jamais satisfaite. Sa femme connaissait bien ses combats intérieurs et, sans interroger son mari, elle lisait, aux plis de son front, le bulletin des opérés.

Son triomphe, nous dit Édouard Martin (de Genève), c'était la consultation : là, assis entre ses deux internes, il voyait défiler devant lui cent à cent cinquante malades; il donnait des soins aux enfants, des conseils au père ou à la mère. Il connaissait tout ce pauvre monde qui ne se renouvelle pas aussi vite qu'on pourrait croire; il se rappelait le nom de plusieurs et souvent prenait leur adresse pour leur envoyer des secours dont il devinait l'urgence. Entre temps, il exposait à ses élèves quelque point de thérapeutique, tout en émaillant ses discours de phrases latines, à sens parfois gaulois, et ne quittait l'hôpital qu'à deux heures. Aussi n'eut-il d'autres clients que ceux de son service. Son père avait voulu le lancer et lui avait confié une dame de qualité qui, tout heureuse de voir un nouveau visage, énumère ses souffrances, analyse ses vapeurs, raconte ses tristesses et montre combien son âme est incomprise. — « Eh bien! qu'y a-t-il? demanda le mari. — Il y a, Monsieur, que je vous plains de tout mon cœur. » Ce fut sa première et sa dernière visite.

Sa fortune lui permettait cette indépendance; mais, pour la lui créer, son père y mit beaucoup moins de raideur, et l'on cite de lui des traits d'une aimable ironie. Un jour, un client laisse sur son bureau un papier mystérieux qui contenait une pièce de quarante sous. L'année suivante il revient, et veut déposer une enveloppe analogue; Marjolin, dont la mémoire était excellente, l'arrête d'un geste : « Monsieur, vous vous trompez, mes consultations ne sont que de vingt francs. » Son mot à Louis-Philippe est moins connu. Le prince de Joinville était tombé sur le coude et le médecin appelé auprès de l'Altesse, croyant sans doute « que rien n'est petit chez les grands », prit une contusion légère pour une fracture. Le roi, qui se croyait chirurgien,

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 116.

jugea que les os étaient intacts et fit appeler Marjolin. Celui-ci examine la jointure avec minutie, la réexamine, puis relève la tête d'un air rassuré et, s'inclinant devant Louis-Philippe, qui n'avait soufflé mot : « Sire, je suis de votre avis. » Si René Marjolin refusait toute opération, consultation ou visite auprès d'un client riche, il était le garde, l'interne, l'aide dans toute famille amie où souffrait un malade, il s'installait à son chevet, il le soignait, sous les ordres du collègue, et malgré tout, malgré tous, il continuait jusqu'au bout sa tâche d'infirmier.

Marjolin aimait avec passion l'histoire naturelle et les arts. Il cultivait la botanique et, pendant ses voyages, recueillait des graines et des boutures que son père et lui semaient et plantaient dans leur beau jardin de Clichy. Avec les savants d'Europe, il parlait autant de fleurs que de chirurgie, et sa correspondance est pleine du récit de ses herborisations; il s'exalte au souvenir de moissons de plantes sur les flancs du Salève, de digitales cueillies aux pentes des Pyrénées. Il visitait beaucoup le Louvre et il avait un goût décidé pour la peinture. C'est à cette passion-là qu'il dut son mariage : Mme Scheffer, Hollandaise de Dordrecht, ayant perdu son mari, vint surveiller, à Paris, l'éducation de ses trois fils, dont deux, Ary et Henri, comptèrent bientôt parmi les peintres connus. En 1832, Mme Scheffer fut atteinte du choléra; Marjolin le père la guérit et une grande intimité s'établit entre les deux familles. René Marjolin vint prendre des leçons de dessin dans l'atelier d'Ary, celui qu'on appelait déjà le « peintre des âmes », et de qui Renan devait écrire « qu'il sut donner un corps aux idées morales et fixer l'image de tout ce qui nous enchante, nous améliore et nous attendrit ».

L'auteur de tant de toiles célèbres : *Marguerite*, *Mignon*, *Françoise de Rimini*, *Sainte Monique et saint Augustin*, que la gravure a si souvent reproduites et qui se trouvent mêlées à tant de nos souvenirs d'enfance, était d'une droiture et d'une charité peu communes : il payait les loyers de peintres pauvres, et sa bourse et son temps étaient à tout le monde. Aux journées de juin, il obéit au cruel devoir de se battre contre les insurgés, mais refusa la croix qu'il ne voulait pas, disait-il, ramasser dans le sang du peuple. C'est à son foyer que René Marjolin vit grandir deux enfants : l'une, la fille de Henri Scheffer et plus tard femme de notre illustre Renan, et l'autre, la fille d'Ary, que, malgré la différence d'âge, il obtint en mariage en 1845. Il était désormais dans son milieu vrai; il n'avait plus qu'à suivre sa voie généreuse, avec cette femme de cœur haut et qui ne recula devant aucun devoir. Elle fut, pendant la guerre étrangère, l'infirmière infatigable des blessés, à qui elle abandonna son propre appartement; aux jours plus sombres de la guerre civile, elle laissa son mari partir pour affronter la mort, sans un mot qui pût alourdir ses pas. Elle fut l'âme de ses bonnes œuvres, et maintenant qu'il n'est plus, dépositaire de sa pensée, elle essaie de faire, à elle seule, le bien qu'ils faisaient à deux.

Pendant toute sa carrière hospitalière, René Marjolin resta fidèle à Sainte-Eugénie. La guerre l'y trouva. Nos désastres lui furent un deuil inoubliable, mais il redoubla d'activité et ajouta à ses devoirs des devoirs nouveaux. Sa journée se partageait entre ses anciennes salles, où les blessés affluaient, et l'ambulance qu'il avait créée au collège Chaptal. Après la paix, lorsqu'on dut rendre le collège aux collégiens, c'est dans son propre hôtel qu'il recueillit les valétudinaires. Le 18 mars, éclate la guerre civile; elle lui fut particulièrement odieuse, car il la connaissait pour l'avoir vue en 1830, en 1848 et en 1852; il savait ce qu'elle soulève de cruautés et le peu que pèse alors le meurtre à la conscience des fanatiques. Mais lui, témoin révolté de tant d'horreurs, il ne songea qu'à diminuer les haines; il n'oublia jamais que des frères étaient en présence et qu'ils s'entre-tuaient.

Pourtant, il avait à songer à lui-même! Un matin, il trouve son hôpital envahi; la Commune avait décidé le renvoi des sœurs : c'était désorganiser le service, car des infirmières ne s'improvisent pas en un jour. Marjolin proteste, il réclame, au nom de ses petits malades, avec tant d'énergie, qu'il obtient la réintégration immédiate : en quoi il fut aidé par le nouveau directeur, un fédéré nommé Rieder, brave homme d'esprit bizarre et, par surcroît, mormon. Mais de ce jour, le délégué de la Commune, Philippe, surveilla l'hôpital; il y venait souvent et, en manière de plaisanterie, d'un goût plutôt douteux, il annonçait tous les matins aux sœurs qu'il viendrait le soir souper avec elles.

Dans la dernière semaine, lors des derniers combats, et lorsque s'allumaient les incendies, la situation devint tragique. Marjolin résistait à la Commune, qui exigeait le départ des sœurs; les sommations se multipliaient et le danger était si pressant que les internes du service vinrent supplier Mme Marjolin de retenir son mari. « Le devoir passe tout, » dit-elle; et, malgré l'ordre d'arrestation, tranquillement, à l'heure ordinaire, il franchissait le seuil de l'hôpital. Le 20 mai, c'est le directeur lui-même qui implore : « Si je ne vous arrête pas, c'est moi qu'on arrête, et vous ne voulez pas ma mort! » Enfin, au sortir d'une entrevue avec le peu débonnaire Raoul Rigault, Proust et Trélat insistent avec tant de force auprès de l'héroïque entêté qu'il consent à rester chez lui. Mais, dès le deuxième jour, il apprend l'entrée, dans Paris, des troupes régulières; il se mêle à elles, non sans péril; il atteint le faubourg Saint-Antoine et apprend que Philippe est fusillé et qu'on va fusiller Rieder; Marjolin court à sa recherche, le trouve prisonnier à la place du Trône, se fait conduire au général et réclame la liberté de son directeur; il l'obtient, mais Rieder, saisi de nouveau et emprisonné à Mazas, allait partir pour les pontons lorsqu'on le gracia définitivement sur les instances du pasteur Vernes et de Marjolin.

René Marjolin avait alors soixante ans; l'âge de la retraite allait sonner pour lui : il la devança et, en 1872, il donnait sa démission de chirurgien de Sainte-Eugénie. Ce n'est pas le repos qu'il cherchait; jamais, au contraire, il ne se dépensa plus qu'à partir de cette époque, vraiment la plus belle de cette belle vie. Je sais une charité haïssable, la charité hautaine de ceux qui donnent pour se croire meilleurs que le reste des hommes, mais où se trahit et perce de tous côtés le mépris de ceux qu'elle secourt. La charité que ne dicte pas la pitié et l'amour n'est pas la charité; elle récolte l'ingratitude, et c'est justice. La vraie charité est fraternelle, et ce fut celle de René Marjolin : il ne croyait pas que le pauvre doit être intelligent, probe, sobre et travailleur pour qu'on daigne s'occuper de lui; ceux qui réunissent toutes ces vertus n'ont pas besoin qu'on les aide, et même le monde est à eux. Il savait le pauvre souvent paresseux, souvent ivrogne, peu scrupuleux; mais il aimait Lazare, malgré ses ulcères, et c'est pourquoi son apostolat fut fécond.

Avant, il voyait les pauvres, surtout à l'hôpital; maintenant il va chez eux, il connaît leur nom, leur catastrophe du jour, l'échéance imminente, le boulanger qui refuse du pain et le propriétaire qui gronde. Que de bouges il visite, jusqu'à la chambre unique où, comme il le disait à M. Picot, il trouva, entassée, une famille de quatorze personnes. Il inscrit tout sur des registres, et l'un d'eux contient jusqu'à trois mille notices, « véritables archives de la misère parisienne. » Il était bien connu dans tous ces taudis. Cependant, un jour qu'il voulait prouver à Tourguenieff que certains quartiers étaient aussi misérables à Paris que les plus hideux bouges de Moscou, il l'amena dans la cité Jeanne-d'Arc. La prestance superbe de Tourguenieff, les pièces de

5 francs qu'il distribuait aux mendiants firent grande impression, et l'on chuchotait dans la foule amassée : « C'est l'archevêque et son coadjuteur ! »

Cette charité « par contact » est la plus touchante, et Marjolin n'y faillit jamais, mais il la savait trop inefficace pour y borner son effort. Aussi dépensa-t-il le meilleur de son temps à des œuvres plus durables que ces secours éphémères. Il étudia les réformes hospitalières, l'hygiène nosocomiale. A l'Académie de médecine qui, suivant un mot fort juste, l'avait nommé dans la « section des hommes de bien », il s'occupe des enfants assistés et montre l'urgence de les isoler des malades atteints d'affections contagieuses. Il obtient de haute lutte la création de nouveaux lits dans les services d'enfants. Il avait trop vécu dans les faubourgs pour ne pas connaître les dangers du vagabondage et publie un magnifique rapport sur ses causes et sur les moyens de le prévenir. Grâce au général Chabaud-Latour, il poursuit, à travers la France, une enquête sur les colonies pénitentiaires, les orphelinats agricoles et les colonies de préservation. Il devient le vice-président de la Société générale des prisons, de ces prisons où il retrouvait, hélas ! les malheureux que tant d'œuvres utiles n'avaient pu sauver ; il étudie les écoles techniques et professionnelles ; il prépare et sollicite la loi de 1889, sur la déchéance des parents vicieux ; il est nommé président de l'œuvre de la Société protectrice de l'enfance.

Nous ne saurions énumérer toutes les sociétés, toutes les commissions, tous les comités où il apportait son robuste bon sens, son enthousiasme, sa foi, l'ardeur de sa propagande. Il se donnait tout entier, et il savait aussi réclamer des sacrifices aux autres. « Quand vous le voyez de loin dans la rue, à droite, disait l'abbé Deguerry, passez à gauche si vous ne voulez pas être dévalisé. » Comment refuser d'aider celui qui commence par charger ses épaules du plus lourd fardeau ? Et quelle franchise, quelle bonne grâce, quelle rondeur dans son accueil ! Je n'ai pas eu l'honneur de vivre dans son intimité ; lorsque je devins membre de la Société de chirurgie, Marjolin ne la fréquentait plus guère ; cependant, on le voyait parfois, aux jours d'élections : il s'avançait grand et fort dans ses larges habits toujours un peu flottants et avec une démarche hésitante depuis que sa vue était devenue mauvaise ; il rejetait en arrière sa belle tête qui rappelait un peu celle que certaines gravures prêtent à Franklin ; l'infinie bonté qui s'épanouissait sur ses lèvres épaisses et dans ses yeux, aux regards devenus incertains, n'excluait pas la fermeté qu'accusaient son nez droit et sa forte mâchoire.

Certes, il était débonnaire, mais il avait aussi de la défense et plus d'un l'apprit à ses dépens. On sourit encore d'un certain secrétaire qui, dès la première séance, accueillit Marjolin avec une bienveillance condescendante et marqua l'intention de tout diriger sous le sceptre de ce roi fainéant. Son illusion fut courte ; à la joie de l'auditoire, Marjolin, en quelques mots nets, le remit à sa place. Les directeurs d'hôpital ne s'y trompaient pas ; ils connaissaient sa courtoisie, mais aussi sa ténacité et ils n'usaient plus avec lui de ces réponses dilatoires si chères aux administrateurs. Et puis, l'ambition n'avait pas de prise sur lui ; lors de l'inauguration de Sainte-Eugénie, il fuyait la fête officielle et il fallut le chercher dans les cuisines, où il goûtait la soupe des enfants, lorsque l'empereur voulut épingler sur sa poitrine la croix de la Légion d'honneur. Pendant plusieurs années, il oublia de fournir à la Chancellerie les pièces nécessaires à son inscription et ne fut officiellement décoré qu'après la guerre, sous la troisième République.

Le soir, après ses journées fatigantes, Marjolin restait avec sa femme dans ce paisible hôtel de la rue Chaptal, qu'ils habitaient depuis la mort d'Ary Scheffer et que peuplaient leurs souvenirs d'enfance et de jeunesse. Là, au milieu des plus belles œuvres du Maître, venait s'asseoir un rare groupe d'amis, Renan, Tourguenieff, Lanfrey, Henri Martin ; de grands artistes s'y faisaient entendre : Franchomme, Gounod, Rubinstein et cette admirable Pauline Viardot qui, si souvent, communiqua le frisson sacré à tout un peuple d'auditeurs. C'était sa seule trêve, et le lendemain, il reprenait son éternel souci des autres. Mais un obstacle se dressait maintenant entre ses pauvres et lui : il devenait aveugle, et bientôt il ne put sortir sans sa femme ; ses forces diminuaient aussi et il connut que le terme de sa carrière était proche. Mais on savait mourir dans sa famille ; il pouvait relire la lettre où son père annonçait sa fin prochaine à son ami Gilbert de Savigny : en quelques lignes, il établit la nature du terrible mal qu'il vient de se découvrir, et, le 12 janvier, il écrit : « Je serai mort avant le retour du printemps. » Puis, il s'excuse de tant parler de lui ; il annonce un envoi de graines de pensées et de reines-marguerites et donne des conseils minutieux sur le semis qu'il ne sera plus là pour surveiller.

René Marjolin attendit la mort avec la même sérénité. C'est chez lui maintenant qu'il réunit les comités ; d'autres font ses visites dans les bouges qu'il désigne et on vient lui en rendre compte. Ses amis lui restaient et il assistaient à ses charmantes réunions de jeunes filles qui, chaque semaine, travaillaient chez lui pour les pauvres, sous la direction de sa femme. Puis, vint le jour où tous deux voulurent disposer ensemble de la fortune qu'ils tenaient de leurs parents et qui n'avait été qu'un dépôt dans leurs mains ; elle avait pour origine l'art et la science : la science et l'art se la partagèrent. Une première part fut pour l'Académie des beaux-arts, l'Association Taylor et le musée de Dordrecht qui reçut en outre les plus belles toiles d'Ary Scheffer. La seconde fut pour l'Association des médecins de la Seine et l'Association des médecins de France ; ils laissèrent à la Société de chirurgie, aux sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, aux frères Saint-Jean-de-Dieu, à la Société philomatique, à la Société protectrice de l'Enfance ; enfin la vieille maison familiale de la place des Vosges fut léguée aux étudiants pauvres de notre Faculté. Marjolin avait rendu ses comptes et n'avait plus qu'à mourir ; il s'éteignit le 7 mars 1895 : il avait vécu quatre-vingt-trois ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'Administration de l'Assistance publique prie MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, de prendre note de la modification suivante apportée au prochain classement :

« Les cartes seront délivrées à MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le lundi 13 février, à deux heures, au lieu du mardi 14, jour primitivement fixé. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Par 49 voix sur 52 votants, la Faculté a renouvelé à M. Brouardel son mandat de doyen.

— L'Académie des sciences a nommé M. le docteur Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre titulaire dans la section d'économie rurale.

— *Prosectorat.* — L'article 16 de l'arrêté du 14 mai 1889, portant règlement pour le prosectorat à la Faculté de médecine de Paris, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le jury est composé de deux juges de droit et de trois juges désignés par le sort. — Les deux juges de droit sont : le professeur d'anatomie et le professeur de physiologie. — Les trois juges désignés par le sort sont pris sur une liste qui comprend : les professeurs de pathologie externe, de médecine opératoire, de clinique chirurgicale générale et spéciale, le professeur d'histologie, le chef des travaux anatomiques, l'agrégé sous-directeur des exercices de médecine opératoire. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Rôle du foie dans la pathologie et la pathogénie du diabète sucré.

Par M. PIÉRY, interne des hôpitaux de Lyon.

C'est de 1847 que datent les mémorables expériences par lesquelles Cl. Bernard établissait d'une façon définitive l'existence de la *glycogénèse hépatique*.

Du foie broyé est mis à bouillir dans un peu d'eau ; on précipite les matières albuminoïdes par du noir animal ; on filtre : le réactif cupro-potassique décèle le sucre dans le liquide. C'est la preuve de la *présence du sucre dans le tissu même du foie*. Dans une econde expérience, un chien, en pleine digestion d'un repas exclusivement azoté, est tué subitement par la section du bulbe. On place trois ligatures : l'une sur la veine porte, les deux autres sur la veine cave inférieure, l'une au-dessus, l'autre au-dessous des veines sus-hépatiques. A l'aide d'une première ponction portant sur la veine-porte au-dessous de la ligature, on retire du sang qui allait entrer dans le foie : il ne contient pas de sucre ; seconde ponction de la veine cave inférieure entre les deux ligatures : *ce sang qui sort du foie contient du sucre*. C'est donc bien le *foie qui fabrique le sucre de l'organisme* : telle était la conclusion de Cl. Bernard. Etendant à la pathologie sa notion de la glycogénèse hépatique, Cl. Bernard proclamait à la même époque, que le diabète sucré devait être « localisé dans le foie ». Une lésion directe du parenchyme, une action réflexe nerveuse amènent la production du diabète en produisant l'exagération morbide de la fonction glycogénique du foie ; ce dernier « pêche par un fontionnement trop actif, par une vitalité exubérante » (1).

Telle est la première notion, déjà lointaine, de l'intervention du foie dans la pathogénie du diabète sucré. Mais elle ne devait pas fixer longtemps l'attention des esprits. Lecorché, qui admettait la théorie de l'exagération de la fonction glycogénique de Cl. Bernard y apportait, en effet, cette restriction expresse qu'il s'agit toujours d'une « *altération fonctionnelle* d'origine nerveuse, et jamais d'une lésion anatomique du foie ». Quant à Seegen, il admettait bien une *forme hépatique* du diabète ; mais c'était une forme légère dans laquelle il s'agissait de l'élimination du sucre des aliments, d'une glycosurie alimentaire, et non de l'élimination du sucre fabriqué par le foie.

(1) CL. BERNARD. *Leçons sur le diabète*, Paris 1877.

Un long silence allait se faire sur les altérations du foie au cours du diabète vrai ; ou plus exactement la majorité des auteurs classiques, Frerichs, Durand-Fardel, Bouchard, proclamaient l'intégrité du foie au cours du diabète.

« Le foie est normal chez les vrais diabétiques, » telle est la notion établie par ces auteurs, telle est la notion restée classique en pathologie à l'heure actuelle.

Mais en 1877, M. Lancereaux (1) isolait une forme anatomo-clinique du syndrome diabète sucré : le *diabète pancréatique*. En 1882, MM. Hanot et Chauffard observaient, à leur tour, une nouvelle maladie diabétique, le *diabète bronzé* ou *cirrhose hypertrophique pigmentaire*.

La physiologie expérimentale avec MM. Seegen, Chauveau, Kaufmann, Lépine, attirait à nouveau l'attention sur le rôle du foie dans la genèse du diabète : c'est par l'intermédiaire de la cellule hépatique, en la rendant inapte à posséder autant de glycogène qu'à l'état normal, qu'agiraient, pour déterminer du diabète, les excitations nerveuses et l'ablation du pancréas.

Mais c'est M. Glénard qui, le premier (2), a fait une étude systématique du rôle du foie dans le diabète. S'appuyant sur la fréquence des symptômes hépatiques constatés par lui au cours du diabète, il pose nettement, en face de l'opinion diamétralement opposée des auteurs, la *théorie hépatique* du diabète. Enfin, récemment, Triboulet (3), dans une excellente revue critique, étudiait le foie chez les diabétiques, en insistant particulièrement sur « ce qu'il faudrait connaître » dans cette question à peine ébauchée.

« La clinique, dit M. Lépine (4), permet de distinguer certaines formes du diabète sucré qui, par leur étiologie, leurs symptômes et leur marche, semblent distinctes les

(1) LANCEREAUX. Deux cas de diabète sucré avec altérations du pancréas, Acad. de méd., 13 nov. 1877.

(2) GLÉNARD. Des résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques, *Lyon méd.*, 1890. — Du foie chez les diabétiques, *Rev. des mal. de la nutrition*, 1895, p. 257. — Du diabète alcoolique dans ses rapports avec l'hépatisme, Congr. franç. de méd., Lyon 1894.

(3) TRIBOULET. Le foie chez les diabétiques, *Rev. de méd.*, 1896, p. 133.

(4) LÉPINE. Rapport présenté au XIIe Cong. internat. des sc. méd., Moscou 1897.

unes des autres. » Adoptant cette notion aujourd'hui courante, nous étudierons le rôle du foie dans la pathologie et la pathogénie successivement, des diverses formes cliniques du diabète sucré : le *diabète bronzé*, le *diabète pancréatique*, le *diabète nerveux*, puis le *diabète constitutionnel ou arthritique*. Il est à remarquer toutefois que, si l'origine pancréatique et nerveuse est rigoureusement démontrée pour les cas de diabète que nous classons respectivement dans chacune de ces trois catégories, il n'en n'est pas peut-être de même pour les cas de diabète constitutionnel. Nous avons dû, en effet, avoir recours à des observations qui remontaient à une époque antérieure à la connaissance de ces formes pancréatique et nerveuse, et dans les cas de diabète arthritique que nous rapportons, il n'est pas toujours possible d'affirmer, d'une façon rigoureuse, qu'il ne s'agit pas d'un cas rentrant dans la forme nerveuse ou pancréatique du diabèie sucré.

Pour chacune de ces formes nous envisagerons successivement : 1° l'*état anatomique* de l'organe ; 2° les *résultats de l'exploration clinique*.

Munis de ces renseignements anatomiques et cliniques, nous aborderons alors, dans un chapitre d'ensemble, l'étude du *rôle du foie dans la pathogénie du diabète sucré*.

I

Diabète bronzé. — En 1882, MM. Hanot et Chauffard (1) découvraient, au cours du diabète, l'existence d'une cirrhose hypertrophique du foie accompagnée de mélanodermie. Ils la dénommèrent *cirrhose hypertrophique pigmentaire du diabète sucré*. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été publiés sur cette question ; nous en donnerons un résumé succinct (2).

A. Constatations anatomiques. — Dès l'ouverture de la cavité abdominale, on est frappé par la présence de larges bandes de pigmentation noire bleutée, sur le péritoine, simulant l'aspect de la cavité abdominale des lézards.

L'*hypertrophie*, telle est la *modification de volume* constante. Les deux observations de MM. Lucas-Championnière et Palma dans lesquelles on signale l'atrophie de l'organe sont écourtées et sujettes à critique. Le foie pèse 2 à 3 kilogrammes en moyenne. La surface présente un aspect chagriné et est semée de granulations à peine saillantes. Sa coloration rouge brun uniforme a été comparée à la teinte du vieux cuir, de la rouille. La consistance du parenchyme est très dure, il crie sous le couteau.

L'*altération des cellules* hépatiques n'est pas moins caractéristique. Elles sont infiltrées des granulations pigmentaires brunâtres ou noirâtres, et plus ou moins atrophiées : c'est la *nécrobiose pigmentaire*.

La *topographie de la lésion dans le lobule* est généralement nette.

Le tissu de sclérose attaque le lobule à la fois par son centre et par sa périphérie ; il se développe à la fois autour de la veine porte et de la veine sus-hépatique. De ces points partent des travées fibreuses qui enserrent les îlots cellulaires. Il s'agit en somme d'une *cirrhose bi-veineuse* et *annulaire*.

Dans ces travées de sclérose, on aperçoit aussi des granulations pigmentaires.

Dans les îlots encerclés par le tissu scléreux, les cellules qui sont situées au centre sont relativement peu altérées. Au contraire, à la périphérie, les lésions s'accusent et on y trouve des cellules petites, atrophiées, à contours angulaires, complètement remplies de pigment.

A côté de ces îlots altérés, on rencontre des îlots de cellules simplement hypertrophiées, sans pigmentation (*hépatite nodulaire*), ou bien encore atteintes de dégénérescence graisseuse.

Enfin, l'on rencontre encore comme lésions du parenchyme hépatique : la dilatation des rameaux de la veine porte, la néo-formation de canalicules biliaires, l'endartérite presque oblitérante des artères.

En résumé, *sclérose* et *pigmentation*, telle est la caractéristique anatomique des lésions du parenchyme hépatique.

Mais nous enlèverions au diabète bronzé sa physionomie si spéciale, si nous ne mentionnions pas ce fait, que jamais le foie n'a été trouvé seul atteint et que l'on a constaté de la slcérose avec pigmentation dans la plupart des organes de l'économie, le *pancréas*, les *capsules surrénales*, les *gangtions lymphatiques*, la *rate*, le *cœur*, les *poumons*, la *peau*, le *péritoine*, les *glandes salivaires*.

Parmi tous ces organes, il en est un dont les lésions ont une importance égale à celles du foie, c'est le *pancréas* ; les lésions concomitantes de ces deux parties complètes de l'appareil glycoso-fermenteur sont en effet constantes. L'organe pancréatique présente, lui aussi, une couleur de rouille ; sa consistance est dure. A l'examen microscopique, il présente à la fois une *sclérose intense* et une *pigmentation généralisée*. Ce fait remarquable de la constance des lésions pancréatiques est certainement à rapprocher de ces cas de diabète pancréatique dans lesquels on a observé de la mélanodermie. Les allures cliniques du diabète bronzé, enfin, ne sont pas sans analogie avec celles du diabète pancréatique.

B. Constatations cliniques. — Le début du diabète bronzé, le plus souvent bruyant, est marqué, soit par des troubles digestifs, soit par les symptômes du diabète.

Bientôt surviennent les *quatre grands symptômes* qui caractérisent la maladie parvenue à la *période d'état* : troubles abdominaux, diabète, mélanodermie et cachexie.

1. Les *troubles abdominaux* relèvent à peu près directement de la lésion hépatique : ce sont ceux d'une *cirrhose*. On constate, en effet, une hypertrophie du foie généralement très marquée ; le foie est lisse, parfois sensible. Il y a du ballonnement du ventre avec une circulation veineuse supplémentaire de la paroi abdominale. L'ascite est assez marquée ; dans un cas, le liquide retiré contenait du sucre (Letulle). Souvent on note une teinte subictérique des conjonctives : un seul cas d'ictère franc a été signalé.

Enfin, le malade se plaint presque toujours d'une sécheresse continuelle de la langue s'accompagnant de gingivite. Les vomissements et la diarrhée sont également fréquents.

2. Généralement les *symptômes diabétiques* sont modérés. La polyurie, la polydypsie et surtout la polyphagie sont assez peu accusées. La glycosurie seule est assez abondante : les urines atteignent facilement le chiffre de 2 à 300 grammes de sucre par litre.

---

(1) Hanot et Chauffard. Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré, *Rev. de méd.*, 1882, p. 385.

(2) On trouvera l'émunération de ces travaux, avec leurs indications bibliographiques (jusqu'en janvier 1896), dans la thèse de Calmettes, *Cirrhose du diabète bronzé*, Paris 1896.

3. La *mélanodernie*, qui peut manquer, consiste en une coloration des téguments qui « rappelle un peu, dit Rendu, celle des malades atteints d'impaludisme ancien avec quelques reflets plombés, analogues à ceux que présentent les argyriques ». Pour Barth, la peau présente une « nuance d'un gris noirâtre, à reflets métalliques rappelant celle de la fonte du fer, ou, mieux encore, celle de la plombagine, qui sert à lui donner du luisant ».

4. La *cachexie bronzée* est constante, rapide. L'amaigrissement fait en peu de temps des progrès effrayants. La cachexie du diabète constitutionnel ne peut être comparée à la cachexie bronzée : cette dernière est bien plus précoce et plus intense. Seule, la cachexie du diabète pancréatique évolue aussi rapidement jusqu'à la mort du malade. Cette dernière survient habituellement en huit à quatorze mois.

La *nature* du diabète bronzé est loin d'être élucidée ; on ignore notamment les rapports qui unissent ce diabète aux autres variétés pancréatiques et arthritiques. Le rôle du foie dans la pathogénie des divers symptômes n'est pas moins obscur à l'heure actuelle.

Pour la majorité des auteurs, notamment pour MM. Hanot et Chauffard, Gonzalez Hernandez, la cirrhose hypertrophique pigmentaire est un accident, une complication, en tous cas, la conséquence du diabète sucré : l'hyperglycémie produit la cirrhose par le mécanisme de l'endartérite. En un mot, il s'agit d'une *cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré*.

Pour plusieurs auteurs cependant, il ne s'agit plus que d'un épiphénomène, au cours du diabète sucré, on est en présence d'une véritable *entité clinique*.

Trois opinions se sont fait jour sur la nature de cette entité.

Pour M. Mossé, il s'agit vraisemblablement d'un *trouble de l'innervation viscérale*, d'une lésion matérielle des plexus, des filets ou des ganglions de l'abdomen. M. P. Marie (1) rapproche le diabète bronzé du *diabète pancréatique*. Enfin, pour M. Dutournier (2), il s'agit réellement d'un *diabète pancréatique*, produit de toutes pièces par une altération sanguine dont le phénomène déterminant reste inconnu ; le diabète bronzé rentrerait donc, de ce dernier fait, dans le grand cadre des *maladies à lésions pigmentaires*.

En résumé, il nous est difficile de préciser le rôle du foie dans la pathologie et la pathogénie du diabète bronzé. Il n'en est pas moins vrai que les recherches anatomiques et les constatations cliniques s'accordent à montrer le rôle capital dévolu au foie : c'est lui qui domine la symptomatologie et ses lésions sont constantes et uniformes. Toutefois, nous tenons à faire remarquer, avec MM. Dutournier et Marie, que ce rôle capital du foie ne doit pas faire oublier celui d'un organe, qui ne le cède peut-être en rien à l'organe hépatique ; nous voulons parler du pancréas.

II

Diabète pancréatique. — C'est en 1877 que Lancereaux établissait, par l'observation clinique, l'existence du *diabète pancréatique*, et c'est en 1889 que les recherches expérimentales de von Merring et Minkowski confirmaient l'existence de cette forme du diabète, la mieux connue à l'heure actuelle. Mais alors que les travaux des physiologistes attiraient l'attention sur le rôle capital du pancréas dans la production du sucre dans l'organisme, en tous cas établissaient définitivement son rôle dans cette fonction, à côté du foie, l'attention des chirirgiens et des expérimentateurs se portait tout entière sur le pancréas ; le silence allait se faire sur l'organe hépatique, pour un temps laissé dans l'ombre.

On ne trouve, en effet, dans les auteurs que des renseignements bien écourtés, tant au point de vue anatomique que clinique, touchant l'état du foie dans le diabète pancréatique.

A. Renseignements cliniques. — Cliniquement, pour M. Lancereaux (1), l'état du foie est le plus souvent normal. Voici comment l'auteur s'exprime à propos du diagnostic entre la forme nerveuse et la forme pancréatique du diabète :

« L'état du foie me parut, à un certain moment, pouvoir fournir à cet égard un signe des plus importants ; car, tandis que cet organe semblait conserver des proportions à peu près normales dans le diabète pancréatique, je le trouvai toujours augmenté de volume dans le diabète nerveux. Cependant, ayant noté cette même augmentation dans quelques cas de diabète pancréatique, je suis aujourd'hui moins affirmatif qu'autrefois sur sa valeur séméiologique, bien que, dans de nombreuses occasions, je sois arrivé à séparer très justement ces deux diabètes en m'appuyant à peu près uniquement sur ce signe. »

Telles sont les données sommaires de la clinique : elles tendraient donc à établir que, presque toujours, chez un malade atteint de diabète pancréatique, le foie est normal.

B. Renseignements anatomiques. — Mêmes incertitudes si l'on dépouille les autopsies de diabétiques avec lésions du pancréas. Les faits, constatés à l'autopsie des diabétiques, peuvent à cet égard se distinguer en deux groupes : dans un premier groupe le foie est *hypertrophié*, dans le second il reste *normal*.

a. *Foie hypertrophié*. — Dans ce groupe nous rencontrons cinq observations sur six de M. Lancereaux (2) ; deux observations de M. Thiroloix (3), une observation de Goodmann, une autre de Gueillot.

MM. Leroux, Bouisson et Volta ont également apporté chacun une observation où l'hypertrophie du foie est signalée. En tout douze observations d'hypertrophie du foie au cours du diabète pancréatique.

b. *Foie normal*. — Dans onze observations le foie est signalé normal ou à peu près. Ces observations sont celles de Cardlet, Harley, Traube, Frerichs, Seegen, Lancereaux, Rühle, Sottas, Thiroloix. Dans un cas de Fles, le foie a été trouvé petit et scléreux (4).

D'autre part, dans le diabété hépatique expérimental, les seuls renseignements que nous trouvons sont ceux de

(1) P. Marie. Sur un cas de diabète bronzé suivi d'autopsie, *Semaine méd.*, 1875, p. 229-232.

(2) Dutournier. *Contribution à l'étude du diabète bronzé*, Th. de Paris, 1895.

(1) Lancereaux. Étiologie et pathogénie du diabète, Cong. franç. de méd., 1re session, Lyon 1894.

(2) Lancereaux. Acad. de méd., 13 nov. 1877 et 8 mars 1888.

(3) Thiroloix. *Diabète pancréatique*, Th. de Paris, 1892.

(4) Toutes ces observations sont mentionnées, avec leurs indications bibliographiques, dans une communication de M. Thiroloix à la Société anatomique (v. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 239).

MM. Gley et Charrin (1). Ces auteurs ont constaté, chez des chiens rendus expérimentalement diabétiques par la destruction du pancréas, des lésions assez marquées du foie : il s'agissait d'une dégénérescence graisseuse à systématisation double péri-sus-hépatique et péri-portale. M. Hanot, chez l'homme, et M. Kauffmann, chez le chien, auraient, à la connaissance de MM. Charrin et Gley, décelé les mêmes lésions.

Tous ces faits, on le voit, sont trop peu nombreux, trop peu précis pour qu'il soit possible de tirer ici une conclusion sur le rôle du foie dans la pathologie du diabète pancréatique. Pour l'instant, il importe seulement de prendre note de ces lésions du foie : l'hypertrophie et la dégénérescence graisseuse. Ces lésions sont-elles constantes? quelle est leur valeur dans la production du syndrome diabète sucré? Ce sont là autant de questions insolubles à l'heure actuelle.

III

Diabète nerveux. — L'état du foie au cours du *diabète nerveux* est encore, si possible, plus mal connu que pour le diabète pancréatique.

A. Renseignements cliniques. — Nous avons dit plus haut que Lancereaux avait toujours trouvé cet organe *hypertrophié* au cours du diabète nerveux; il avait même songé à faire de cette hypertrophie un élément de diagnostic pour différencier le diabète nerveux du diabète pancréatique qui présentait presque toujours un foie normal; mais dans la suite ayant noté cette même augmentation du volume dans quelques cas de diabète pancréatique, il a apporté des restrictions à la valeur séméiologique de ce signe clinique. Des nouvelles recherches sont donc encore, sur ce point, nécessaires.

B. Renseignements anatomiques. — Les quelques rares autopsies où l'état du foie est noté nous montrent, presque toujours aussi, comme pour le diabète pancréatique, un foie hypertrophié.

Sur les 22 observations rapportées dans la thèse de Sorel (2), l'hypertrophie est expressément notée dans quatre cas. Cette hypertrophie était due une fois à une cirrhose sus-hépatique, deux autres fois à de la dégénérescence graisseuse; dans le quatrième cas il n'existait pas de lésions microscopiques.

Dans la thèse de Lévy (3), sur 24 observations, l'hypertrophie est notée trois fois; la cause n'en est pas mentionnée.

Ainsi donc ici, comme dans le diabète pancréatique, le foie examiné a souvent été trouvé hypertrophié. Quant aux lésions plus fines du parenchyme ou bien elles sont variables (dégénérescence graisseuse, cirrhose) ou bien elles ne sont pas signalées. Ici encore les documents sont plus qu'insuffisants pour se faire une opinion sur l'état du foie au cours du diabète sucré d'origine nerveuse.

(1) Gley et Charrin. Diabète expérimental et diabète de l'homme, Soc. de biol., 21 oct. 1893.

(2) Sorel. *Diabète et glycosurie d'origine nerveuse*, Th. de Paris, 1894.

(3) Lévy. *Le diabète sucré dans ses rapports avec les lésions nerveuses spontanées*, Th. de Paris, 1892.

IV

Diabète constitutionnel ou arthritique. — A. Constatations anatomiques. — Ici encore, en feuilletant les observations des auteurs, on est frappé par le même fait que précédemment. Les autopsies, dans lesquelles l'état du foie est noté, sont d'abord peu nombreuses; les examens histologiques, encore plus rares, n'apportent de leur côté que des résultats disparates. Mais surtout ces constatations anatomiques ont été faites d'une façon par trop superficielle. Il est, le plus souvent, impossible, en face de la relation de tel petit ou de tel gros foie scléreux, de ne pas se demander, avec une juste méfiance, s'il ne s'agit pas d'une lésion simplement surajoutée, en tous cas n'ayant aucune relation avec l'affection diabétique : telles par exemple une cirrhose atrophique suite d'alcoolisme, ou bien encore une cirrhose hyperthrophique avec ou sans pigmentation. Il faudrait une analyse minutieuse des faits et l'on ne trouve que des constatations relatives seulement au volume de l'organe; ailleurs on donne un simple poids; d'autres fois même c'est un simple mot, noté en passant, sur l'aspect grossier du foie.

Ces constations cadavériques, bien que disparates, peuvent néanmoins se grouper sous trois chefs : le foie a été trouvé *hypertrophié*, *atrophié*, atteint de *dégénérescence graisseuse*; on a enfin recherché la *teneur en glycogène* de la *cellule hépatique*.

a. *Hypertrophie du foie.* — Les cas où la glande hépatique a été trouvée hypertrophiée sont de beaucoup les plus nombreux. Citons les cas isolés de Percy, Andral, Bernard, Trousseau, Gerlach, Rother, Rindfleisch; quatre cas de Griesinger; dix observations de Seegen. Lecorché (*Traité du diabète*) a, lui aussi, plusieurs fois rencontré le foie hypertrophié.

Cette hypertrophie est le plus souvent *uniforme*; mais elle est parfois aussi (fait sur lequel nous aurons l'occasion de revenir) *limitée* et localisée à l'un des lobes. Dans un cas de Rother, le lobe droit était trois fois plus gros qu'à l'état normal (Lecorché).

La *cause* de cette hypertrophie serait des plus variables suivant les auteurs. Pour Gerlach, Andral, il s'agirait d'une simple *hyperhémie*. Dans un cas, Claude Bernard constata une *accumulation de glycogène* dans la cellule hépatique. Lecorché a trouvé une *hépatite interstitielle*. John, Frerichs, Pavy, Rindfleisch ont noté de leur côté une *prolifération des cellules hépatiques*. Enfin Hanot a rencontré une *cirrhose intralobulaire* avec lésions d'*endo* et de *péri-phlébite sus-hépatique*; ces mêmes lésions vasculaires ont été signalées à nouveau dans cinq cas, par Ferraro (1).

b. *Atrophie du foie.* — L'atrophie du foie est incontestablement moins fréquente. Beales, Munch, Frerichs ont rencontré des lésions de *cirrhose atrophique* avec atrophie des cellules hépatiques. Cantano, Ormain, Ferraro ont noté également de l'atrophie cellulaire. Dans un cas de Tocherinard, les cellules hépatiques étaient, au contraire, confondues.

c. *Dégénérescence graisseuse.* — Cette lésion, encore moins fréquente que la précédente, a été signalée par Zimmer et par Chauffard.

Tels sont les faits anatomiques d'hypertrophie, d'atrophie

(1) Ferraro. *Arch. ital. de biol.*, Turin 1883, t. IV, p. 145 (cité par Triboulet).

et de dégénérescence graisseuse constatés. Si, en regard de ces cas, somme toute peu nombreux, dans lesquels le foie a été trouvé altéré, on place les constatations de Duncan, Durand-Fardel, Seegen, de Griesinger (64 autopsies), de Frerichs (55 autopsies), qui tous ne signalent aucune lésion du foie chez leurs diabétiques, on est bien tenté, dis-je, d'admettre l'opinion de la majorité des auteurs, que le *foie est normal chez les vrais diabétiques*.

d. *Teneur du foie en glycogène.* — La teneur du foie en glycogène, au cours du diabète constitutionnel, n'est pas moins intéressante à connaître que les lésions de la cellule hépatique. Les recherches ont été faites, non seulement sur le cadavre, mais encore sur le vivant.

Nous rappellerons le cas de Claude Bernard, qui constata une accumulation de glycogène dans les cellules hépatiques. Les recherches de Kültz, de von Merring, d'Abeles (1), montrent en effet que, presque toujours, la cellule hépatique contenait du glycogène en quantité plus ou moins notable.

Frerichs est allé plus loin et sur le vivant, à l'aide d'une ponction faite avec un trocart, a recherché la teneur en glycogène des cellules hépatiques ainsi détachées du foie. Chez un individu sain il trouva une provision abondante de glycogène et, chez deux diabétiques, les cellules de l'un ne renfermaient pas trace de glycogène, tandis que les cellules du second en présentaient des quantités relativement notables.

En résumé, la teneur de la cellule hépatique en glycogène est des plus variables, et force est, pour le moment, d'attendre l'explication de cette variabilité.

B. Constatations cliniques. — Mais l'examen des résultats cliniques apporte des éléments moins variables, et, au contraire des constatations de l'examen anatomique, montre que l'état normal est loin d'être l'état habituel du foie au cours du diabète constitutionnel.

Ces résultats sont de deux ordres : ils touchent les uns à l'*état objectif* du foie, les autres à son *état fonctionnel*.

a. *Caractères objectifs du foie.* — Les recherches touchant l'état objectif du foie au cours du diabète sucré sont dues à M. Glénard [de Vichy (2)]. Elles reposent sur l'exploration du foie de 324 diabétiques. L'auteur s'est servi, à cet effet, d'un procédé nouveau d'exploration du foie imaginé par lui, le « procédé du pouce ».

Les résultats de l'exploration du foie chez les diabétiques se classent sous quatre chapitres :

1° Sur 324 diabétiques, 193 avaient le foie objectivement malade, soit une proportion de 60 p. 100.

2° Au point de vue du *mode d'accessibilité du foie à la palpation*, l'*hypertrophie* du foie est la plus fréquente des altérations, puisqu'on la relève chez un tiers des diabétiques.

3° Poussant plus avant l'analyse des signes objectifs, M. Glénard a constaté que les faits d'hypertrophie localisée étaient fréquents : dans 68 p. 100 des cas un seul lobe, le plus souvent le *lobe droit*, était hypertrophié.

4° Enfin l'étude des caractères objectifs tirés de la *densité et de la sensibilité* du foie fournit les résultats suivants : le tiers des diabétiques (38 p. 100) ont le foie plus ou moins induré ; le quart d'entre eux (23,7 p. 100) ont le foie sensible à la pression.

(1) Voir Bunge. *Cours de chimie biologique et pathologique*, trad. de Jacquet, 1891.

(2) Glénard. Loc. cit.

b. *Troubles fonctionnels du foie.* — Les recherches touchant l'état non plus objectif mais *fonctionnel* du foie sont toutes récentes : elles ont été faites par MM. Achard et Weil et par MM. Gilbert et Weil (1). Les premières nous renseignent sur le résultat de l'épreuve de la *glycosurie alimentaire* chez les diabétiques ; les secondes nous montrent l'*indicanurie* comme un symptôme d'insuffisance hépatique chez ces mêmes malades.

1. *Glycosurie alimentaire dans le diabète.* — Dans une première série de recherches, MM. Achard et Weil sont revenus sur un fait déjà connu : l'inaptitude de la cellule hépatique, dans les cas de *diabète constitutionnel*, à fixer une quantité un peu notable de sucre dans l'épreuve de la glycosurie alimentatre.

Mais le fait nouveau que ces auteurs ont mis en évidence, c'est l'existence d'un « diabète fruste sans glycosurie », état morbide, à quelques égards comparable au mal de Bright sans albuminurie. Chez cinq malades, présentant des antécédents et des stigmates d'arthritisme, avec de la polyurie et l'absence de sucre dans les urines, ils ont fait la preuve de l'existence d'un diabète, d'une part, par la constatation de la *glycosurie par injection sous-cutanée*, traduisant l'insuffisance glycolytique des tissus de l'organisme ; d'autre part, par l'épreuve de la *glycosurie alimentaire*, résultat de l'insuffisance hépatique. Ces faits sont intéressants, croyons-nous, surtout si on les rapproche des recherches de M. Glénard, qui a trouvé le foie si souvent malade chez les arthritiques, et qui considère l'altération du foie comme le fondement de l'arthritisme et des affections qui s'y rattachent, le diabète en première ligne.

2. *Indicanurie, signe d'insuffisance hépatique.* — MM. Gilbert et Weil (2) ont constaté chez deux diabétiques des signes nombreux d'insuffisance hépatique. « Nos deux malades possédaient, disent-ils, outre la *glycosurie digestive* spontanée ou provoquée, un *gros foie*, de l'*urobilinurie*, de l'*hypoazoturie*, tous les signes enfin de l'insuffisance hépatique ; de plus, leurs urines contenaient de l'*indican*. » L'indicanurie, d'après les recherches de ces auteurs, serait, en effet, un symptôme nouveau d'insuffisance hépatique.

Ces auteurs s'appuient sur ce fait que, chez leurs deux malades, l'ingestion de poudre du foie (10 grammes), a fait cesser pendant plusieurs jours l'élimination simultanée de l'indican et de l'urobiline.

Nous conclurons donc de cette étude des troubles fonctionnels du foie, que :

1° *La glycosurie alimentaire est la règle dans le diabète constitutionnel.*

2° *Il existe des cas de diabète fruste sans glycosurie, mais avec glycosurie alimentaire et insuffisance glycolytique.*

3° *Au cours du diabète arthritique on peut constater des signes d'insuffisance hépatique, notamment de l'indicanurie.*

On le voit, après ces constatations, sur l'état objectif et clinique fonctionnel du foie, il est impossible de maintenir ici la conclusion qui semblait se dégager de l'examen des faits anatomiques ; au point même que si nous suivions M. Glénard dans ses déductions, c'est la conclusion diamétralement inverse que nous devrions adopter, à savoir : « Le foie est anormal chez les vrais diabétiques. »

(1) Ch. Achard et E. Weil. Diabète fruste, Soc. méd. des hôpit., 18 fév. et 15 avril 1898.

(2) Gilbert et Weil. De l'indicanurie, symptôme d'insuffisance hépatique, Soc. de biol., 26 mars 1898.

Mais bien que ces résultats soient dignes de la plus grande attention, nous ne croyons pas cependant, que des constatations simplement cliniques, sans vérification anatomique, permettent encore, à l'heure actuelle, d'avancer semblable affirmation.

V

Le foie et la pathogénie du diabète sucré. — L'exposé précédent constitue l'*histoire pathologique* du foie chez les diabétiques.

Nous avons, en effet, successivement recueuilli les données fournies par l'anatomie pathologique et les données de la clinique. Pouvons-nous, maintenant, nous faire une idée du rôle du foie dans la *pathogénie* du diabète sucré? Ici encore, comme nous allons le voir, l'obscurité est grande.

Voyons donc successivement l'*opinion des auteurs* et la *critique* qu'on peut en faire à la lumière des faits anatomiques et cliniques précédemment exposés.

A. Exposé des opinions des auteurs. — Nous devrions évidemment ici suivre le plan que nous nous sommes imposé, à savoir l'exposé méthodique du rôle du foie dans la genèse des divers diabètes bronzé, nerveux, pancréatique et constitutionnel.

Mais la pathogénie respective de chacune de ces formes est, à l'heure actuelle, trop mal établie. C'est à peine, en effet, si l'on commence à dégager les éléments pathogéniques (1) qui expliquent la genèse du syndrome du diabète sucré, et le rôle de ces divers éléments dans les formes précédentes n'a même pas été ébauché.

Aussi abandonnant toute distinction des formes, nous bornerons-nous à exposer les opinions diverses des auteurs touchant le rôle du foie dans le syndrome diabète sucré.

A cet égard, les opinions des auteurs se classent en deux groupes presque diamétralement opposés.

Alors que la majorité des auteurs rejettent complètement toutes les *théories hépatogènes* du diabète, et cela dans tous les cas; quelques autres, anciennement Seegen, Pavy, Schiff, Zimmer, tout récemment Glénard, pensent, au contraire, que la glande hépatique joue le rôle capital dans la genèse du diabète sucré.

a. *Le foie ne joue aucun rôle dans la genèse du diabète.* — Cette opinion, clairement exprimée par Bouchard, Frerichs, Durand-Fardel, etc., découle de toutes les notions et expériences mises au jour récemment par MM. Lancereaux, Thiroloix, von Merring et Minkowsky, Chauveau, Kaufmann, Lépine. L'opinion de ces auteurs s'appuie en somme sur les cinq groupes d'arguments suivants qui, d'une part, interprètent les constatations anatomiques indéniables faites au cours du diabète sucré et, d'autre part, montrent que tout le mécanisme du diabète expérimental s'explique sans l'intervention du rouage hépatique.

1. Dans les cas d'hypertrophie, d'ectopie et de dégénérescence graisseuse du foie, rencontrés chez des diabétiques, il s'agit, en réalité, disent les auteurs, d'une *glycosurie symptomatique* et non d'un diabète.

Ce seraient des faits comparables aux cas de glycosurie alimentaire constatés au cours des cirrhoses du foie par MM. Colrat, Couturier et Lépine.

(1) Lépine. Genèse des différentes formes de diabète sucré, Cong. de Moscou, août 1897, et *Semaine méd.*, 1897, p. 277.

2. Dans les cas où il s'agit de diabète vrai, l'affection du foie rencontrée n'est nullement la cause du diabète, elle est secondaire à cette dernière affection et provoquée par lui. Ces altérations secondaires du foie seront dues soit à l'hypersécrétion glycogénique (Lecorché), soit à l'action du sucre sur les capillaires hépatiques (Hanot), soit enfin à ce fait que les diabétiques ont été « trop fidèles observateurs du traitement par l'alcool » (Cornil et Ranvier, Bard).

3. D'autres fois encore il s'agit d'une *simple coïncidence.*

4. D'autre part, en envisageant le problème sous une autre face, si l'on étudie les diverses affections dans lesquelles la cellule hépatique est altérée, et les conséquences de ces altérations au point de vue de la glycosurie, on est frappé de ce fait que les cas abondent dans lesquels on ne trouve pas trace de sucre : ces cas sont, on le sait, la règle en clinique.

5. Enfin les *enseignements les plus récents de la physiologie pathologique et expérimentale* ne plaident en aucune façon pour une théorie hépatogène du diabète.

M. Lépine (1), dans sa récente communication au Congrès de Moscou, résume ainsi l'état de la question sur la genèse des différentes formes de diabète sucré. Chaque cas de diabète est, pour lui, constitué par plusieurs *éléments pathogéniques* dont l'importance est variable. Nous en connaissons au moins quatre ou cinq : l'*azoamilie*, c'est-à-dire l'inaptitude de la cellule hépatique à posséder autant de glycogène qu'à l'état normal; l'*excès de protoclyse primitive*, c'est-à-dire la formation exagérée du sucre par l'exagération de la désassimilation azotée; le *défaut d'utilisation du sucre*; la *diminution du ferment glycolytique*, et un *élément rénal* démontré par l'existence des glycosuries sans hyperglycémies. Eh bien! dans tous ces éléments, le foie, les troubles fonctionnels ou anatomiques du foie, n'agissent en aucune façon comme cause efficiente; tout au plus, dans quelques-uns, leur revient-il une part des plus accessoires.

Pour les quatre éléments pathogéniques que nous avons cités en dernier lieu, il est évident, sans qu'il soit nécessaire d'en faire la démonstration, que le foie n'intervient à aucun degré. Nous n'insisterons donc pas.

Quant à la production du diabète par *azoamilie*, c'est-à-dire par suite de l'*inaptitude des cellules hépatiques à posséder le glycogène*, il peut sembler à première vue que nous nous trouvions bien là en présence d'un *élément pathogénique hépatique* et que la question de l'intervention du foie dans la genèse du diabète se trouve nettement posée au point de vue expérimental. Il n'en est rien.

Et d'abord cet état de la cellule hépatique caractérisée par son inaptitude à fixer le glycogène n'est jamais un phénomène primitif ou, plus exactement, il ne résulterait jamais, d'après les auteurs, d'une altération même de la cellule hépatique; il est toujours sous la dépendance de causes variées. Parmi celles que l'on rencontre le plus souvent à son origine nous citerons, en effet, certaines excitations nerveuses telles que la piqûre du plancher du quatrième ventricule; l'*ablation du pancréas*. D'autre part cette inaptitude de la cellule hépatique à posséder autant de glycogène qu'à l'état normal, est bien due à un *fonctionnement exagéré* de cette dernière. D'une part, elle attire à elle en plus grande abondance les matériaux hydrocarbonés et, d'autre part, elle fabrique du sucre en quantité exagérée aux dépens du glycogène provenant de ces matériaux; l'accumulation du gly-

(1) Lépine. Loc. cit.

cogène n'a pas lieu cependant, parce que la formation du glycogène est *toujours* moindre que sa destruction. Or, l'excès de fonctionnement continu d'un organe ne s'explique guère, on le conçoit, en dehors de son intégrité.

Cellule hépatique intacte, telle est encore la conclusion à laquelle on arrive, même lorsqu'il s'agit de l'élément hépatique du diabète.

En résumé, les travaux les plus récents de la physiologie expérimentale viennent complètement à l'appui de l'opinion de ceux qui ne feraient faire jouer au foie aucun rôle dans la pathogénie du diabète : non seulement le diabète s'explique soit par un élément rénal, soit par un élément pancréatique, sans intervention aucune de la glande hépatique, mais encore l'élément hépatique mis au jour par les physiologistes ne s'explique et n'a d'effet que par un excès de fonctionnement de cet organe nécessitant son intégrité même.

On le voit, les partisans de l'absence de tout rôle dévolu au foie dans la genèse du diabète ne manquent pas d'arguments : les faits rapportés de lésions du foie au cours du diabète sont ou de simples coïncidences ou des conséquences; les enseignements de la physiologie pathologique et expérimentale, enfin, plaident absolument contre l'opinion de ceux qui voudraient faire jouer un rôle quelconque au foie dans la genèse du diabète.

C'est à ces auteurs, partisans d'une théorie hépatique du diabète sucré, que nous allons maintenant donner la parole.

b. *Le foie joue un rôle dans la genèse du diabète.* — D'une part, nous trouvons des auteurs qui font jouer un rôle important au foie qui est troublé secondairement et simplement dans ses fonctions; pour M. Glénard, au contraire, il faut nettement poser l'altération de la cellule hépatique à la base, sinon de toutes les formes du diabète, du moins dans un très grand nombre de cas.

Les *premiers auteurs* ont nécessairement incriminé chacune des deux formes du fonctionnement de la cellule hépatique. Ou bien la cellule hépatique est incapable d'emmagasiner la quantité de glycogène qu'elle emmagasine à l'état normal : c'est la théorie soutenue par Seegen et par Zimmer; ou bien cette même cellule sécrète du sucre en quantité exagérée : c'est l'opinion de Claude Bernard, Pavy, Schiff et Meissner.

Opinion de M. Glénard. — Nous connaissons déjà les *constatations cliniques* nombreuses de M. Glénard touchant le foie des diabétiques : c'est sur elles qu'il s'est appuyé pour établir sa théorie hépatique du diabète sucré. L'exposé de cette théorie comprend trois points essentiels : existence d'une altération objective du foie, existence d'un diabète hépatique alcoolique, existence d'une diathèse hépatique ou hépatisme.

1° *Altérations objectives du foie chez les diabétiques.* — Cette constatation résulte de l'exploration du foie telle que l'a pratiquée M. Glénard chez tous les diabétiques. Nous ne reviendrons pas sur les résultats objectifs de cette exploration; rappelons simplement que M. Glénard a trouvé le foie malade dans 60 à 70 p. 100 des cas de diabète qu'il a examinés.

2° *Existence d'un diabète hépatique alcoolique* (1). — Cette existence est amplement démontrée par cette double constatation.

(1) Glénard. Communic. au Cong. de méd. de Lyon, 1894.

La proportion des diabétiques chez lesquels on trouve comme antécédent exclusif des excès alcooliques n'est pas inférieure à 27,7 p. 100 (65 cas sur 234).

Chez la plupart de ces malades on constate l'existence d'une maladie du foie, ayant précédé de longue date l'éclosion du diabète et causée par les excès alcooliques, tels que congestion du foie, colique hépatique, pituite. « La pituite, dit M. Glénard, s'accompagne toujours de tuméfaction et d'hyperesthésie du foie. » Ces altérations hépatiques du diabète alcoolique répondent à la *pré-cirrhose* de M. Glénard.

A l'appui de l'assertion de M. Glénard, M. André a rapporté l'observation d'un cas de diabète vrai, produit par une *cirrhose alcoolique du foie*, type Laënnec (1).

3° *Existence d'une diathèse hépatique ou hépatisme.* — Elle repose sur les faits suivants :

Dans toutes les maladies de la nutrition, y compris le diabète, on trouve des signes objectifs anormaux du côté du foie, dans 70 à 80 p. 100 des cas.

Dans l'immense majorité des cas, on retrouve soit ces maladies de la nutrition dans les anamnestiques des malades; soit encore une des affections suivantes qui, on le sait, retentissent directement sur le foie : puerpéralité, écarts de régime, certains toniques (alcool, plomb), certains agents infectieux (malaria, dysenterie, syphilis, grippe, le surmenage nerveux).

« De même qu'il y a un diabète hépatique alcoolique, de même il y a un diabète hépatique paludéen, puerpéral, grippal, syphilitique, nerveux. L'hépatisme en est le fond commun, mais il y a autant de variétés d'hépatisme qu'il y a de causes premières de diathèse hépatique. »

B. Critique des opinions des auteurs. — En résumé, nous nous trouvons en présence de deux grandes théories relativement au rôle du foie dans la pathogénie du diabète sucré. Dans l'une le rôle du foie est nul ou accessoire; dans l'autre, au contraire, le foie intervient comme agent causal.

Nous connaissons par le détail ces théories; examinons maintenant les critiques que nous pouvons en faire, à la lumière des faits anatomiques, cliniques et physiologiques que nous avons appris à connaître.

Parmi les objections les plus sérieuses qu'adressent les auteurs à la théorie *hépatogène* du diabète, en se plaçant au point de vue des *constatations anatomiques*, il en est quatre d'importantes : les lésions hépatiques constatées à l'autopsie des diabétiques, sont ou une *simple coïncidence*, ou bien sont *secondaires* à l'affection diabétique; le foie, d'ailleurs, a été trouvé le plus souvent *normal;* lorsque par hasard le foie est lésé, ce sont les *lésions les plus variées* que l'on retrouve sur les registres d'autopsie; enfin, ne voit-on pas la plupart des affections de la cellule hépatique évoluer sans glycosurie?

a. Il est difficile de souscrire complètement à ces assertions. Et d'abord la seconde objection, à savoir qu'il s'agit de *lésions secondaires*, n'aura de valeur que le jour où l'on aura examiné systématiquement le foie d'un grand nombre de diabétiques; or, nous l'avons répété maintes fois, c'est l'exception, lorsque dans la relation d'une autopsie de diabétique on trouve mentionné l'état du foie; et lorsque cette mention existe, elle est faite sans détails, l'aspect macroscopique est grossièrement noté et l'examen microscopique laissé dans l'obscurité la plus complète.

(1) André. Cong. de méd. de Lyon, 1894.

b. De même l'objection de la *variabilité des lésions* n'aura de valeur que lorsqu'une analyse minutieuse et systématique non seulement des lésions mais des antécédents du malade aura été faite ; lorsqu'on aura indiqué également à quelle forme clinique du diabète on avait affaire : en un mot, il faudra chercher par une analyse rigoureuse s'il n'existe pas une explication de cette variabilité des lésions : seulement alors, s'il n'est pas possible de trouver une interprétation satisfaisante, on pourra considérer le fait comme un argument contre la théorie hépatique du diabète.

c. Ces lésions variables ne sont d'ailleurs, dit-on encore, que de *simples coïncidences*. C'est là une hypothèse contre laquelle plaident cependant plusieurs faits : la constatation des lésions hépatiques constante dans le diabète bronzé ; et la relation d'observations, telles que celles de M. André, dans lesquelles on voit une cirrhose alcoolique de Laënnec succédant très nettement à un diabète sucré bien caractérisé. M. Glénard a rapporté, dans la discussion qui suivit la communication de son mémoire au Congrès de médecine de Lyon, en 1893, trois cas dans lesquels une ascite et un petit foie ont remplacé de la glycosurie et les symptômes rationnels du diabète.

Ici encore, d'ailleurs, c'est une bonne statistique de la fréquence des lésions hépatiques au cours du diabète qui pourra trancher la question.

d. Sur le terrain des *constatations cliniques*, aux auteurs qui parlent de foie normal, au cours du diabète, nous objecterons les recherches minutieuses et systématiques de M. Glénard qui, répétons-le, a trouvé une altération objective du foie dans 60 p. 100 des cas. Ne semble-t-il pas que ce même auteur ait raison lorsqu'il déclare *symptômes hépatiques*, la soif, la polyurie, la polyphagie, la faiblesse, symptômes jusqu'ici mis sur le compte du désordre de la nutrition, puisqu'on a signalé dans la cirrhose hypertrophique biliaire « une boulimie et une polyphagie très comparables à la polyphagie des diabétiques » [Chauffard (1)] ? Pour M. Glénard, la présence de ces différents symptômes serait toujours accompagnée d'un état congestif du foie avec sensibilité de l'organe à la pression.

Il est, enfin, d'autre part, des faits encore peu nombreux, il est vrai, mais bien observés, qui permettent de penser qu'une lésion du foie peut réaliser un diabète de toute pièce ; ils permettent en tout cas de concevoir l'existence d'une nouvelle forme du diabète sucré, un *diabète hépatique*. Je veux parler d'un malade observé par M. Charrin (2) et des deux malades de MM. Gilbert et Weil (3).

e. Enfin, parmi les notions apportées par la *physiologie pathologique et expérimentale*, n'en avons-nous pas qui mettent justement en évidence, à l'insu pour ainsi dire des auteurs, un élément purement hépatique, non plus condition, mais cause du diabète sucré ? L'inaptitude de la cellule hépatique à faire autant de glycogène qu'à l'état normal, n'est-ce pas là un trouble dans le fonctionnement de la cellule hépatique ? et n'est-il pas permis de penser qu'une lésion de cette dernière pourrait justement aboutir à ce résultat ?

D'autre part, les recherches toutes récentes des physiologistes ne nous ont-elles pas montré le foie et le pancréas, réunis, formant un *appareil couplé glycoso-formateur* ? MM. Legouis et Laguesse ont montré que ces deux organes réunis chez l'homme par le système veineux porte étaient confondus chez certains poissons, le pancréas étant disposé le long des ramifications portes intra-hépatiques. Par suite, n'est-il pas permis de souscrire à cette proposition de M. Thiroloix (1) : « Chez l'homme, la glycosurie, le diabète peuvent résulter de la lésion d'une partie quelconque du système glycogénique des *cellules hépatiques* ou pancréatiques (la cellule pancréatique n'est qu'une portion aberrante, extériorisée, de la cellule hépatique) qui produisent, ou du système nerveux qui règle leur sécrétion. » Il est difficile, en effet, de se figurer un diabète, résultat du mauvais fonctionnemcnt de l'appareil couplé glycoso-formateur, qui ne serait toujours causé que par la lésion d'une seule des parties du système, la cellule pancréatique, alors que la lésion de la cellule hépatique n'entraînerait pas un résultat semblable. Mais, objecteront les physiologistes, l'expérimentation a justement démontré que cette intégrité de l'organe hépatique est nécessaire pour que l'hyperglycémie éclate ? Mais, dirons-nous à notre tour, les conditions réalisées sur les animaux au laboratoire, ne diffèrent-elles pas ici beaucoup de celles réalisées par les diabétiques en clinique ? Dans le premier cas, le foie des animaux en expérience est un foie sain ; en clinique, au contraire, combien souvent des tares nombreuses sont venues atteindre le foie des malades de par le fait de tout un passé hépatique : alcoolisme, lithiase, etc. ?

Toutes les considérations précédentes, nous le reconnaissons, n'ont qu'une valeur toute théorique ; elles doivent céder le pas devant les constatations anatomiques et cliniques que l'avenir nous réserve.

(1) Cité par Triboulet. Loc. cit.

(2) Charrin. *Leçons de pathogénie appliquée*, Paris 1898.

(3) Gilbert et Weil. Loc. cit.

(1) Thiroloix. Données expérimentales pouvant servir à éclairer la pathogénie du diabète sucré, *Gaz. des hôpit.*, 8 déc. 1894.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATION

Du capitonnage des kystes hydatiques du foie. — M. Delbet rappelle que, dans la dernière séance, M. Segond a formulé une critique assez sévère sur ce mode de traitement des kystes hydatiques du foie. M. Delbet tient à rappeler qu'il a employé ce procédé de capitonnage de la poche dans tous les cas qui se sont présentés à son observation dans ces dernières années et qu'il en a obtenu toujours d'excellents résultats. Il se croit donc le droit de conclure que ce mode de traitement donne des résultats très supérieurs à ceux de la marsupialisation. Il croit pouvoir affirmer qu'il n'y a aucun danger à suturer, sans la drainer, une poche aseptique et qui ne suppure pas. Or, c'est précisément le cas des poches de kystes kydatiques.

M. Tuffier, à propos de la communication de M. Delbet, avait dit qu'il ajoutait le curetage et le grattage de la poche avant de la suturer. M. Delbet est absolument opposé à cette manière de faire.

M. Tuffier est d'accord avec M. Delbet sur ce principe qu'il faut toujours tenter de guérir aseptiquement une lésion par elle-même aseptique. Il y a tout à gagner à cette manière de faire et les résultats que l'on obtient, quand on a été suffisamment aseptique, sont infiniment supérieurs à ceux du drainage qui laissait si souvent après lui des fistules intarissables.

Mais il est un second point sur lequel M. Tuffier n'est plus d'accord avec M. Delbet, c'est celui du grattage et du lavage au sublimé qui, selon M. Tuffier, assurent encore mieux la guérison.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. WALTHER rappelle les différents points sur lesquels tous les chirurgiens sont à peu près d'accord. Il fait connaître sa statistique personnelle. En 1897, il a opéré 17 malades atteints d'appendicite. Chez 5 de ces malades, il a fait la résection de l'appendice à froid; il a eu 5 succès. Il a fait 12 fois l'opération à chaud et n'a eu qu'un décès.

En 1898, il a eu l'occasion d'observer 27 cas d'appendicite. 23 fois, il a fait l'opératiou à froid et il a eu 23 guérisons. Quatre fois, il a opéré des appendicites à l'état aigu et, sur ces quatre cas, il a eu un décès. M. Walther donne quelques détails sur plusieurs de ces observations. Deux fois, il est intervenu d'urgence en raison de l'extrême gravité des accidents; c'était, dans le premier cas, un enfant de deux ans et demi qui a été opéré en pleine péritonite et qui a succombé; dans un autre cas, il s'agissait d'un homme de trente ans qu'il dut également opérer d'urgence en pleine péritonite suppurée. Il dut faire plusieurs incisions pour aller à la recherche de plusieurs foyers. Cet homme a bien guéri. Il résulte de tous ces faits qu'il y a tout avantage à opérer les appendicites à froid. A froid, on fait ce que l'on veut; à chaud, on fait ce que l'on peut. Quand on opère à froid il y a tout avantage à enlever l'appendice.

Dans les cas légers, M. Walther a recours au traitement médical, à l'opium, à la glace et à la diète, qui peut donner de très bons résultats et quand on a obtenu la cessation de la crise par le traitement médical, il est ensuite du devoir du chirurgien d'opérer à froid.

Dans les cas très graves, alors qu'on est en présence d'une péritonite déclarée, les résultats obtenus par la temporisation sont à peu de choses près les mêmes que ceux que donne l'intervention d'urgence. Or, si la temporisation a donné un bon résultat, le chirurgien a toutes chances ensuite de rendre cette guérison définitive par l'opération pratiquée à froid.

M. Walther fournit plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir et termine par des conclusions générales qui se rapprochent sensiblement de celles des précédents orateurs.

M. KIRMISSON s'occupe surtout du traitement de l'appendicite aiguë. On ne saurait, en pareil cas, poser des règles absolues, et il reproche à M. Poirier d'avoir dépassé les limites en disant qu'il fallait intervenir dans tous les cas. Il est bien certain que quand, en présence d'accidents très graves, on voit que l'orage tend à s'éloigner et qu'une légère amélioration se fait sentir, il vaux mieux attendre que d'opérer. S'il se fait une tendance à la suppuration et si on voit qu'il se fait une collection bien circonscrite, il n'y a plus alors aucune raison de ne pas intervenir. L'intervention doit être la règle dans les cas de péritonite enkystée. Mais les cas dans lesquels il est encore bien difficile de savoir s'il vaut mieux opérer ou s'abstenir, sont ceux dans lesquels il s'agit de péritonites diffuses, généralisées, à forme septique. Depuis un an que M. Kirmisson a succédé à M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, il s'est trouvé en présence de 25 appendicites, dont 13 aiguës. Il a eu affaire à 12 péritonites généralisées, 4 de ces péritonites furent opérées; les 12 enfants ont succombé. Il résulte de ces faits, pour M. Kirmisson, qu'en présence d'une appendicite aiguë, il faut toujours intervenir afin de ne pas laisser la maladie évoluer et arriver à la péritonite généralisée, presque toujours mortelle, quoi qu'on fasse. L'appendicite est une maladie chirurgicale qui, dès le début, doit être traitée chirurgicalement.

M. JALAGUIER dit que, en matière d'appendicite, chaque cas comporte des indications particulières. Si l'on pouvait toujours intervenir dès le début des accidents, on aurait toujours les mêmes résultats qu'en opérant à froid. Mais on n'est pas toujours appelé au début, et les malades sont présentés souvent au chirurgien alors que la péritonite est en pleine évolution; or, dans ces cas, il vaut mieux attendre et ne pas opérer; il ne faut pas négliger le traitement médical, auquel M. Jalaguier ajoute les injections de sérum deux fois par jour.

M. Jalaguier estime qu'il faut intervenir après une seule crise d'appendicite. Il a observé trois cas où les malades ont succombé au cours de la deuxième crise. Après une première crise, il ne faut donc pas hésiter à opérer à froid. L'indication d'intervenir est formelle après une seule crise d'appendicite. Pour peu qu'il reste un peu d'empâtement après une première crise, il faut intervenir et ne pas laisser ces appendices infectés, libres dans la cavité péritonéale, où ils peuvent devenir très dangereux.

Le procédé préconisé par M. Poirier, procédé *à posteriori*, est un procédé d'exception applicable à un foyer rétro-cæcal. M. Jalaguier préfère l'incision de Roux.

PRÉSENTATION DE MALADE

Pylorectomie. — M. RICARD présente un malade auquel il a pratiqué, il y a quatre mois, une résection du pylore et d'une assez grande étendue de la petite courbure de l'estomac pour une affection carcinomateuse. Il a opéré ce malade par le procédé de Billroth, c'est-à-dire par la suture des deux parois de l'estomac divisé, en ne laissant ouvert que juste l'étendue nécessaire pour l'aboucher directement au duodénum. C'est le quatrième malade qu'il a opéré par ce procédé et, dans les quatre cas, il a eu de très bons résultats et sa suture a parfaitement tenu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 janvier 1899, ont été promus dans le cadre des médecins de la réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Lande, Testut, Baudrimont et Chalot.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Berthelon, Chauffard, Pollosson, Carrieu, Tédenat, Jalaguier, Parisot, Vautrin, Saint-Ange, Dejerine, Babinski, Truc, Netter, Siredey, Wertheimer, Sarda, Letulle, Marie, Mossé, Baumel, Le Gendre, Broca et Queyrat.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. Baratier, Demmler, Augis, Bert, Wœhling, Devaux, Poizat, Pissot, Stecewiez, Durruty, Duron, Belin, Delahaye et Dumont.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Croin, Ricavy, Pujade, Schwing, Lesdos, Tripet, Codet, Brisson, de Sallier-Dupin, Bourdin, Pédebidou, Cahon, Bussy, Delisle, Breynaert, Crouzat, Yvon, Richardière, Laporte, Lanteirès, Blanc, Valla, Monisset, Bouchut, du Magny, Vallois, Monnier, Gélis, Ledé, Delaux, Authenac, Gœthals, Thiroux, Letort, Monnet, Saint-Agnès, Fournial, Menut, Roque, Lancry, Hanriot, Durand, Collin, Brullard, Lejars, Andreux, Roux, Chesnel, Lecointre, Couraud, Boyer, Benoit, Rocheblave, Favrel, Laffon, Fournel, Planès, Loriot, Jacquemart, Chochon-Latouche, Thoinot, Prévost, Meilhou, de Fisson, Leclerc, Jacquet, Panné, Sengensse, Rollet, Démelin et Lepage.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. Sarazin, Cardot, Dutremblay, Jaymes, Albert, Marx, Dore, Esperon, Lacaze de Jardac, Vène, Rossignol, Thierry, Hautecœur, Foix, Toulouse, Carrière, Artières, Brun, Moitessier, Mussy,

Tournant, Barbier, Main, Goupil, Castex, Strauss, Sacaze, Montsarrat, Rispal, Osmont, Desforges, Demirleau, Houël, Frémin, Colas, Macquart, Bouchard, Tournier, Joly, Patoir, Luys, Vaudrener, Keller, Thérèse, Junot, Boulanger, Azalbert, Houdart, Trichet, Decrequi, Yon, Céry, Widiez, Waton, Butin, Nové-Josserand, Martin, Bruchon, Glover, Menu, Renard, Carré, Camus, Encausse, Chabrié, Lassalle, Magnol, Pistre, Sélignac, Laban, Colin, Henry, Besnier, Gallois, Dodero, Solary, de Grandmaison, Hobbs, Commandeur, Thévenet, Desoil, Patay, Braquehaie, Haurand, Rivière, Villard, Duvidier, Pétouraud, Nicolas, Durand, Launay, Paviot, Petit et Burdet.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Fournier, Gaultier, Mialaret, Gaillard, d'Antin, Romec, Mathieu, Olivier, Fabre, Brebion, Canal, Martin, Dabadie, Girou, Vince, Molinié, Pourcelot, Rey, Cordes, Renard, Peyrat, Turbert, Armet, Mirapeix, Manhaviale, Bajon, Andrieu, Cornet, Sieurac, Latrille, Treille, Besnard, Tourneux, Doche, Laffage, Combarieu, Couturier, Rumeau, Bastard, Janin, Cassaët, Cousin, Combemale, Puig, Haussmann, Durey-Comte, Linon, Devic, Bonnet, Imberdis, Lacoste, Thierry, Bertoye, Escoubès, Bertin-Sans, Duriez, Chanteloube, Catoir, Lapeyre, Poey-Noguez, Lavie, Martres, Bouygues, Douillet, Ormières, Champsaur, Chaumier, Abelous, Andrerey, Pruvost, Monin, Rodier, Estor, Meneault, Fauvel, Martin, Daurios, Guinier, Verniolle, Moncorgé, Legry, Mouls, Benoist, Coffin, Soleville, de Micas, Chamayou, Maurin, Millet, Tellier, Compans, Dulac, Couty, Bordaries, Thierry, Albespy, Neveu, Blin, Larcher, Amiard, Albot, Jourda, Moulonguet, Proby, Couder, Bouffe, Labordère, Chabalier, Tillier, Duprey, Bourbon, Rambert, Delpont, de Massia, Audry, Martin, Delagenière, Menard, Gastel, Ducamp, Caillard, Poux, Cultru, Féolde, Bezançon, Chaix, de Saint-Germain, Macaigne, Tavenard, Achalme, Delbecque, Gilis, Mollin, Poussard, Perriol, Hannion, Soupault, Lapeyre, Albarran, Dubrisay, Roques de Fursac, Sellier, Thiercelin, Delbet, Reymond, Claisse, Hulot, Bergé, Bonnet (L.), Bonnet (P.-J.-J.), Curtillet, Pollosson.

— Par décret, en date du 31 janvier 1899, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin-inspecteur. — M. le médecin principal Gentil, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Mathieu, placé dans la section de réserve.

— Par décision présidentielle, en date du 30 janvier 1899, la démission de son grade offerte par M. le médecin de deuxième classe de la marine, Tranouez, a été acceptée.

Par décret, en date du même jour, M. Tranouez a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer. Cet officier de réserve est affecté au port de Brest.

— Par décision présidentielle, en date du 31 janvier 1899, M. Long, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'infirmités contractées au service, à compter du 1er janvier 1899.

— Par décision ministérielle, en date du 12 janvier 1899, M. Sibut, médecin-major de deuxième classe, a été mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour être adjoint à M. l'administrateur Gentil, chargé d'une mission dans la région du Tchad.

— Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1899, M. le médecin aide-major de première classe Augninest est maintenu au 20e chasseurs à cheval; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Deyrolle est désigné pour le 151e d'infanterie.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Malinas, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes, et Klein, médecin-chef de l'hôpital militaire de Chambéry, sont autorisés à permuter.

— Par décision ministérielle, en date du 31 janvier 1899, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Coste, pour la division d'Oran; — François, pour la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Le Mitouard, Caujole et Colomb, pour la division d'occupation de Tunisie; — Schmerber, pour la division d'Oran; — Brice, pour la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 31 janvier 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine, MM. les docteurs Vallet et Mongie, affectés au corps de santé des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 1er février 1899, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Hocquard, pour l'emploi de médecin-chef à l'hospice mixte d'Arras; — Demandre, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers.

MM. les médecins-majors de première classe Landriau, pour l'emploi de médecin-chef à l'École spéciale militaire; — Debrie, pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire de Briançon; — Baur, pour le 157e d'infanterie; — Leprêtre, pour le 71e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, pour le 147e d'infanterie; — Renard, pour le 154e d'infanterie; — Duponchel, pour le 36e d'artillerie; — Salebert, pour le 13e escadron du train des équipages militaires; — Bonnery, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied; — Brisse-Saint-Macary, pour le régiment de sapeurs-pompiers à Paris; — Sagrandi, pour le 6e d'infanterie; — Adriet, pour la division d'Alger; — Manoha, pour le 4e cuirassiers; — Cherpitel, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied; — Janot, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Albert, pour l'Algérie; — Arnould, pour le 1er tirailleurs algériens; — Ducurtil, pour le 14e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Merciolle, pour l'Algérie; — Dettling, Tostivint et Vidal, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Rambaud et Faure, pour l'Algérie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Viry, pour le 13e d'artillerie; — Bernard, pour le 47e d'infanterie; — Coche, pour le 3e d'artillerie; — Margerand, pour le 118e d'infanterie; — Vincent, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied; — Imbert, pour le 136e d'infanterie; — Thomas, pour le 157e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 2 février 1899, ont été nommés :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. — MM. les docteurs Aubert, affecté à Toulon; — Normet et Baillif, affectés au corps de santé des colonies.

— Le ministre de la Guerre, considérant que, malgré les mesures de sécurité successivement adoptées par l'administration de la guerre, des accidents d'intoxication se sont produits, à diverses reprises, à la suite de distributions de viandes de conserves faites aux troupes;

Considérant qu'il importe d'arriver à une détermination rigoureuse des causes de ces accidents, afin de prendre les mesures propres à en empêcher le retour,

Arrête : Il est institué à cet effet, au ministère de la Guerre, une commission composée comme il suit :

Président : M. le doyen Brouardel; — *Vice-président* : M. l'intendant général Raizon; — *Membres* : MM. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz; le médecin-inspecteur Kelsch; Duclaux, Moissan et Trasbot, de l'Institut; — MM. les colonels Courbebaisse et Feldmann; — M. le sous-intendant militaire de première classe Jasseron; — M. le médecin principal de première classe Vaillard; — M. le pharmacien-major de première classe Bousson.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hartmann, agrégé, est maintenu dans les fonctions de sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Siraud, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie topographique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Frœlich, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe.

— *École de médecine de Tours.* — M. Barnsby, professeur d'histoire naturelle, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 28 février 1899.

— *Asile publique d'aliénés du Gers.* — Une médaille d'argent de deuxième classe est décernée à Mme Caillavet, en religion sœur Athanase ; 1839-1861 ; 1872-1898 : prodigue depuis quarante-neuf ans aux malades les soins les plus intelligents et les plus dévoués.

— Une mention honorable est accordée à M. Georges Amigues, étudiant en médecine à Reims ; 22 août 1898 : sauvetage d'un homme sur le point de se noyer.

— M. le docteur Blé, membre du conseil d'administration du lycée de La Roche-sur-Yon, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Filodeau père, décédé.

— M. le docteur Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, continuera dans cet hôpital les lundis, jeudis, samedis, ses consultations sur les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), qu'il faisait à l'hôpital Saint-Louis.

— Situation exceptionnelle offerte à jeune médecin cherchant à se créer une clientèle. — Il faut disposer de 15 000 francs. — Voir ou écrire à M. de Garcin, 45, rue Lafayette.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 16. — MARDI 7 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 7 FÉVRIER 1899. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 févirer 1899.

Les sévérités de l'Assistance publique tombent, en ce moment, à coups pressés, sur le corps des internes des hôpitaux. Des châtiments variés, depuis le simple blâme, bien anodin, jusqu'à la suspension de fonctions, ont été prononcés. Certes, nous ne sommes pas pour excuser, toujours et quand même, les fautes d'élèves dont la jeunesse est le principal défaut, hélas! trop rapidement perdu. Il faut, c'est indiscutable, dans une administration, une certaine règle, une discipline à laquelle tous doivent se plier. Mais, avant de punir, il faut peser les méfaits et mettre en parallèle les services rendus, le dévouement et l'abnégation dont chaque jour les internes font preuve; et, dans l'application des peines disciplinaires, il convient que la main directoriale soit largement gantée de velours.

Le blâme doit toujours être le premier avertissement, et la suspension de traitement ne s'appliquer qu'à une véritable dérogation à la discipline; quant à la suspension de fonctions, il faut, sauf des cas exceptionnels, la réserver à des fautes graves commises dans le service, envers les malades ou dans l'exercice même des fonctions hospitalières.

On semble oublier que l'interne n'est ni un salarié ni un employé. Sa situation est sans doute mal définie administrativement; aussi le maintien de la discipline doit-il se faire avec tact, avec intelligence et douceur, ce qui n'exclut pas une certaine fermeté. Ce n'est pas par des mesures brutales qu'on corrigera et ramènera dans la voie droite une jeunesse, parfois irrévérencieuse envers les règlements. Les internes de l'hôpital Saint-Louis ont déjà pris fait et cause pour un de leurs camarades qu'ils jugent trop lourdement frappé. Cette protestation est un avertissement. Si nos internes ont l'épiderme un peu sensible, c'est une raison de plus pour les rappeler doucement à leur devoir. Ils n'ont jamais passé pour être inintelligents et doués de mauvaise volonté; il suffit d'un peu de doigté du côté de l'administration pour que les rapports soient des plus courtois et que le règlement soit suffisamment respecté. Savoir fermer les yeux à certains petits écarts et les réprimander sans violence, ce sont là des moyens qu'une administration sage n'hésitera pas à adopter.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'étude des **pleurésies putrides** est encore à l'ordre du jour. M. Netter, à deux reprises différentes, en tenta l'analyse bactériologique; l'an dernier, MM. Widal et Nobécourt, Achard, Courtois-Suffit en publièrent des exemples intéressants. Ils insistèrent sur la production du phlegmon gazeux de la paroi thoracique qui, dans la plupart des cas, succède à l'intervention opératoire et à l'introduction des microbes du pus fétide dans le tissu cellulaire de la paroi. Les trois cas, présentés cette fois par MM. Rendu et Rist, sont plus intéressants encore, car ils apportent une preuve plus nette de l'existence de micro-organismes pathogènes spéciaux, agents causals directs de l'épanchement putride. Ces trois cas se rapportent à des pleurésies survenues plus ou moins brusquement au cours d'affections pulmonaires chroniques ou subaiguës (bronchite chronique, bronchectasie, bronchopneumonie). L'examen bactériologique a été fait d'après la méthode de Veillon. Cet auteur a montré, depuis quelques annés, toute l'importance de la recherche des microbes anaérobies dans le pus et, en particulier, dans le pus fétide. Ces espèces pathogènes, strictement anaérobies, paraissent s'attaquer directement aux tissus vivants pour les nécroser d'abord et les putréfier ensuite. Ils semblent être, pour un grand nombre, les hôtes normaux de diverses cavités naturelles, en particulier de la bouche, et pouvoir, sous certaines influences encore mal connues, perdre leur qualité de saprophytes pour prendre une virulence extrême.

Ce sont des microbes anaérobies analogues qui ont été trouvés par MM. Rendu et Rist dans les trois faits de pleurésie putride qu'ils rapportent. Leur abondance était extrême. La production de ces pleurésies doit donc être attribuée à leur action directe. Il en résulte — point de pratique extrêmement intéressant — cette conséquence que les pansements et les lavages, dans ces sortes de pleurésies, doivent être faits avec des substances très oxydantes, comme le permanganate de potasse ou l'eau oxygénée.

M. Galliard, à propos de la récente communication de M. Tuffier sur la **chirurgie pulmonaire**, rapporte un cas

« d'abcès gangréneux multiples du poumon gauche, traités par la pneumotomie, et ayant entraîné la mort dix jours après l'opération. Voici, résumée, cette histoire clinique. Un homme de cinquante-deux ans entre à l'hôpital pour une broncho-pneumonie d'abord localisée au sommet droit, puis à la base gauche. La défervescence se produit vers le quatorzième jour, alors que persistent les signes d'hépatisation du lobe inférieur avec une mince couche de sérosité pleurale. Le seizième jour recrudescence fébrile, fétidité de l'haleine, expectoration purulente et légérement fétide. En présence de ces signes, on pose le diagnostic d'hépatisation du lobe inférieur gauche, avec abcès multiples gangréneux du même lobe, et symphyse pleurale. On pratique la pneumotomie, et au thermocautère on ouvre un foyer de faible dimension. Le malade succombe et à l'autopsie on rencontre un foyer gangréneux de la dimension d'un petit œuf de poule, situé au-dessus de celui qu'a atteint le thermocautère. Dans le lobe supérieur gauche on trouve un petit abcès fétide et à son contact une loge d'empyème enkysté.

M. Ausset (de Lille) présente un enfant de quatre ans atteint d'une polyurie excessive. Cet enfant, issu de parents très nerveux, contracta, il y a près de deux ans, une maladie infectieuse immédiatement après laquelle apparut une polyurie intense atteignant jusqu'à 9 et 10 litres par vingt-quatre heures. L'enfant est atteint d'une polydypsie considérable qui le force à boire tous les jours de 8 à 10 litres de liquide. L'analyse des urines, faite au mois de juillet dernier, montrait une augmentation de tous les matériaux éliminés; il y avait particulièrement un degré assez accentué d'azoturie. Aujourd'hui l'urée et les autres éléments sont au-dessus de la normale.

M. Ausset croit qu'il s'agit d'un cas de polyurie hystérique alors que M. Souques estime qu'il est plus probable que l'on est en présence d'un de ces cas de « polyurie des dégénérés » que pour la première fois M. Guinon a décrite.

M. Richardière attire l'attention de la Société sur les accidents qui peuvent survenir après le tubage. 21 fois sur 2000 tubés, l'auteur a observé un état spasmodique permanent qui tenait très certainement à des lésions du larynx. Pour parer à ces accidents, M. Richardière conseille l'emploi du chloral et, si cette médication échoue, un nouveau tubage avec des tubes en ébonite.

HOPITAL COCHIN. — M. Chauffard.

Mort subite au cours d'une crise de colique hépatique.

J'apporte à la Société (1) une observation aussi curieuse par sa rareté que triste par son dénouement imprévu : un cas de mort subite survenue au cours d'une crise de colique hépatique.

Voici le fait, d'après les notes recueillies par mon interne, M. Castaigne :

Le 13 janvier 1899, entre, à cinq heures du soir dans mon service de Cochin, une femme âgée de quarante-sept ans, en proie, depuis le 7 janvier, à une crise violente de colique hépatique. Ce n'est pas la première, dit-elle; elle a été déjà souvent malade de la sorte, mais jamais aussi violemment; seules, ajoute-t-elle, les piqûres de morphine arrivent à la soulager. De fait, les souffrances paraissent extrêmement vives; la malade se tient repliée en deux pour diminuer la tension de sa paroi abdominale, rejette ses couvertures pour que leur poids ne comprime pas son hypocondre droit, retient sa respiration, jusqu'à ce que, de temps en temps, un paroxysme plus cruelle lui fasse pousser des cris ou l'oblige à changer brusquement de décubitus.

Pas de vomissements, du reste, pas d'ictère cutané ou urinaire, pas de fièvre, pas de symptômes de collapsus cardiaque, aucune lésion constatable du côté des différents organes.

Une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine est pratiquée, et un bain chaud est préparé pour le cas où le soulagement obtenu ne serait pas suffisant.

Une demi-heure plus tard, alors que la crise paraissait atténuée, et sans que l'on ait pu constater de phénomènes convulsifs ou syncopaux, on s'aperçoit que la malade a succombé.

Tel est le fait, dans toute sa brutalité. Pour l'interpréter, une enquête minutieuse sur le passé de cette malade était nécessaire, et voici les résultats qu'elle nous a donnés :

Pas d'antécédents héréditaires notables, ni de cholélithiase, ni de grand arthritisme. Pas d'antécédents personnels d'infection, ni par le tube digestif ni par la fièvre typhoïde ou ictère catarrhal.

Femme très sédentaire par profession, caissière d'abord, puis s'occupant de son ménage et de travaux de couture, passant parfois des journées entières sans sortir de chez elle et presque sans marcher. Grosse mangeuse, en outre, surtout pour la viande, et nettement alcoolisée, au point de prendre chaque jour ses deux apéritifs et plusieurs petits verres de liqueur.

Réglée à douze ans, et toujours avec vives douleurs, mariée à vingt-cinq ans, elle a eu, en cinq ans, trois fausses couches entre quatre et cinq mois, et trois grossesses normales, dont la première suivie de dix mois de lactation. Ménopause à quarante-deux ans.

D'un caractère calme, apathique même, cette femme, d'après les renseignements donnés par son mari, ne semble avoir présenté aucun signe d'hystérie ni même de nervosisme.

Au moment de la ménopause, vers quarante-deux ans, première crise de cholélithiase, très douloureuse, sans ictère, constituée par une série d'accès subintrants, qui se répètent pendant cinq jours et ne sont calmés que par plusieurs piqûres de morphine.

Depuis lors, une douzaine de crises se sont produites chaque année, à intervalles assez réguliers, crises atténuées et sans ictère, durant à peine vingt-quatre heures, tandis qu'à intervalles éloignés, survenait une grande crise, très douloureuse, persistant quatre à cinq jours, et accompagnée d'ictère. Jamais ces crises ne se sont compliquées de fièvre, ni de symptômes nerveux.

Depuis le début de ses accidents de lithiase, la malade a eu quatre grandes crises, toutes calmées par des injections de morphine, et un grand nombre de crises frustes.

L'accès actuel, pour lequel elle entre le 13 janvier dans nos salles, a débuté brusquement dans la soirée du 7, au moment du coucher. La douleur caractéristique s'est d'emblée compliquée de vomissements, circonstance exception-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

nelle car, au cours de crises antérieures, et quelle que fût l'intensité des douleurs, il n'y avait pas eu de vomissements. La douleur conserve toute la nuit une grande acuité, et ne cède qu'à une piqûre de morphine, pour revenir le lendemain et les jours suivants sous forme de paroxysmes subintrants. Pendant ces six jours qui précèdent l'entrée à l'hôpital, on fait en tout deux piqûres de morphine et on donne cinq ou six quarts de lavement additionné de cinq gouttes de laudanum.

Les vomissements cessent au troisième jour, mais en même temps apparaît un symptôme nouveau, la production d'hémorragies : épistaxis par la narine droite, aux troisième, cinquième et sixième jours, assez abondantes pour avoir nécessité un tamponnement avec une solution antipyrinée, et de plus, au quatrième jour, métrorragie copieuse, d'autant plus remarquable que depuis cinq ans les règles avaient disparu.

L'ictère, qui s'était montré le deuxième jour, reste très léger et s'efface le quatrième jour; il ne restait plus qu'une faible teinte subictérique lors de l'entrée à l'hôpital, sans pigments biliaires ni dans les urines ni dans le sérum (sang pris par ponctions du cœur trois heures après la mort). Dans ces deux humeurs, au contraire, on constatait nettement la présence de l'urobiline.

Ajoutons enfin deux renseignements importants, qui nous ont été donnés par le mari. D'une part, apparition de phénomènes nerveux, que l'on n'avait constatés auparavant à aucune des crises, notamment de l'agitation et du délire nocturne dès le quatrième jour. D'autre part, absence de toute fièvre pendant cette longue série de paroxysme douloureux, tendance même au refroidissement et à l'hypothermie, la température vaginale n'étant que de 36°8 quand la malade est entrée dans le service.

Ces résultats de l'examen clinique et de l'enquête anamnestique étant acquis, il restait à demander à l'autopsie la vérification du diagnostic et l'explication, si possible, de ce dénouement si inattendu.

Voici les résultats qu'a donnés l'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort.

Le foie pèse 1150 grammes, sa surface est de coloration normale, mais présente en plusieurs points, notamment au niveau du lobe carré et de l'incisure du ligament falciforme, un aspect grenu finement mamelonné et nettement cirrhotique.

La vésicule est libre de toute adhérence, elle est de volume normal et son fond déborde légèrement le bord inférieur du foie.

Elle est remplie par un mélange de liquide et de calculs, et quand on la comprime, elle résiste et ne laisse sourdre aucun liquide par l'orifice de l'ampoule de Vater. On incise le fond de la vésicule et il en sort une forte cuillerée à soupe d'un liquide filant, visqueux, de coloration blanchâtre et légèrement louche.

Ce liquide ne contient pas de pigments biliaires, comme l'a montré la réaction de Gmelin, ni d'acides biliaires cherchés par le procédé de Pettenkofer.

Dans ce liquide flottent quatre calculs sensiblement pareils et chacun du volume d'un gros pois chiche, de forme à peu près sphéroïdale, avec une série de petites facettes à leur surface; leur coloration est d'un brun rougeâtre, leur section montre l'aspect strié et concentrique caractéristique. Une douzaine d'autres petits calculs varient comme volume entre le grain de chènevis, le pépin du raisin et la lentille.

Mais une fois la vésicule ainsi vidée, on s'aperçoit qu'un dernier calcul reste enclavé dans la région du canal cystique. Après dissection de la pièce, on reconnaît que ce calcul, semblable comme volume aux gros calculs de la vésicule, est déjà arrivé en plein canal cystique; il a dépassé dans sa migration le col de la vésicule, facilement reconnaissable à ses valvules superposées et s'est arrêté dans le canal cystique juste au-dessus de son angle de jonction avec le canal hépatique, comme le montre la dissection : de là part le cholédoque, dont le calibre est normal, et la muqueuse fortement colorée en vert par la bile. Il y a ainsi un contraste très frappant entre la muqueuse en amont du calcul qui est d'un blanc rosé, et la muqueuse en aval qui est franchement verte.

Le tube gastro-intestinal, sectionné d'une extrémité à l'autre, ne présente aucune lésion.

Les *reins* pèsent chacun 125 grammes, ils ont leur coloration et leur consistance normales. Ils se laissent très bien décortiquer.

Le *cœur* pèse 240 grammes; il est vide de tout caillot, ni dilaté, ni hypertrophié, et présente un ventricule gauche très nettement en état de contraction, la malade est morte en systole. Le myocarde est ferme, de couleur et de consistance normales; les valvules sont très souples, il n'y a pas de lésion endocardique ni myocardique.

Les *poumons*, légèrement emphysémateux au niveau des languettes antérieures et postérieures, sont normaux dans tout le reste de leur étendue. Ils ne sont ni congestionnés, ni atélectasiés.

Le *cerveau*, le bulbe et la moelle, examinés avec soin, ne présentent pas de lésion appréciable.

L'utérus et les annexes ne présentent absolument rien d'anormal.

Cette autopsie nous montre un exemple bien typique et bien rare de colique hépatique grave et prolongée, *prise sur le fait*, pour ainsi dire. Elle est singulièrement instructive.

Tout d'abord, ce contenu incolore et muqueux de la vésicule biliaire, dépourvu de pigments et acides biliaires, permet de supposer que, au début de la crise, la vésicule s'était vidée par le canal cystique, puis, qu'une fois celui-ci définitivement oblitéré, les glandes de la muqueuse vésiculaire sont arrivées, par leur sécrétion propre, à remplir de nouveau la poche du fiel. C'était l'acheminement, si l'enclavement calculeux était devenu chronique, vers l'état décrit sous le nom d'hydropisie de la vésicule.

Rien n'est plus frappant, d'autre part, que le contraste entre les dimensions du calcul et celles du conduit membraneux qu'il lui fallait parcourir. Voilà un calcul sphéroïde, gros comme un fort pois chiche, engagé et bloqué dans un canal mince et étroit et de diamètre, au-dessous, à peine comparable à celui d'une petite artère radiale. L'enclavement est si serré que le calcul est absolument immobilisé, ne peut ni avancer ni reculer, ne laisse plus filtrer entre lui et la paroi une seule goutte de bile. L'obturation est hermétique, et quand on songe qu'en sept jours le calcul a si peu progressé et n'a pu dépasser les limites du canal cystique, on se demande ce qui serait advenu en cas de survie, avec quelles chances de succès et dans quel délai la migration du cholélithe aurait pu s'effectuer. C'est là une grosse question, car elle a pour corollaire immédiat une sanction thérapeutique. En fait, si pendant la vie on avait pu connaître le volume et l'enclavement à bloc du calcul, l'indication opératoire aurait, je crois, été légitimement posée. Faute de ces données que la clinique est impuissante à apporter, la durée seule et la gravité des accidents deviennent des éléments prépondérants de décision, et très

suffisants pour faire conseiller la laparotomie, si l'on n'avait à tenir le plus grand compte du danger tout spécial qu'aurait pu présenter, dans un cas de ce genre, l'administration prolongée du chloroforme.

Et ceci nous amène à cette autre question capitale : pourquoi cette malade est-elle morte si inopinément et dans des conditions si absolument exceptionnelles? Rien de plus rare, en effet, que la mort au cours d'une crise de colique hépatique, surtout si l'on considère la fréquence extrême des accidents lithiasiques. Quelques faits de ce genre ont été réunis par Charcot (1) et, depuis, Brouardel (2) en a cité un bien curieux, où la question d'un empoisonnement possible avait provoqué un examen médico-légal; le canal cholédoque contenait un calcul assez volumineux, et la vésicule biliaire en renfermait un grand nombre.

Mais ces faits se comptent, alors que tous les jours nous voyons des crises de coliques hépatiques. C'est donc qu'il faut des conditions très spéciales, très exceptionnelles, pour expliquer, en pareil cas, la mort subite ou rapide. Ces conditions, nous pouvons, chez notre malade, au moins en présumer la nature. Elles nous paraissent très complexes, mais peuvent toutes se ramener à une résultante commune, la *diminution de la résistance organique*. C'est à ce titre qu'interviennent et l'alcoolisme et les hémorragies abondantes, nasales et utérines, observées du troisième au sixième jour de la crise, et l'épuisement nerveux causé par sept jours de souffrances cruelles et presque ininterrompues.

Cet organisme ainsi débilité subissait, en outre, très probablement les effets toxiques d'une stéatose hépatique déjà assez avancée, car l'examen histologique du foie nous a montré, dans le plus grand nombre des cellules hépatiques, des granulations graisseuses fines ou plus ou moins volumineuses et, en même temps, un épaississement fibroïde de la capsule de Glisson, au niveau des espaces portes.

Ainsi, tare alcoolique ancienne, anémie par hémorragies multiples, épuisement nerveux, auto-intoxication hépatique, additionnaient leur effet nocif, avec cette double conséquence clinique déjà réalisée, l'excitation nerveuse avec subdélire nocturne, et l'*hypothermie* (température vaginale de 36°8).

Voilà la préparation des accidents, et voici leur dénouement, la mort subite. Reste la question du *comment*, du mécanisme physiologique de cette mort subite, et ici nous ne pouvons plus procéder que par induction et par voie d'hypothèse.

La première supposition qui vient à l'esprit, c'est que cette femme est morte par *syncope réflexe;* excitation violente et prolongée des nerfs sensitifs biliaires, c'est-à-dire du pneumogastrique et du grand splanchnique, réflexe bulbaire et arrêt du cœur par excitation du pneumogastrique, tel aurait été l'enchaînement des phénomènes. C'est cette cause de mort qui a été invoquée par Charcot, par Brouardel.

Dans le cas présent, elle nous paraît passible de sérieuses objections. Rappelons d'abord que les physiologistes sont loin d'admettre sans restriction ces syncopes réflexes, et que, d'après eux, l'excitation du pneumogastrique, si violente qu'elle soit, ne tue jamais, ne produit qu'un arrêt *momentané* du cœur, auquel succède bientôt la reprise des pulsations cardiaques.

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du foie et des voies biliaires*, 1877, p. 153.

(2) Brouardel. *La mort et la mort subite*, 1895, p. 221.

Mais, admettons même la possibilité de cette syncope réflexe ; si elle s'est produite, nous devons, d'après les données classiques de la physiologie, de la médecine légale, trouver le cœur arrêté en période de relâchement musculaire, en *diastole*, tandis que l'autopsie de notre malade nous a montré le cœur contracté et nettement en *systole*.

Dernière raison enfin : si la mort avait eu lieu par syncope réflexe, c'est en plein paroxysme douloureux qu'elle aurait dû survenir, et non après une piqûre de morphine et alors que les souffrances aiguës étaient en voie d'atténuation.

La mort par syncope, au moins pour ce cas, ne nous paraît donc ni prouvée ni même probable.

Je croirais bien plus volontiers que notre malade a succombé par intoxication, et je me demande si l'injection de morphine n'a pas pu y contribuer.

Je me hâte de dire qu'il n'y avait eu aucune erreur de commise, ni comme dose, ni comme solution ; je m'en suis soigneusement assuré. C'est bien 1 centigramme seulement de chlorhydrate de morphine qui a été injecté, c'est-à-dire une dose très modérée, surtout chez une malade qui déjà bien des fois avait réclamé et subi des injections de ce genre, sans en éprouver autre chose que du soulagement. En elle-même, cette injection était donc tout à fait inoffensive ; mais rappelons-nous dans quelles conditions elle était pratiquée, chez une femme alcoolique, doublement épuisée par la souffrance de sept jours de crises et par une série d'hémorragies, en état d'hypothermie, et ayant un foie stéatosé et probablement insuffisant. Quel cumul de causes nocives, et toutes capables d'amoindrir la résistance de l'organisme ! Si nous avions, dans un cas de ce genre, une mort subite provoquée par l'inhalation de quelques bouffées de chloroforme, nous n'aurions aucun doute sur la cause de la mort; pourquoi ne pas en admettre autant pour la morphine? Et qui peut prévoir si l'effet du médicament, au lieu d'être simplement sédatif, ne peut, dans des circonstances aussi exceptionnelles, devenir paralysant ?

Sans doute, cela est troublant, habitués que nous sommes à l'innocuité et aux effets bienfaisants de l'injection morphinique. Mais nous ne devons pas oublier que cette médication peut avoir et a souvent ses dangers, et que ceux-ci sont alors terribles. Pour ma part, instruit par le cas que je viens de rapporter, je me refuserais à pratiquer une piqûre de morphine au cours d'une colique hépatique, si je trouvais mon malade épuisé, en état d'hypothermie, et si je le soupçonnais intoxiqué par une lésion hépatique ou par l'alcoolisme.

C'est dans les cas de ce genre qu'il faudrait à tout le moins atténuer le danger en recourant à la méthode ingénieuse que, ces jours-ci même, notre collègue, M. Ferrand, préconisait à l'Académie de médecine : les injections mixtes à la fois d'éther et de solution morphinique.

J'ajoute, en terminant, que l'interprétation que je propose pour les causes de mort chez ma malade ne pourrait probablement s'appliquer aux autres cas déjà publiés, d'observation ancienne pour la plupart, et dans lesquels la morphine ne saurait être incriminée. On ne meurt presque jamais de colique hépatique, mais rien ne prouve que, dans ces cas si exceptionnels, la mort se produise toujours par le même mécanisme.

TRAITEMENT DES TUBERCULOMES (ABCÈS TUBERCULEUX) SYMPTOMATIQUES OU NON D'UNE ALTÉRATION DES OS (1)

Par M. le professeur LANNELONGUE.

Si les abcès tuberculeux, symptomatiques ou non d'une lésion ostéo-articulaire, guérissent spontanément quelquefois, le fait n'en reste pas moins exceptionnel et, comme les dangers d'une infection nouvelle de voisinage ou éloignée sont toujours menaçants, une indication s'impose : celle d'intervenir. On ne doit pas attendre, l'inaction est blâmable; l'intervention précoce, au contraire, montre les choses localement moins avancées et s'adresse à un sujet plus résistant.

A l'heure actuelle, deux méthodes sont presque exclusivement en présence : l'extirpation et la méthode des injections modificatrices successives.

Avant de donner les résultats obtenus par moi par l'application de l'une ou l'autre de ces méthodes, qu'il me soit permis de résumer, en quelques lignes, les considérations qui, à mon sens, doivent guider dans le choix de chacune d'elles.

L'extirpation, et sous ce nom j'entends l'ablation au bistouri de toute la tumeur, contenant et contenu, serait incontestablement la méthode idéale, si l'on pouvait enlever, sans l'ouvrir, la totalité du tuberculome en passant en plein tissu sain. Comprise ainsi, elle ne peut convenir qu'aux tuberculomes suppurés de petit volume et bien circonscrits.

Si la poche est d'un certain volume ou profondément placée, elle sera presque toujours ouverte pendant la dissection. Le procédé opératoire doit être modifié alors; on videra entièrement le contenu en ne prolongeant pas son contact avec les tissus sains, et l'on procédera au curetage de la paroi. Cette seconde manière de faire ne vaut pas la première, parce qu'elle fait courir un double risque : celui de ne pas tout enlever, de laisser une partie parfois très exiguë du foyer virulent, et celui d'exposer à une infection générale par l'introduction des bacilles dans les vaisseaux ouverts. Mais ce deuxième danger est infiniment plus rare qu'on ne l'a prétendu.

Il n'en est pas de même du premier risque; il est presque inévitable lorsque les abcès sont profonds, surtout lorsqu'ils sont migrateurs, avec un trajet étendu et à directions diverses. L'ablation, le curetage exposent à des récidives, en un mot, à la persistance des foyers tuberculeux, sans compter que, dans les abcès par congestion, on ne peut pas atteindre, dans la très grande majorité des cas, la lésion osseuse elle-même.

La méthode des injections uniques, ou multiples et successives le plus souvent, est excellente, surtout si l'on prend soin d'en remplir tous les temps avec l'attention que comporte la constitution anatomique de l'abcès.

La ponction sera faite avec un trocart assez volumineux, sur un point où la peau est encore saine. Le liquide évacué, on procédera avec un soin minutieux à un lavage répété de la cavité avec une solution antiseptique, phéniquée à 1 p. 100 par exemple, jusqu'à ce que le liquide revienne intact. Puis on fera l'injection médicamenteuse, et, après plusieurs essais, je suis resté convaincu que l'iodoforme est encore un des moyens les plus sûrs d'arriver à une guérison plus prompte. Je m'arrange pour injecter une quantité de liquide qui corresponde à un dépôt de 2 à 3 grammes d'iodoforme dans la poche, suivant son volume; j'associe l'éther à l'iodoforme afin d'en rendre la diffusion plus facile, et j'ajoute un peu de créosote en plus. Voici, d'ailleurs, la formule que j'emploie :

Huile d'amandes douces stérilisée.	90	grammes.
Iodoforme.	10	—
Ether sulfurique.	10	—
Créosote de hêtre	2	—

Je n'ai pas eu d'accidents d'empoisonnement par l'iodoforme.

RÉSULTATS. — 1° *Extirpation et curetage.* — Les tuberculomes des parties molles, traités par l'extirpation soit sans ouverture, soit avec ouverture et grattage, sont au nombre de 27. Il y a eu 27 guérisons, dont 4 après désunion totale de la plaie opératoire. Dans 5 cas, il a fallu faire un second grattage d'une petite fistule.

2° *Méthode des injections successives.* — Dix-sept malades ont été opérés; 4 ont guéri par une seule injection, c'étaient 2 maux de Pott lombaires et 2 dorsaux-lombaires; 7 ont guéri : 3 après deux injections, 3 après quatre injections, 1 après cinq injections. Les 6 autres ont eu des fistules; ils ont fini par guérir dans un délai de dix mois à deux ans en réclamant des opérations complémentaires : curetages, ouvertures d'abcès nouveaux, etc. Le sixième est mort après formation d'abcès multiples dans le petit bassin, la fesse et de chaque côté du pli de l'aine : c'était un mal de Pott dorsal inférieur.

Les résultats obtenus par Ménard avec le naphtol camphré se rapprochent des précédents; ils confirment, comme les miens, la supériorité de la méthode des injections successives. La présence de microbes surajoutés au bacille n'est nullement une contre-indication et ne doit modifier en rien les dispositions prises.

Ayant eu l'occasion d'observer les effets de l'iodoforme sur un abcès survenu dans le cours d'une coxo-tuberculose, je tiens à le rappeler ici. La poche avait reçu 3 grammes d'iodoforme douze jours auparavant, et tout s'était bien passé. Au huitième jour, l'enfant fut pris de diphtérie et succomba. A l'ouverture de l'abcès, on trouva dans la poche un liquide un peu louche, peu abondant eu égard à la capacité de l'abcès. Toute la surface interne de l'abcès était d'un rouge assez vif, et l'on y voyait de fins cristaux d'iodoforme répandus un peu partout. M. Achard examina la paroi, qui était infiltrée de leucocytes dans toute son étendue : c'était une paroi évoluant vers la réparation, à n'en pas douter.

Les considérations qui précèdent à l'égard du traitement des abcès osseux sessiles ou par congestion s'appliquent aux abcès symptomatiques des synovites tuberculeuses et, notamment, aux abcès de la coxo-tuberculose, qui constituent souvent de longues poches migratrices comparables à celles venues du rachis.

Toutefois, le traitement des abcès tuberculeux symptomatiques d'un mal de Pott ou d'une ostéomyélite, quel qu'en soit le siège, n'est qu'une partie, souvent fort importante il est vrai, du traitement local de ces affections. Il est dès lors de toute nécessité de continuer les conditions thérapeutiques réclamées par ces affections à sièges divers pendant qu'on poursuit la cure de ces abcès. On aura donc soin de tenir les malades horizontalement étendus dans les maux de Pott de continuer l'extension continue dans les coxo-tubercu-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

loses et, pour les ostéo-arthrites du membre inférieur, d'empêcher les sujets de marcher.

Enfin, un excellent traitement général sera toujours maintenu et, parmi les conditions que je considère comme les meilleures à recommander, je signale l'aération permanente comme étant la plus utile et la plus nécessaire.

LA POLYURIE ET L'EXCRÉTION DE L'URÉE DANS L'ÉPILEPSIE

Par MM. Maurice Dide, interne en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, et Marius Stenuit, interne en pharmacie desdits asiles.

Conclusions. — 1° La polyurie est presque constante dans l'épilepsie, elle est généralement plus marquée dans l'intervalle des crises;

2° L'urée éliminée par litre est au-dessous de la normale dans presque tous les cas;

3° L'urée éliminée en vingt-quatre heures, les jours de crises, est souvent au-dessous de la normale; cela résulte d'un abaissement des matériaux fixes de l'urine, qui précède la crise et qui n'est pas compensé par l'élimination temporairement exagérée qui la suit;

4° L'urée des vingt-quatre heures, dans l'intervalle des crises, est généralement augmentée;

5° Ces faits séparent nettement l'épilepsie de l'hystérie, où, dans la période interparoxystique, la nutrition est normale. (*Tribune méd.*)

THÉRAPEUTIQUE

Soluté officinal de digitaline cristallisée au millième.

Digitaline cristallisée . . . . . 1 gramme.
Glycérine à 1,25. . . . . 333 centimètres cubes.
Eau distillée . . . . . . 146 — —
Alcool à 95 degrés. . . . . . Q. S.

Pour faire 1000 centimètres cubes de soluté.

Faites dissoudre la digitaline dans une quantité suffisante (environ 500 centimètres cubes) d'alcool; ajoutez la glycérine et l'eau, puis assez d'alcool pour obtenir un volume de 1000 centimètres cubes. Filtrez.

Cinquante gouttes, comptées au compte-gouttes normal, ou 1 gramme de ce soluté, renferment un milligramme de digitaline cristallisée.

Très toxique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 13 au 18 février 1899)

Examens de doctorat.

Mercredi 15 février, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Lannelongue, Sébileau et Lepage; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Rémy et Lejars; ; — (2e série) : MM. Blum, Broca (Aug.) et Legueu; — M. Méry, suppléant.

Jeudi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Rémy et Thiéry.

2e (nouveau régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Panas, Hartmann et Bonnaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Roger et Thiroloix; — (2e série) : MM. Cornil, Troisier et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Vaquez et Wurtz; — M. André, suppléant.

Vendredi 17 février, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Terrier, Blum et Varnier; — (2e partie) : MM. Joffroy, Lancereaux et Dupré.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Thoinot et Teissier; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Legueu; — (2e série) : MM. Humbert, Lejars et Mauclaire; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Broca (Aug.) et Lepage; — M. Walther, suppléant.

Samedi 18 février, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Rémy et Quénu.

2e (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Gley.

3e (2e partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Debove, Hallopeau et Roger.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Vaquez et Langlois; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Faure; — (2e série) : MM. Berger, Albarran et Hartmann; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Achard et Thiroloix; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Marfan et Bonnaire; — M. Troisier, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 4 février 1899, M. le médecin-inspecteur Gentit, nouvellement promu, est maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille.

— *Corps de santé de la marine.* — M. le médecin de première classe Dufour, professeur à l'école du service de santé à Bordeaux, est affecté au port de Rochefort.

M. le médecin principal Cognes, réservé à Toulon pour un embarquement d'escadre, est destiné au cuirassé le *Jauréguiberry* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Géraud, qui terminera le 16 de ce mois deux années de service à la mer.

M. le médecin de première classe Bonnescuelle de Lespinois, major au 5e régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, passera, sur sa demande, au 4e régiment d'infanterie de marine à Toulon, en remplacement de M. le docteur Viancin, placé en non-activité pour infirmités temporaires.

— Distinctions honorifiques. — *Médailles de vermeil* : M. le docteur Alirol, adjoint au maire du Puy (choléra 1892, fièvre typhoïde 1897); — M. Jais, interne en médecine à l'ambulance d'El-Kettar (Algérie) (typhus de 1898).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bouquet (épidémie de dysenterie, à Roisy-en-Brie); — Hamel, médecin sanitaire maritime (épidémie à bord d'un paquebot); — M. Labeyrie, interne des hôpitaux de Nantes (épidémie à la colonie pénitentiaire de Belle-Isle).

Médaille de bronze : M. Chauveau, externe à l'hôpital Trousseau (dévouement exceptionnel auprès de malades atteints d'affections contagieuses).

— *Asile de Bron.* — Le concours de l'internat de l'asile s'est terminé par les nominations suivantes : Interne titulaire : M. Faure. — Internes suppléants : MM. Tissot, Lhoste, Buvat, Vires et Maussire.

— *Hôpital Tenon.* — Les élèves et anciens élèves de M. le docteur Chaput lui offrent, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, un banquet chez Ledoyen, avenue des Champs-Élysées, le 18 février, à sept heures et demie. Ceux qui désirent s'y associer sont priés de répondre le plus tôt possible à MM. Morély, Malartic ou Guillemot, internes à l'hôpital Tenon.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes du carnaval.* — A l'occasion des fêtes du carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 février 1899, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 15 février.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 9 FÉVRIER 1899. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est encore l'appendicite qui a fait les frais de cette séance, mais personne ne s'en est plaint, étant donné le talent des deux orateurs qui ont pris la parole, MM. Reclus et Dieulafoy.

M. Reclus a bien nettement posé la question où elle se trouve actuellement, après dix ans d'étude à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine. Il nous semble qu'il a fortement évolué dans le sens de M. Dieulafoy et qu'il est devenu bien franchement interventionniste, toujours et le plus tôt possible. Malgré les succès constants de l'opération à froid, M. Reclus estime que, dans bien des cas, il est peut-être imprudent d'attendre et qu'il vaut mieux, comme ne cesse de le conseiller M. Dieulafoy, opérer toujours et le plus vite possible, une fois, bien entendu, le diagnostic d'appendicite posé.

M. Dieulafoy a pris ensuite la parole, non pas tant pour répondre à M. Reclus, ce qu'il fera dans une prochaine séance, que pour appeler l'attention sur une nouvelle partie de l'histoire des appendicites, sur ces accalmies trompeuses et traîtresses de la maladie qui peuvent donner le change, faire croire à une défervescence et à une guérison prochaine, alors que la péritonite évolue et que les accidents reparaissent le lendemain ou le surlendemain plus terribles et plus graves que jamais. Méfiez-vous donc de ces accalmies traîtresses, dit M. Dieulafoy, et que cette défervescence, purement apparente, malgré la cessation des douleurs, l'abaissement de la température, ne vous endorme pas, médecins et chirurgiens, dans une sécurité trompeuse, et n'hésitez pas, en pareil cas, à décider les familles à accepter une intervention chirurgicale qui s'impose plus que jamais, car demain il serait trop tard. Telle est la thèse que M. Dieulafoy a soutenue avec son ardeur habituelle. Il n'a pas manqué d'appuyer cette opinion sur des faits assez impressionnants et assez dramatiques pour entraîner la conviction.

M. Brunon (de Rouen) nous a tracé un tableau véritablement effrayant des progrès de l'alcoolisme en Normandie.

Voici les conclusions du travail de M. Brunon :

« Contrairement à l'opinion généralement reçue en Normandie, l'alcoolisme des femmes va grandissant :

L'alcoolisme des femmes est relativement discret; il se cache; mais il existe cependant, et il n'en est pas moins terrible dans ses conséquences sociales.

Les ouvrières des filatures et tissages sont celles qui boivent le moins. Les femmes d'ouvriers restant dans leurs ménages sont celles qui boivent le plus.

D'une manière générale, dans les campagnes normandes et à Rouen, les femmes boivent plus que les hommes. »

Dans son comité secret, l'Académie a classé ainsi qu'il suit les candidats pour la place vacante d'associé national : en première ligne, M. Moniez (de Lille); en deuxième ligne, MM. Brunon (de Rouen), Coyne (de Bordeaux) et Vincent (de Rochefort); en troisième ligne, MM. Catrin (de Valenciennes) et Lalesque (d'Arcachon).

HOTEL-DIEU. — M. FERRAND.

Des injections hypodermiques de morphine, en cas de menaces de mort : syncopes ou asphyxie (1).

I

C'est un principe de morale déontologique que le médecin doit se garder de toute intervention susceptible de hâter le moment de la mort; il doit encore s'abstenir de toute pratique capable de porter atteinte à la conscience des mourants et de les précipiter dans cet état d'inconscience qui est si souvent le signe précurseur d'une fin toute prochaine.

C'est pourquoi des médecins, soucieux d'observer tous les devoirs qui leur incombent, ont pu craindre, non sans raison, que l'usage des injections hypodermiques de morphine, si souvent utiles pour endormir les dernières douleurs de l'existence, ne fût pas sans inconvénients sérieux, à ce point de vue, et en sont venus à se demander jusqu'à quel point, en de telles conditions, on pouvait user sans scrupules de ce moyen thérapeutique. Peut-on user librement des injections de morphine chez des sujets qui approchent du fatal dénouement, alors que ces malheureux demeurent encore capables d'user de leurs derniers moments pour se reconnaître, comme on dit, et pour prendre telles

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 95.

dispositions matérielles, morales ou religieuses, qu'ils peuvent souhaiter et dont nul, quelles que soit d'ailleurs ses propres convictions, n'a le droit de faire bon marché?

Nul doute que les injections de morphine, telles qu'elles sont employées communément, ne puissent plonger les malades dans un état de sommeil capable de les conduire, sans transition et sans retour de conscience, jusqu'au sommeil éternel; du sommeil frère de la mort, selon l'expression d'Homère, jusqu'à la mort même.

Il y a donc là un problème délicat de déontologie professionnelle, qu'une observation malheureusement trop fréquente propose chaque jour à notre étude, problème que chacun résout à sa façon et selon sa conscience, mais qui me semble comporter une solution plus générale et plus satisfaisante, en même temps que plus scientifique.

Avant de formuler cette solution, il me paraît bon de préciser et de dégager, si possible, deux questions préalables : 1° Comment on meurt; 2° Comment agit l'injection de morphine.

Cette question de la mort nous a tous plus ou moins préoccupés, car l'occasion nous est souvent offerte d'arrêter sur elle nos méditations. Je puis dire qu'elle a plus spécialement tourmenté mon esprit, depuis le jour où elle m'a été imposée comme sujet de thèse dans un concours d'agrégation. Elle est, hélas! toujours d'actualité et demeure toujours ouverte.

On ne meurt pas toujours de la même façon, sans doute. Dans le travail auquel je viens de faire allusion, et pour la rédaction duquel j'avais pu m'inspirer des conseils de l'éminent physiologiste Cl. Bernard, je me suis efforcé d'établir que les modes divers de mourir peuvent se rapporter à trois grands types qui sont : la mort par épuisement nerveux, la mort par arrêt brusque de la circulation ou par syncope et la mort par anoxémie ou par asphyxie. Et de ces trois types, on peut dire que le plus fréquemment observé c'est sans contredit le troisième, c'est la mort par asphyxie. C'est l'état asphyxique en réalité qui donne à l'agonie son caractère le plus habituel; qu'elle soit lente ou rapide, c'est l'insuffisance de l'hématose qui termine le plus souvent l'existence; et c'est le dernier soupir qui, s'il n'est pas la fin de toute la vie, marque du moins le commencement de la mort (1).

Plus rare que la mort par asphyxie, la mort par syncope se rencontre cependant quelquefois, dans la mort subite que détermine l'insuffisance aortique par exemple, et dans certaines maladies où l'hémopoièse est encore plus atteinte que l'hématose.

Quant à la mort par le système nerveux, elle est plus rare encore; elle importe peu d'ailleurs à notre sujet, car elle est en général d'une subitanéité telle qu'elle échappe à toute intervention médicale. Telle est, par exemple, la mort par sidération, dont l'électrocution a cherché à copier le mécanisme et que les usines électriques ont quelquefois reproduite en de terribles accidents.

Ces données résument à peu près ce que nous savons de la mort, au point de vue physiologique; je n'ai pas à les développer davantage devant des médecins qui les connaissent scientifiquement de par la théorie et de par l'expérience de tous les jours.

Je n'ai nulle intention d'exposer ici en détail les effets de l'injection de morphine, je ne veux rappeler que brièvement le mode d'action de cet alcaloïde, le plus toxique de tous ceux que renferme l'opium (Cl. Bernard).

Employée tout d'abord exclusivement comme analgésique, l'injection hypodermique a été depuis mise au service de plusieurs indications : on l'emploie comme hypnogène, pour assurer le sommeil lorsqu'il fait défaut; elle est aussi quelque peu excito-motrice, et c'est pourquoi on a pu la regarder comme tonique, mais à très petites doses; on l'a donnée comme eupnéique, pour la même raison, assez indirecte d'ailleurs, et à petite dose aussi, car à dose toxique elle joue encore plus certainement le rôle d'un agent d'asphyxie; enfin elle a encore au même titre une certaine action anexosmotique, du moins sur les sécrétions des muqueuses digestives et respiratoires, car, du côté de la peau, elle provoque surtout la diaphorèse. Toutefois, cette différence me semble surtout relever du dosage du médicament, car si une dose normale de morphine provoque la sueur, une petite dose paraît amener, en même temps qu'un peu d'excitation générale, une certaine sécheresse de la peau.

Il n'est pas rare que la première injection hypodermique de morphine provoque des accidents de collapsus, d'angoisse et de lypothymie, voire même de syncope. Ces effets se retrouvent d'ailleurs, même en présence des doses les plus minimes, chez certains sujets doués d'une intolérance particulière pour les moindres doses d'opium.

Enfin, la dose un peu exagérée et véritablement toxique du médicament provoque un sommeil profond jusqu'au coma, alternant avec des phénomènes de collapsus, pour se résoudre bientôt en une asphyxie rapidement progressive, par une paralysie qui s'étend à tous les vaso-moteurs et ne tarde pas à gagner tous les éléments moteurs de l'économie.

C'est même, pour le dire en passant, cet élément asphyxique qui m'a servi à établir, entre les agents anesthésiques ou hypnogènes et les agents narcotiques proprement dits, une distinction qui me semble répondre à la réalité des faits et que je n'ai vue mentionnée nulle part. A mon avis, il y a anesthésie ou hypnose tant que le système nerveux n'est intéressé que dans ses éléments sensibles, tant que les mouvements essentiels à la vie et en particulier les mouvements de la respiration continuent à s'exercer; il y a narcose quand les facultés motrices, plus ou moins profondément atteintes, amènent l'asphyxie.

De sorte que des agents médicamenteux, qui sont analgésiques et hypnotiques à faible dose, deviennent, à plus haute dose ou dans des conditions différentes, susceptibles d'accroître la portée de leur influence, deviennent, dis-je, des narcotiques capables d'effets asphyxiques et même toxiques jusqu'à la mort.

Or, on sait combien c'est une chose relative que le dosage d'un agent médicamenteux, et cela surtout quand il s'agit de substances dont l'action s'adresse au système nerveux, l'élément le plus variable dans son impressionnabilité et dans ses modes de réaction, non seulement chez des sujets différents, mais sur un même sujet pris à diverses phases de son état physiologique.

Il n'y a que l'âge des sujets, il n'y a que le poids de leur corps qui commandent des variations dans le dosage des médicaments. Qui de nous n'a remarqué que le tabac que nous fumons impunément dans l'état de santé et surtout à l'issue d'un bon repas, peut causer des accidents d'intoxication légers, mais assez désagréables, dans certains cas où, sans être positivement malade, nous nous trouvons par fatigue ou par accident, quel qu'il soit, simplement menacés

(1) Voyez mon *Étude sur le moment de la mort.*

dans l'équilibre de notre santé normale, ou, comme on dit, dans une sorte d'imminence morbide?

Il en est de même de tous les agents d'excitation physiologique, dont la dose favorable peut se trouver grandement modifiée selon l'état de santé de celui qui en use. Que sera-ce s'il s'agit d'un malheureux agonisant, comme nous allons le dire tout à l'heure?

Pour ce qui est de l'opium, et en particulier de la morphine, j'ai observé des cas d'intolérance extrême. J'ai souvent cité comme exemple une femme que j'eus à soigner dans mon service de l'hôpital Laënnec et qui refusait les injections hypodermiques que je lui prescrivis, et cela sous prétexte qu'elle ne pouvait les supporter. Désireux de vérifier l'exactitude de son dire, je lui fis faire une injection hypodermique à son insu, composée avec de l'eau claire, et elle eut quelques légers signes d'intolérance. Je fis renouveler cette même injection en recommandant d'employer une seringue de Pravaz dûment expurgée de toute trace de morphine, et aucun symptôme d'intolérance ne se produisit plus. On peut juger par là du degré auquel peut atteindre l'intolérance de certains sujets pour certaines substances médicamenteuses.

Quoi qu'il en soit, les injections de morphine présentent deux sortes toutes particulières de danger :

Il y a d'abord les accidents de dépression nerveuse, qui sont caractérisés par un collapsus plus ou moins profond, par des lipothymies et par des menaces de syncope. Ce sont les accidents que présentent, au début, beaucoup de sujets inaccoutumés à l'action du médicament, ou particulièrement intolérants de cette action, soit par idiosyncrasie, soit par toute autre cause. Ce sont des accidents comparables à ceux que provoque le premier cigare chez le fumeur novice, effets auxquels l'expression de contro-stimulisme me paraît bien s'appliquer et dont le spasme général des vaso-moteurs paraît être l'élément le plus important, sinon l'élément essentiel.

Il y a ensuite les accidents comateux et asphyxiques qui se présentent plus rarement; le fait est qu'ils ne se voient guère que dans le cas où ont été administrées des doses massives ou relativement excessives du médicament, en un mot, des doses toxiques à proprement parler.

Or, cette modification de l'économie vivante que nous disions tout à l'heure et qui dispose à la syncope ou dispose à l'asphyxie, elle se rencontre chez certains sujets, notamment chez nombre de malades, à différentes phases de leur maladie; elle se rencontre surtout chez les mourants, puisque, ainsi que nous l'avons dit en commençant, on peut mourir par syncope et que l'on meurt le plus souvent par asphyxie.

Les injections de morphine peuvent donc rencontrer les sujets dans l'une quelconque de ces deux dispositions, où la mort est près de venir; et en les aggravant l'une ou l'autre, elle pourrait précipiter le moment de la mort, ou même seulement contribuer pour sa part à déterminer l'état de mort apparente qui précède souvent la mort réelle; elle peut, en un mot, achever ce qui n'est encore qu'une tendance à la syncope et plus souvent à l'asphyxie, hâter ce qui, en tout cas, consiste en perte de conscience et impuissance de sentir et d'agir, en un mot, priver le malade des derniers moments de lucidité dont il eût pu user pour sauvegarder des intérêts pour lesquels il ne pourra plus rien désormais.

En présence de ces considérations, il semblerait tout d'abord qu'une conclusion s'impose, simple et absolue : condamner et proscrire l'usage des injections hypodermiques de morphine toutes les fois que le sujet est en danger de mort imminente, par syncope ou par asphyxie, notamment lorsqu'il entre en agonie.

Mais, d'autre part, le médecin n'abandonne pas volontiers le rôle bienfaisant que la nature réclame de lui et que la providence lui confie; il ne peut refuser au mourant de calmer son angoisse, d'atténuer sa souffrance, de relever ses forces et de modérer une agitation qui l'épuise. Et quand le médecin sait qu'il a entre les mains un moyen sûrement efficace de répondre à toutes ces indications à la fois, n'est-il pas cruel de lui interdire de le mettre en œuvre? Ne manquera-t-il pas à un de ses devoirs les plus sacrés s'il refuse au malheureux qui l'implore et se confie à son secours un viatique d'autant plus précieux qu'il est plus efficace?

Tels sont, il me semble, les termes dans lesquels se pose le problème devant la conscience du médecin, en face du malheureux agonisant. Doit-il, au risque de jeter prématurément le malade dans l'inconscience et dans l'impuissance de penser et d'agir, doit-il employer cette injection de morphine au moyen de laquelle il atténuerait la sensation d'une fin prochaine et remplacerait les agitations de la lutte suprême par une déchéance anticipée?

Le problème serait bien difficile à résoudre, s'il se posait ainsi sous la forme d'un dilemme, limité à ce point qu'on ne pût échapper à l'un de ses termes sans tomber sous l'application de l'autre, et la conscience du médecin resterait ainsi livrée à une sorte de torture morale.

Heureusement il n'en est rien, et parmi les moyens d'action que nous avons à notre disposition, nous pouvons, Dieu merci, en trouver qui nous permettent de remplir notre mission secourable, sans nous exposer à compromettre aucun des graves intérêts en présence.

(*A suivre.*)

TRAITEMENT ET GUÉRISON DE LA HERNIE PAR L'USAGE DE LA BICYCLETTE (1)

Par M. le docteur Championnière, membre de l'Académie de médecine.

M. le docteur Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, a présenté à l'Académie de médecine un cas dans lequel quatre mois d'exercice de bicyclette ont fait disparaître une hernie inguinale très gênante, datant de quatre années, et difficile à contenir.

Ce fait, tout en étant intéressant, n'est pas absolument isolé et nouveau. Dans son livre déjà ancien, *La santé par le tricycle*, le docteur Jennings avait rapporté des faits très intéressants du même ordre.

Depuis longtemps, M. Championnière estime que le repos relatif prescrit aux hernieux est plus mauvais pour eux que l'activité musculaire.

Il est facile de constater que les travailleurs tolèrent leur hernie mieux que les gens inactifs qui engraissent, toussent et vont difficilement à la selle.

M. Championnière a souvent et régulièrement conseillé les sports aux hernieux, à la condition d'être protégés par un bandage.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 124.

Mais la bicyclette lui a paru tout de suite le sport spécialement favorable pour les hernieux.

Sur le sujet à bicyclette, la hernie n'a pas de tendance à sortir; elle a même de la tendance à rentrer, à disparaître.

La bicyclette favorise la santé générale du hernieux et l'amaigrissement qui lui est si particulièrement favorable.

Non seulement la bicyclette constitue le véritable sport du hernieux, mais elle peut en outre devenir pour certains cas de complications un véritable moyen de traitement. M. Championnière cite un cas dans lequel le tricycle a pu rendre supportable deux hernies irréductibles qui donnaient lieu à des accidents locaux et généraux.

Pour obtenir un semblable résultat, l'usage de la bicyclette doit être dirigé d'une façon méthodique.

Le sujet doit être placé sur une selle basse et surtout en arrière de l'axe des pédales pour être bien assis en arrière.

Il doit s'abstenir des grandes vitesses et des montées.

Un régime tendant à l'amaigrir est, pour le sujet atteint d'accidents herniaires, un excellent complément de cette action de la bicyclette.

En amenant le cycliste à suivre une sage progression, on peut utiliser bicyclette et tricycle, même pour la cure de certains accidents herniaires.

Mais ce qu'il importe de noter surtout, c'est que le cyclisme est essentiellement favorable aux hernieux.

Contrairement à ce qu'on a pu avancer sans expérience, non seulement le cyclisme n'est pas un sport qui puisse faire des hernies, c'est un exercice tout à fait approprié aux hernieux, permettant d'améliorer ses conditions de santé générale, permettant un travail musculaire sans danger, ayant tous les avantages de la marche en plein air sans les inconvénients de l'effort musculaire compliqué de la position verticale.

M. Championnière le conseille à ses opérés de cure radicale peu de temps après leur opération.

THÉRAPEUTIQUE

Du validol.

Sous le nom de validol, M. Schwersenski désigne un composé chimique d'acide valérianique et de menthol, qui a la propriété de maintenir en solution un excès de menthol plus ou moins considérable. C'est un liquide limpide et incolore, ayant à peu près la consistance de la glycérine, d'odeur douce et agréable, ayant une saveur fraîche et un goût légèrement amer. Au point de vue médical, le validol a la propriété d'être un excitant énergique, sans déterminer d'irrigation locale.

On l'emploie généralement avec une teneur de 30 p. 100 de menthol libre. Comme stimulant, on l'administre à la dose de x à xv gouttes dans du vin ou sur un morceau de sucre. Le validol est un bon stomachique : il excite l'appétit et dissipe les nausées et les malaises gastriques, soit en excitant la sécrétion de la muqueuse, soit par l'action antifermentescible du menthol. C'est aussi un carminatif.

Le validol a encore son emploi pour badigeonner les amygdales enflammées; on peut le faire respirer au début des catarrhes des muqueuses respiratoires. C'est aussi un antiseptique de la peau. (*Cent. f. die med. Wissenschaften*, n° 26.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1899. — Présidence de M. Panas.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. Reclus rappelle la conclusion qu'on peut tirer des communications de M. Dieulafoy et qui peut se résumer dans la formule suivante : une fois le diagnostic d'appendicite posé, opérer toujours et le plus vite possible. M. Chauvel a fait quelques objections à la première de ces deux propositions et M. Reclus en fera sur la seconde. Il est hors de doute que le conseil donné par M. Dieulafoy est le plus sage et le plus propre à éviter, dans l'avenir, de nouvelles catastrophes. Mais avant tout, il faudrait bien s'entendre sur ce que les médecins entendent par guérison de l'appendicite. Qu'on veuille bien se rappeler que, sur 168 observations recueillies par M. Chauvel, il y en avait un bon tiers dans lesquelles les malades en étaient à leur seconde crise d'appendicite.

M. Reclus a opéré un malade qui avait eu seize crises d'appendicite et qui aurait certainement succombé à sa dix-septième crise sans l'intervention de la chirurgie. Il y a des malades atteints d'appendicite qui guérissent ou qui paraissent complètement guéris, qui ne présentent plus aucun symptôme et qui cependant sont repris de crises ultérieures. Il n'y a malheureusement pas un seul signe absolument certain de guérison définitive. On a dit à cela, mais quand la guérison date d'un certain temps, il n'y a plus rien à craindre. Mais M. Reclus cite l'exemple d'une jeune femme qui avait eu une première crise d'appendicite à vingt-six ans et qui mourut à soixante-seize ans d'une seconde crise. On a dit encore que, lorsqu'il y avait eu une première attaque d'appendicite, la seconde était généralement bien moins dangereuse. Cela est tout à fait inexact et combien y a-t-il d'exemples qui prouvent, au contraire, qu'une seconde attaque est beaucoup plus grave que la première! Nous ne pouvons donc jamais savoir exactement quand une appendicite est guérie. C'est pourquoi M. Reclus se trouve d'accord avec M. Dieulafoy sur la nécessité d'opérer toujours.

M. Jalaguier a appelé l'attention de ses collègues sur une forme spéciale d'appendicite avec péritonite généralisée et cette forme est tellement grave que M. Broca a pu se féliciter d'obtenir 4 guérisons sur 27 malades opérés de cette forme d'appendicite. Donc on peut mourir d'appendicite, ou tout au moins d'une certaine forme d'appendicite.

M. Chauvel a insisté sur certains cas d'appendicites légères. M. Reclus ne croit pas aux appendicites légères, il ne croit pas à la colique appendiculaire. Il cite l'exemple d'une jeune femme qu'il a vue récemment et qui avait seulement un point douloureux, pas de fièvre, très peu de vomissements; il l'opère et trouve un appendice gangrené et le péritoine déjà atteint. M. Reclus se range donc à l'avis de M. Dieulafoy et dit avec lui : « Opérez toujours! mais faut-il opérer le plus vite possible? » C'est ici que les avis se trouvent partagés. M. Reclus, d'accord avec M. Dieulafoy, pense qu'il vaut mieux opérer le plus tôt possible. Mais un certain nombre de membres de la Société de chirurgie se trouvent d'accord pour préférer, autant que possible, opérer à froid. Ils invoquent, à l'appui de cette opinion, des raisons qui ne sont pas sans valeur; quand vous opérez à chaud, disent-ils, vous avez des chances d'ouvrir ou de déchirer le cæcum; en second lieu, vous ne trouverez pas toujours facilement l'appendice; vous avez des chances d'infecter le péritoine; enfin, comme vous êtes obligé de drainer, vous avez à compter avec l'éventration ultérieure. On doit apporter quelques tempéraments à ces arguments : d'abord, un chirurgien habile et prudent n'ouvre pas le cæcum. Quant au second argument qui porte sur

l'ouverture et l'infection possible du péritoine, c'est là un fait qui se produit très rarement et qui peut être évité.

Enfin, le troisième argument qui porte sur la difficulté de trouver et d'enlever l'appendice est plus important; cependant, on arrive souvent à percevoir l'appendice. D'autre part, si on ne le trouve pas, cela tient parfois à ce qu'il n'existe plus et qu'il est détruit par la suppuration ou réduit à une corde fibreuse incapable d'enflammer le péritoine.

Quant à l'éventration, elle existe après le drainage, mais elle est plus rare qu'on ne le dit, et puis on peut la guérir par une intervention délicate, mais sans gravité.

Si les adversaires exagèrent la portée de leurs arguments, ces arguments n'en existent pas moins. Pourquoi donc ne pas nous laisser convaincre et qu'avons-nous à leur opposer? Deux faits seulement et encore l'un n'a-t-il rien de péremptoire; en pratique, il y a quelque chose de cruel à soigner un malade d'une crise aiguë, et, lorsqu'il se croit guéri, lorsqu'il veut jouir de sa santé reconquise, c'est alors qu'on le prend et qu'on lui impose une opération qui nécessite trois semaines au moins de repos absolu; souvent il résiste et nous échappe, et garde un appendice avec tous les dangers qu'il entraîne.

Nous ne connaissons pas l'évolution de l'appendicite et les formes d'apparence les plus bénignes peuvent prendre tout à coup des allures plus graves. Nous voyons, dans telle appendicite, la fièvre tomber, les douleurs s'atténuer, la tuméfaction disparaître; on croit pouvoir attendre les cinq à six semaines qui vont permettre d'opérer à froid; puis on cesse de les surveiller, on permet au convalescent d'aller se refaire à la campagne, et puis à la suite d'une fatigue, d'un refroidissement, d'une indigestion, ou même sans cause, une attaque brutale survient qui emporte le malade.

C'est ce retour offensif et trop soudain pour permettre une opération efficace qui hante M. Reclus. Et c'est ce qui le fait opérer à chaud. Toutefois, lorsque la crise aiguë marche vers la guérison franche, sans accroc, sans arrêt, que la fièvre est tombée, que le foyer, d'ailleurs petit, régresse, il attend, mais à une condition expresse, c'est qu'il s'agisse d'une famille intelligente, d'un malade docile et qu'il puisse surveiller étroitement à l'hôpital, dans une maison de santé, là où le secours est immédiat et où une opération urgente pourra être facilement pratiquée.

Il se résume. — M. Dieulafoy dit : « Opérer toujours et le plus vite possible ; » et M. Reclus répète : « Opérer toujours et le plus vite possible, du moins lorsque la crise semble traîner quelque peu. Et même, lorsqu'elle se résout franchement, il opère encore si le malade n'est pas soumis à l'observation directe d'un chirurgien outillé pour opérer à la première alerte. »

M. DIEULAFOY remercie M. Reclus de l'appui que sa communication vient donner à l'opinion qu'il soutient. Il répondra prochainement à cette importante communication. Pour le moment, il veut appeler l'attention de l'Académie sur un point particulier de l'histoire des appendicites toujours si féconde en surprises.

Au nombre de ces surprises, il en est une sur laquelle M. Dieulafoy désire insister tout spécialement; c'est l'accalmie apparente, l'accalmie traîtresse, qui se produit parfois au moment où les accidents sont le plus menaçants. L'observation suivante en est un bon exemple :

Une jeune femme de vingt-trois ans, grosse de quatre mois, est prise, dans la nuit du dimanche au lundi 9 janvier, des symptômes d'une indigestion (douleurs de ventre, vomissements et six garde-robes). Le lundi, les douleurs abdominales persistèrent; on crut au début d'une fausse couche et on appela M. Pinard. Il constata que l'utérus n'était pour rien dans les douleurs abdominales, localisées au côté droit de l'abdomen, avec irradiations vers la région hépatique. Aggravation les jours suivants. M. Pinard demanda qu'on fît prévenir le médecin de la famille, M. Roques.

Le 12 et le 13, vomissements, localisation très nette des douleurs au point de Mac Burney, ballonnement du ventre et défense musculaire, surtout accusée à la région appendiculaire. Température le 13 au soir, 39°2, précédée d'un léger frisson. Pouls à 100.

Il s'agissait évidemment d'une appendicite grave; le danger devenait menaçant et on sentait que le moment était venu de prendre une grande décision au point de vue de l'intervention chirurgicale chez cette jeune femme, grosse de quatre mois.

M. Dieulafoy, appelé en consultation le lendemain matin, arrive et apprend qu'un changement à vue s'est produit depuis la veille au soir. Les douleurs abdominales ont disparu, les vomissements ont cessé. La malade a dormi d'un excellent sommeil, interrompu seulement par deux mictions abondantes ; il y a eu émission de gaz; la température qui, la veille au soir, était de 39°2, est actuellement à 37°2; c'est une vraie défervescence. La famille était dans la joie. Quand il fut introduit auprès de la jeune femme, elle parla du bien-être qu'elle éprouvait, elle insista sur la détente qui s'était faite pendant la nuit. Bref, elle se considérait comme guérie.

M. Dieulafoy examina la malade. Son premier soin fut de rechercher la localisation douloureuse au point de Mac Burney, mais la douleur avait totalement disparu.

Néanmoins persistait un léger tympanisme généralisé à tout le ventre; l'épigastre, l'hypogastre et les flancs étaient légèrement et uniformément distendus. La percussion la plus méthodique ne permettait de trouver de matité nulle part.

En face de cette détente inattendue, quelle devait être l'attitude et quelle devait être la résolution des médecins? On fut d'avis qu'il ne s'agissait pas là d'une détente au vrai sens du mot, mais d'une de ces accalmies passagères et traîtresses qu'il faut bien connaître. Cette apparence de guérison ne disait rien qui vaille. Non seulement on ne crut pas à l'amélioration réelle, mais la conviction fut que la malade était en pleine péritonite appendiculaire.

Étant donné ce diagnostic, il n'y avait pas un instant à perdre, et M. Segond, prié de se joindre à ses collègues, formula nettement son opinion et demanda l'intervention chirurgicale immédiate. Tous étaient d'accord. Restait à convaincre la famille, ce qui ne fut pas chose facile. Les apparences de raison étaient du côté de la famille. Les parents de la malade finirent néanmoins par se rendre à leur raisonnement, et l'opération fut pratiquée à cinq heures.

A peine M. Segond a-t-il ouvert le péritoine qu'un flot de sérosité trouble s'écoule, avec une odeur tellement fétide que la chambre d'opération est immédiatement infectée. Après refoulement des premières anses de l'intestin grêle qui baignent dans le liquide, on découvre une anse intestinale d'un rouge pourpre dont le méso, épaissi par une couche couenneuse, circonscrit une cavité rétro-cæcale contenant un verre de pus très fétide et un appendice gangrené. Ablation de l'appendice gangrené, grand lavage à l'eau stérilisée chaude, suture partielle de la plaie et drainage du foyer purulent avec un gros drain placé entre deux mèches de gaze iodoformée. Malgré la diffusion de la péritonite, malgré la gangrène de l'appendice, malgré une collection purulente fétide, les suites de l'opération ont été des plus heureuses, car la malade est sauvée. La fausse couche s'est faite le douzième jour après l'opération, le fœtus ayant sans doute été intoxiqué par les toxines d'origine appendiculaire.

Ce que M. Dieulafoy tient à mettre en relief dans cette

observation, c'est la marche et l'insidiosité des accidents, c'est l'accalmie traîtresse de l'appendicite.

A cette observation, prise comme type, M. Dieulafoy joint quatre cas à peu près semblables.

Le fait saillant que démontrent ces observations, c'est qu'il est bien souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir à quel moment les accidents péritonéaux succèdent aux accidents appendiculaires. Nous voilà bien loin de la division, tout artificielle, invoquée par quelques auteurs.

M. Dieulafoy conclut ainsi :

1° Les symptômes bruyants et douloureux de l'appendicite, la douleur abdominale, les vomissements, la fièvre sont parfois suivis d'une brusque détente avec disparition des douleurs, chute de la fièvre, état de bien-être du malade.

2° Cette brusque détente, cette défervescence n'est pas toujours le signal d'une amélioration réelle du mal, c'est parfois une fausse détente, une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse.

3° Il est même à remarquer que cette accalmie trompeuse et traîtresse coïncide assez souvent avec la formation des lésions les plus redoutables : gangrène de l'appendice, septicémie péritonéale, péritonite diffuse.

4° L'accalmie traîtresse n'est jamais une accalmie complète ; quand on y regarde de près, on voit qu'elle diffère de l'amélioration réelle par la persistance de quelques symptômes ; au cas d'accalmie apparente, le ventre reste plus ou moins tympanisé, la défense musculaire ne disparaît pas toujours ; l'accélération du pouls persiste alors même que la température est tombée ; l'urobilinurie et l'albuminurie ne sont pas rares.

5° Cette fausse détente de l'appendicite est quelquefois favorisée par la médication, injections de morphine, applications de sachets de glace, qui masquent l'évolution des symptômes menaçants.

6° L'accalmie traîtresse apparaît à des périodes variables; elle peut survenir dès le deuxième jour de l'appendicite (comme dans la deuxième observation), au sixième jour (comme dans la première observation), au quatrième jour (comme dans les troisième, quatrième et cinquième observations).

7° Ces accalmies, coïncidant avec le développement des lésions péritonéales les plus graves, montrent, une fois de plus, l'inexactitude des descriptions qui divisaient en deux périodes distinctes et bien tranchées l'appendicite et la péritonite. Pareilles descriptions consacrent des erreurs funestes; le plus souvent, les symptômes de l'appendicite et de la péritonite sont similaires, subintrants, fusionnés, sans qu'il soit possible de dire à quel moment la péritonite entre en scène.

8° Les accalmies traîtresses de l'appendicite sont, le plus souvent, la cause de la mort. Un médecin ou un chirurgien trop temporisateur ou trop hésitant saisit avec empressement cette soi-disant détente de la maladie pour ajourner et pour éviter l'intervention chirurgicale, croyant qu'il sera toujours temps d'opérer plus tard « à froid », mais bientôt de terribles accidents surviennent, contre lesquels le traitement chirurgical est lui-même impuissant, et le malade succombe.

9° Méfions-nous des accalmies traîtresses de l'appendicite, sachons les reconnaître et faisons opérer nos malades sans tarder, si nous ne voulons pas les exposer à la mort.

COMMUNICATION

L'alcoolisme en Normandie. — M. BRUNON (de Rouen) fait une communication sur ce sujet. (Voir le Premier-Paris).

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

87. M. BROCARD. La glycosurie de la grossesse. — 88. M. MOMBUR. Sur un cas d'apoplexie pulmonaire par thrombose. — 89. M. TINTRELIN. Essai d'anatomie comparée sur les ligaments utérins. — 90. M. LEHMAN. Des hémorragies rétro-placentaires. — 91. M. LEDUC. Recherches sur les sucres urinaires physiologiques des femmes en état gravido-puerpéral. — 92. M. FARGE. Application du cerclage dans les fractures de la rotule et dans les ruptures du tendon sous-rotulien. — 93. M. BOUTERON. De l'antisepsie pulmonaire par la voie rectale chez les phtisiques. — 94. M. KAPPLER. Le cancer chez les diabétiques. — 95. M. MAUCHAMP. L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour trois places de médecin est provisoirement composé de MM. Joffroy, Cruveilhier, Barth, Moutard-Martin, Ménétrier, Merklen et Landrieux.

— Par décision ministérielle, en date du 6 février 1899, M. le médecin de première classe Chastanga a été nommé, après concours, pour cinq ans, à l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchement à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. le médecin de première classe Dufour, rattaché au port de Rochefort.

— Par décision ministérielle, en date du 6 février 1899, est nommé dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe. — M. le docteur Georges, affecté au corps de santé des colonies.

— *Corps de santé militaire.* — Le prix de chirurgie d'armée ne sera pas décerné pour 1898. Le sujet mis au concours pour 1900 est le suivant : « De l'hémostase en campagne, ses moyens, son emploi. » Les mémoires devront parvenir au ministère de la Guerre (7ᵉ direction) avant le 31 décembre 1899.

— *Corps de santé des colonies.* — TABLEAU D'AVANCEMENT POUR L'ANNÉE 1899. — Médecins en chef de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin en chef de première classe : 1899. MM. Rangé et Gries.

Médecins principaux inscrits pour le grade de médecin en chef de deuxième classe : 1899. MM. Péthellaz et Mesnard.

Médecins de première classe inscrits pour le grade de médecin principal : 1898. MM. Le Guen, Roques et Métin; — 1899. MM. Camail, Haueur, Le Ray et Pinard.

3° Médecins de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin de première classe : 1896. M. Dubois ; — 1899. MM. Hantz, Boury, Bailly, Audibert, Bonain, Chabaneix, Miquel, Tédeschi, Vassal et Béréni.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Par suite de fondations de l'Université de Lyon, sont chargés de cours complémentaires de propédeutique : 1° médicale : M. Roque, agrégé libre ; — 2° chirurgicale : M. Gangolphe, agrégé libre.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Brin est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— Les amis et les élèves de M. A. Gombault ont décidé de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu, sous la présidence de M. Brouardel, le 22 février, au restaurant Marguery, à sept heures et demie. La cotisation est de vingt francs. Prière de se faire inscrire chez MM. Esmonet, interne à l'hospice d'Ivry, Castaigne, interne à l'hôpital Cochin, ou Philippe, chef de laboratoire à la Salpêtrière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Didelot, médecin-major de première classe, en retraite; Droulon (de la Cambe); Grazietti (de Vezzani); Lelorrain (de Longwy-Bas); Mergier et A. Remonneau (de Paris); Petit-Didier (de Toulon); Pirenne (de Thimister); Serres (d'Auch); Thomas (de Reims).

Traité des maladies des voies urinaires, par le docteur J.-M. Lavaux, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur libre de pathologie des voies urinaires à l'Université de Paris (2e édition revue et augmentée avec figures intercalées dans le texte). Trois volumes in-8° de 2 600 pages. — Prix : 26 francs. — Paris, G. Steinheil.

L'APIOL JORET et HOMOLLE *régularise la menstruation.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 18. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 11 FÉVRIER 1899. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Tuberculose de la glande parotide.

Par R. MESLAY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et PARENT,
Ex-interne de l'hôpital Saint-Joseph.

I

HISTORIQUE. — Il est de notion vulgaire que la tuberculose peut se manifester dans tous les points de l'économie; mais jusqu'à ces derniers temps, par une heureuse immunité, les glandes salivaires paraissaient faire exception à la loi commune. Aussi, l'histoire de la tuberculose de ces glandes est d'une date toute récente; c'est en 1888 que paraissent les premiers travaux sur ce sujet. M. Valude (1), dans une communication au Congrès de la tuberculose, rapporte alors les inoculations faites par lui dans les glandes salivaires de lapin; l'auteur fait tout d'abord observer que les lésions tuberculeuses de la bouche chez l'homme sont relativement rares, surtout si l'on songe à l'étendue du foyer de contamination et au nombre infini des micro-organismes qui pénètrent et séjournent constamment à la surface de la langue et de la muqueuse buccale; de plus, la dégénération tuberculeuse spontanée des glandes salivaires elles-mêmes est chose presque inconnue; ensuite, l'auteur rapporte le résultat de ses expériences : dans une première série, les animaux sont inoculés avec une culture pure très virulente, mélangée d'eau distillée; pour une deuxième série, la culture est moins active : sur 90 inoculations de glandes salivaires, 68 ont été positives, 22 seulement négatives; quand on a sacrifié les animaux, on a trouvé les lésions caractéristiques de la tuberculose; en résumé, l'inoculation des glandes salivaires donne généralement des résultats positifs. La première observation clinique, avec examen microscopique détaillé, remonte en septembre 1893; elle est due au professeur E. de Paoli [de Pérouse (1)], qui l'a présentée avec une autre au Xe Congrès de chirurgie italienne. Ces deux cas sont caractérisés : au point de vue clinique, par une fonte de tissu glandulaire, avec tendance à la cicatrisation conjonctive fibreuse; au point de vue histologique : 1° par une riche infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif interlobulaire, avec atrophie et disparition de l'élément cellulaire du lobule; 2° par la présence de nodules tuberculeux groupés de préférence autour de petits canaux excréteurs terminaux, dans l'épaisseur des parois des artères et dans les faisceaux nerveux.

(1) VALUDE. Cong. de la tubercul., 1888.

Dans une série de recherches expérimentales, E. de Paoli s'est ensuite proposé d'étudier : 1° si les glandes salivaires de l'animal opposent une certaine résistance à l'invasion de la tuberculose et jouissent d'une immunité relative; 2° si la salive empêche ou retarde le développement du bacille tuberculeux. Voici le résultat de ces expériences.

1° L'inoculation de culture pure, dans la parotide ou la sous-maxillaire du lapin et du cobaye produit une infection locale et générale, qui ne présente rien de particulier relativement au siège d'inoculation.

2° Au contraire, l'inoculation de matière tuberculeuse, dans la sous-maxillaire du lapin et du cobaye provenant de l'homme (ganglions cancéreux, lésions du rein, des os), donne des résultats variés. L'infection locale ou générale n'est pas constante; si elle se produit, elle se localise d'abord dans les glandes lymphatiques de la région, laissant plus ou moins intact le tissu glandulaire salivaire; elle y forme seulement, dans quelques cas, des lésions circonscrites, dont la disposition histologique rappelle celle observée chez l'homme. En résumé, les inoculations, faites avec la matière tuberculeuse provenant de l'homme, démontrent une certaine immunité du tissu glandulaire.

3° L'addition de salive stérilisée aux milieux de culture n'empêche pas la végétation du bacille; celui-ci pousse parfaitement, même quand la culture est mélangée de microbes de la salive.

4° L'immersion prolongée de petits fragments de culture tuberculeuse dans la salive stérilisée ne leur enlève pas leur virulence; la plus longue survie des animaux inoculés avec cette culture dénoterait cependant une certaine atténuation.

(1) E. DE PAOLI. *Ann. dell' Accad. Med. di Perugia*, 1893.

Quelque temps après, Stubenrauch (1) publie un nouveau cas qui diffère notablement des précédents au point de vue macroscopique. La tumeur ici a la forme d'un kyste à contenu salivaire et à parois tapissées de petits tubercules gris rougeâtre. Au microscope, on retrouve toujours l'infiltration des cellules embryonnaires, l'altération des vaisseaux, le groupement des nodules autour des canaux excréteurs.

En France, c'est à MM. Legueu, chirurgien des hôpitaux, et Marien (de Montréal), que revient l'honneur d'avoir les premiers attiré l'attention sur ce sujet (2). Leur observation a beaucoup d'analogie avec celle de Stubenrauch : même forme kystique avec cavité centrale, mêmes lésions histologiques.

L'année dernière Bockhorn, dans sa thèse inaugurale (3), présente à Berlin un nouveau cas qui offre de nombreux points de ressemblance avec ceux de E. de Paoli.

Nous devons aussi mentionner l'observation d'Aievoli (4) sur une tumeur tuberculeuse de la glande sous-maxillaire. A notre connaissance, ce cas reste unique jusqu'ici.

En 1894, Jayle a publié dans la *Presse médicale*, sous le titre de parotidite chronique, deux observations à noter, mais auxquelles manque l'examen microscopique. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme vigoureux, qui souffre de sa première molaire; se l'étant fait arracher, il constate, trois jours après, une augmentation de volume de la glande parotide et toute une série de petites granulations se voient autour de l'orifice du canal de Sténon. Le second cas n'est pas moins intéressant : chez un tuberculeux surviennent de fréquentes poussées de parotidite, en dehors des crises, la région reste un peu tuméfiée. Il n'est malheureusement pas possible d'affirmer, dans ce cas, qu'il s'agit de localisation tuberculeuse secondaire, puisqu'on n'a pas pu étudier la lésion glandulaire; il y aurait un grand intérêt à le faire, car, jusqu'à présent, tous les cas observés se sont produits chez des individus ne présentant aucune tare tuberculeuse par ailleurs.

Rappelons, pour terminer, la thèse de l'un de nous (5), ayant trait à un malade de l'hôpital Saint-Joseph, cas qu'il nous a été donné d'étudier dans tous ses détails.

II

Anatomie pathologique. — Quand on étudie à l'œil nu une parotidite tuberculeuse, on voit qu'il faut distinguer deux formes, suivant que la lésion se montre disséminée ou confluente.

Dans la première, la plus fréquente puisqu'elle a été observée quatre fois sur six, on trouve dans la glande des noyaux distincts, séparés par du tissu glandulaire sain ou à peine altéré.

Au début, ces noyaux, du volume d'un petit pois, sont blanc grisâtre; ils se laissent facilement écraser sous le doigt. Si le processus est plus avancé, les noyaux les plus voisins se réunissent en même temps que leur centre subit la transformation caséeuse : ce sont alors des placards blanc mastic, plus ou moins ramollis, et ainsi se forment un nombre variable de points diffluents, mais toujours bien distincts les uns des autres. C'était l'aspect que présentait notre pièce : sur la tranche de section, au milieu du tissu sain, on apercevait quatre ou cinq placards caséeux, de volume d'un grain de mil à une noisette, et l'examen microscopique devait encore nous montrer plus nettement cette dissémination des lésions, sous forme de petits points caséeux en plein tissu qui, à l'œil nu, paraissait normal.

Dans la forme confluente plus rare (2 cas), il existe une masse unique, sorte de tumeur qui ne tarde pas à se caséifier, à se creuser d'une cavité anfractueuse. La paroi est épaisse (2 centimètres), tomenteuse; sa surface interne est couverte de petits tubercules gris rougeâtre. A l'intérieur de la cavité on trouve, tantôt du muco-pus de consistance laiteuse (Legueu et Marien), tantôt un liquide dont il ne reste que quelques gouttes visqueuses adhérentes à la paroi et qui présente au microscope l'aspect du liquide salivaire (Stubenrauch).

Les lésions histologiques sont à peu près les mêmes, quelle que soit la forme macroscopique ; les différences paraissent tenir uniquement à la rapidité variable de l'évolution.

Si l'on examine un noyau jeune, on voit à un faible grossissement que le lobule a pris un aspect granuleux. Les acini et les fins conduits excréteurs sont encore nettement reconnaissables, mais dans le tissu conjonctif interacineux qui les sépare, on distingue une infinité de cellules embryonnaires, qui ont pullulé jusque dans l'intérieur même du lobule au contact des acini. Ce sont là des lésions d'ordre inflammatoire où rien ne permet encore d'affirmer la tuberculose. Mais si le processus est un peu plus avancé, les lobules, dont la forme générale est conservée, sont complètement infiltrés : on ne distingue que quelques vestiges de canaux excréteurs, tandis que, dans les lobules voisins, on découvre des celules géantes; celles-ci, avec leurs noyaux périphériques, en forme de fer à cheval, leur centre caséeux, sont entourées par des cellules épithélioïdes; on trouve, mais non constamment, la zone embryonnaire qui forme ainsi le nodule typique.

Infiltration embryonnaire diffuse interacineuse, telle est donc la lésion initiale avec cellules géantes qui donnent à la coupe sa signature tuberculeuse histologique; mais à cette phase d'infiltration succède une période de caséification; alors on ne voit plus avec les méthodes de coloration ordinaire (spécialement avec l'hématoxyline éosine) qu'une masse amorphe avec quelques espaces clairs qui marquent la place des vésicules graisseuses et par endroits la figure arrondie d'un canal excréteur dont ni la paroi ni les cellules ne prennent plus les matières colorantes. Ces débris de canaux persistants ne servent qu'à topographier la nécrose et à bien prouver le siège intralobulaire. Tout autour du caséum s'étend une bordure d'infiltration embryonnaire avec parfois des cellules géantes bien nettes.

Autour des conduits excréteurs plus volumineux, on note de même une abondante infiltration de cellules inflammatoires, mais on peut encore reconnaître la lumière du conduit. Si l'altération est plus avancée les canalicules glandulaires sont obstrués par l'épithélium proliféré; enfin quand l'infiltration est plus complète, les petits canaux sont rompus par suite de la destruction de leur membrane propre, leurs éléments cellulaires sont noyés au milieu de la masse des leucocytes et il est difficile de les distinguer des cel-

---

(1) Stubenrauch. Fall von tuberculöser parotitis, *Langenbecks Archiv*, 1894.

(2) Legueu et Marien. *Presse méd.*, 1896.

(3) Bockhorn. Inaug. dissert., Berlin 1897.

(4) Aievoli. *Policlinico*, 1895.

(5) Parent. Th. de Paris, 1898.

lules épithélioïdes des nodules tuberculeux en voie de formation.

On observe aussi les lésions des veines et surtout des artères : on constate une prolifération active des cellules endothéliales avec infiltration de petites cellules ; cette endartérite végétante n'amène parfois qu'un épaississement de la paroi, tandis que dans d'autres cas la lumière se montre oblitérée.

Les faisceaux nerveux présentent un gonflement inflammatoire du névrilème, dû à une infiltration de cellules embryonnaires. Dans quelques endroits la fibre nerveuse a même disparu.

Les bacilles ont été toujours rencontrés dans le tissu caséeux ou dans les cellules épithélioïdes, et surtout dans les cellules géantes. Il est préférable pour cette recherche de faire des inclusions à la paraffine pour arriver à des coupes plus fines ; on peut les coller sur lame de verre au moyen d'eau albumineuse, les colorer par la méthode de Ziehl à chaud ou à froid pendant vingt-quatre heures, et les décolorer ensuite par le chlorhydrate d'aniline en solution à 2 p. 100 ; le fond est enfin repris par une matière bleue, la thionine de préférence. C'est la méthode de coloration que nous avons employée et avec l'objectif à immersion homogène 1/15 de Stiassnic-Vérick, nous avons pu découvrir quelques bacilles au voisinage des cellules géantes dans la zone d'infiltration embryonnaire.

Ce qui ressort de cette étude anatomo-pathologique, c'est que la tuberculose de la parotide est véritablement glandulaire. Dans tous les cas (observation de Legueu et observation de Stubenrauch) nous trouvons les altérations les plus accentuées au centre, autour du canal central, tandis que, dans les autres, le processus inflammatoire paraît partir du tissu conjonctif interlobulaire pour de là envahir le lobule ; cette diversité dans la topographie des lésions nous semble due à une voie d'apport différente.

On pourrait objecter que le point de départ réside dans les ganglions lymphatiques intra-parotidiens. On sait le rôle que Kœnig leur attribue dans la genèse des néoplasmes. En serait-il de même en matière de tuberculose? La rareté de celle-ci dans les glandes salivaires, la fréquence des altérations bacillaires des glandes lymphatiques viendraient jusqu'à un certain point plaider dans ce sens. Mais dans aucune des observations recueillies, nous ne voyons rien qui ressemble à une glande lymphatique. Pour notre cas personnel nous avons, pour ainsi dire, débité la pièce en coupes sans retrouver dans aucune le moindre vestige de ganglion altéré. De même E. de Paoli a bien soin de faire remarquer qu'il a trouvé des ganglions lymphatiques normaux au milieu du parenchyme glandulaire dégénéré.

III

Pathogénie. — Un point est définitivement acquis : le facteur des lésions est le bacille de Koch, reste à voir par qu'elle voie il pénètre. Toutes les hypothèses peuvent se résumer ainsi :

1° Les microbes remontent le canal de Sténon (voie ascendante).

2° Ils sont amenés par les vaisseaux sanguins ou par l'intermédiaire des sympathiques ; c'est la voie descendante.

Ce double processus est du reste admis pour d'autres glandes. Ainsi, dans le rein, à côté de la tuberculose ascendante suite d'uretérite, s'observe la tuberculose glomérulaire démontrée par Roy, Durand-Fardel. De même dans la mamelle, il y a une tuberculose ascendante rayonnée par infection des conduits galactophores et une tuberculose lobulaire due à l'apport des bacilles par les vaisseaux.

La première théorie (voie ascendante) est aujourd'hui reconnue comme la plus fréquente dans les infections des glandes salivaires en général, depuis les remarquables travaux de Girode (1). Cet auteur nous a bien montré que le processus infectieux a son origine dans la cavité buccale. Nous trouvons, en effet, au début de ces affections, de la stomatite et de la gingivite ; l'orifice du canal de Sténon est entouré d'une muqueuse rouge, épaissie, formant un tubercule violacé ; l'envahissement est bilatéral, ce qui confirme l'origine buccale.

L'examen bactériologique conduit aux mêmes conclusions ; car on a trouvé le staphylocoque doré, le pneumobacille de Friedlander, le pneumocoque, microbes qui appartiennent à la flore buccale. D'autre part, en pratiquant le cathétérisme aseptique du canal de Sténon, on retire quelques gouttes de pus qui donnent des cultures pures des bactéries mises en cause.

MM. Claisse et Dupré (2), dans leur communication à la Société de biologie concluent de même : « L'infection salivaire a presque toujours une origine buccale, une topographie systématiquement canaliculaire ; secondaire, dans son étiologie, elle est subordonnée à des conditions générales et locales qui se résument ainsi : d'un côté, déchéance anatomique et fonctionnelle du parenchyme glandulaire, et de l'autre, ascension dans un milieu dégénéré de bactéries pathogènes, auxquelles l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la glande interdit normalement l'accès des grandes voies d'excrétion. »

L'infection, dans les observations de Legueu et de Stubenrauch, semble bien avoir suivi cette voie ascendante. Dans un cas on note de la stomatite et une abondante sécrétion salivaire depuis plusieurs années, dans l'autre, on ne remarque rien de particulier dans la bouche, mais l'étude des altérations microscopiques nous permet d'admettre ce processus. En effet, partout où la lésion est jeune, récente, à son début, elle apparaît au centre du lobule, autour du canal central, sous forme d'une infiltration qui rayonne de ce point à la périphérie, respectant le stroma lobulaire ou ne l'atteignant que secondairement et alors seulement que le centre est déjà dégénéré. C'est bien là la marque de l'infection ascendante : les bacilles ont suivi la voie des canaux non pas en remontant le courant des sécrétions, mais en disséminant leurs lésions dans la paroi de ces canaux (Legueu). Au point de vue clinique, s'il y a dans la marche de l'infection des différences, si le processus est lent en regard de la rapidité qui s'observe dans les autres parotidites infectieuses, cette lenteur cadre bien avec les allures habituelles des lésions bacillaires locales.

Dans les autres observations, l'infection paraît au contraire avoir pris la deuxième voie (vaisseaux sanguins et lymphatiques). Ici, en effet, on trouve les lésions les plus avancées non plus en plein lobule mais, au contraire, à sa bordure périphérique, dans le tissu conjonctif interlobulaire, là où se rencontrent les vaisseaux sanguins et lymphatiques ; puis le processus inflammatoire va en s'atténuant jusqu'au centre. De plus, ces petits foyers caséeux,

(1) Girode. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1894.
(2) Claisse et Dupré. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1894.

disséminés, entourés de tissu sain, sont bien l'indice d'une infection d'origine hématique. Notre observation se classe dans cette catégorie : certaines coupes montrent des lésions de caséification qui occupent l'étendue de deux ou trois lobules, entre lesquels se dessine le squelette du tissu conjonctif interlobulaire sous forme de traînées roses (hématoxyline éosine) sans noyau colorable, tandis qu'au centre on note une lumière plus ou moins ronde avec quelques cercles roses concentriques, vestiges du canal excréteur nécrosé et, en plein caséum, des espaces clairs (alvéoles graisseuses) en même nombre que dans les lobules voisins simplement infiltrés ou intacts. A côté de cette lésion arrivée à son apogée, on retrouve des points où le processus est saisi dans sa phase de formation : on voit un point caséifié dans le tissu interlobulaire, avec une zone embryonnaire et des cellules géantes ; c'est là la lésion primitive et les préparations montrent que, de ce point, elle s'étend comme en coin dans l'intérieur des lobules. On a donc bien ainsi des images inverses de celles où la dégénérescence est d'abord centro-lobulaire et péri-canaliculaire, comme dans le cas de Legueu et celui de Stubenrauch. Quelle est alors la porte d'entrée de l'agent infectieux ? On peut à ce sujet émettre plusieurs hypothèses. On remarque d'abord que la plupart des malades sont porteurs de dents cariées. Dans notre cas l'homme souffre d'une grosse molaire à laquelle il attribue même la fluxion de la région parotidienne. La malade de Bockhorn avait perdu presque toutes ses dents, et il lui en restait deux profondément gâtées au maxillaire inférieur. Jayle voit survenir chez un homme, quelques jours après l'extraction d'une molaire en mauvais état, une tuméfaction de la glande parotide.

On sait que les canalicules dentaires hébergent les micro-organismes et qu'ils sont en communication avec la pulpe riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques ; il est clair que, si cette pulpe est gangrénée, elle absorbera facilement les bacilles. On pourrait donc admettre une infection directe par les dents gâtées. Du reste cette opinion n'est pas nouvelle : M. Stark (1) dans cinq cas, a pu établir d'une manière concluante que la tuberculose ganglionnaire cervicale chez les enfants avait eu pour porte d'entrée la carie dentaire. Odenthal (2) en 1887 avait déjà attiré l'attention sur ce point dans sa dissertation inaugurale. Tout récemment le dentiste Greve (3) a publié un cas de tuberculose dentaire secondaire à une tuberculose pulmonaire. Il admet qu'autour des dents cariées peut évoluer une lésion tuberculeuse.

Chez ces individus il existe toujours de la gingivite, de l'alvéolite qui peuvent facilement passer inaperçues et qui suffisent cependant aux agents pathogènes pour pénétrer et gagner les lymphatiques.

La porte d'entrée du bacille pourrait aussi se trouver au niveau des amygdales bien que les observations ne mentionnent jamais d'angine. Le professeur Dieulafoy (4) a dernièrement appelé l'attention sur la tuberbulose larvée de ces organes. Souvent, quand le bacille est installé dans le tissu lymphoïde des tonsilles, il provoque une augmentation de volume, mais parfois la réaction est presque nulle. De plus, le bacille, pour pénétrer ce tissu n'a même pas besoin d'une érosion ; car on sait qu'il traverse les épithéliums sans lésion préalable de ce revêtement (1).

Enfin E. de Paoli, d'après un cas où la douleur apparut dans le conduit auditif et où on a trouvé des lésions tuberculeuses dans la gaine du nerf facial, loin du foyer glandulaire, admet que le processus avait débuté dans l'oreille et l'apophyse mastoïde, et de là s'était propagé à la glande par la voie des rameaux nerveux.

En résumé, l'infection a son point de départ, dans la grande majorité des cas, dans la cavité buccale, milieu où se rencontre fréquemment le bacille de Koch, qu'il soit apporté soit par l'alimentation [expérience de Chauveau (2)], soit par l'air inspiré [Straus (3)].

Mais alors, dira-t-on, pourquoi la tuberculose de la parotide et des glandes salivaires en général est-elle si rare ?

C'est, nous répond M. Valude : « ou bien que la salive formée dans sa composition totale par la réunion du produit des trois glandes, contient un liquide d'une nature chimique telle que le bacille tuberculeux n'en saurait fructifier ; ou bien que la salive qui humecte les parois buccales contient des micro-organismes variés, capables de détruire la nocivité du bacille de Koch qui exige, pour se produire, des conditions particulièrement favorables. C'est pourquoi les glandes salivaires, tout en étant aptes à se tuberculiser par inoculation directe, ne subissent presque jamais la dégénérescence tuberculeuse, puisque les portes d'entrée naturelles à l'infection microbienne ne donnent accès qu'à un virus dénué d'action spécifique. »

Les expériences de E. de Paoli sur les rapports de la sécrétion salivaire et du bacille de la tuberculose détruisent ces hypothèses, puisque l'addition de salive stérilisée aux milieux de culture n'empêche pas la production du bacille de Koch et que, bien mieux, celui-ci pousse parfaitement quand la culture est souillée de microbes de la salive.

Il est certain que la tuberculose de la glande parotide ne paraît pas commune, mais est-elle réellement aussi rare qu'on le pense ? La tuberculose mammaire, presque ignorée il y a quelques années, est plus fréquemment observée depuis qu'on la connaît. Il en sera peut-être de même pour la localisation qui nous occupe. Si on a soin de faire l'examen histologique des tumeurs, il est très probable qu'on recueillera des observations de cette maladie qui, sans cette étude approfondie, passerait inaperçue.

IV

Étude clinique. — *Étiologie.* — La tuberculose de la parotide se rencontre dans les deux sexes : sur 10 observations (si nous acceptons les cas non vérifiés microscopiquement), on en compte 6 chez les hommes, 4 chez les femmes. C'est surtout une maladie de l'âge adulte et même de l'âge mûr : de trente à soixante ans ; on ne trouve que deux cas chez des jeunes filles de treize à dix-neuf ans.

Sur huit faits où la localisation est indiquée, le côté gauche est pris six fois. Une question plus importante est celle de savoir dans quelle proportion les individus atteints de tuberculose parotidienne sont tuberculeux. Dans notre observation, il s'agissait d'un individu vigoureux, ancien gardien de la paix, n'ayant jamais présenté de tare tubercu-

(1) M. Stark. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. XVI, 1896, n° 1.
(2) Odenthal. Inaug. dissert., 1896.
(3) Greve. *Med. Wochens.*, 26 août 1897.
(4) Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, t. III, 1897.

(1) Cornil et Babes. Acad. de méd., mai 1883.
(2) Chauveau. Congr. de la tubercul., 1888.
(3) Straus. Acad. de méd., 1894.

leuse; il en est de même dans les cas où les antécédents héréditaires et personnels sont notés. Cette tuberculose est donc locale, primitive, bien tolérée, et se développe chez des individus bien constitués. Ce qui confirme du reste cette manière de voir, c'est que, dans les cas où on a pu retrouver les malades après leur sortie de l'hôpital (un ou deux ans), on les a toujours revus en parfait état de santé, sauf dans un cas (de Paoli) où la parotide du côté opposé commençait à être envahie; mais c'est encore là une lésion locale.

Y a-t-il des causes occasionnelles favorisant le développement de cette infection? Chez notre sujet, nous trouvons une dent gâtée qui a amené une gingivite légère; ce n'est, du reste, pas un fait isolé. Bockhorn signale le mauvais état de la dentition de sa malade. D'autres inflammations antérieures comme les angines, les stomatites, les traumatismes qui passent souvent inaperçus peuvent aussi favoriser l'infection (Stubenrauch).

Symptômes. — Le début est insidieux; par hasard, en se rasant ou en se regardant dans une glace, les malades s'aperçoivent d'une légère tuméfaction de la région parotidienne. Ils n'y font pas attention, l'attribuant souvent à une fluxion dentaire; mais la petite tumeur qui, au début, avait le volume d'une noisette, grossit peu à peu, mettant du reste un temps assez variable à acquérir son complet développement. Chez notre sujet, ainsi que pour celui de Bockhorn, elle évolue en trois mois, mais ordinairement la marche est plus lente, il faut plusieurs années et même jusqu'à cinq et six ans, comme dans une observation de E. de Paoli.

L'accroissement est indolent; l'état général reste bon et c'est simplement à cause de la tumeur que le malade, après l'application inutile de pommades, se décide à consulter le chirurgien. Cependant, on note quelquefois des névralgies dans la sphère de l'orbite et de l'oreille (Stubenrauch) ou s'étendant à toute la tête (Bockhorn) et même dans un cas (E. de Paoli) la malade a ressenti dans le conduit auditif de vives douleurs irradiant bientôt dans toute la région de la joue; à la suite une paralysie faciale est survenue. On remarque aussi une paralysie de ce nerf chez la malade de Paoli d'ailleurs sans névralgie prémonitoire. Ces vives douleurs ressenties par la patiente ne peuvent être attribuées à la compression des éléments nerveux par la tumeur, puisqu'elles se sont montrées avant son apparition; elles paraissent plutôt consécutives à l'inflammation du périnèvre où l'examen histologique a fait voir une infiltration embryonnaire.

Presque jamais les mouvements de la mâchoire ne sont gênés; une seule fois on note un peu de trismus, on n'observe pas non plus de phénomènes de compression des vaisseaux; enfin les ganglions cervicaux sont toujours respectés.

La peau qui recouvre la tumeur est mobile sur elle, sans ulcération, du moins dans la grande majorité des cas; une seule fois nous trouvons une tumeur adhérant à la face profonde des téguments; ceux-ci se plissent quand on essaie de les faire glisser (Legueu); chez un autre individu, la peau est rouge, tendue, vernissée, le doigt y laisse son empreinte (Bockhorn). La tumeur elle-même est mobile sur les plans profonds. Pour cette recherche, il faut avoir soin, comme le recommande le professeur Tillaux, de mettre le sterno-mastoïdien dans un relâchement complet, car son aponévrose se continuant avec celle qui ferme la loge, cette dernière pourrait se trouver tendue et brider la tumeur pendant la contraction du muscle. La constatation de la mobilité a son importance, surtout au point de vue opératoire; l'ablation en sera ainsi très facilitée.

La forme de la tuméfaction est variée, bosselée, irrégulière, peu saillante, quand il s'agit des tumeurs disséminées, elle est, au contraire, assez régulière, hémisphérique, bien circonscrite dans la forme confluente. La consistance est de même différente; plutôt dure, fibreuse, avec quelques petits points ramollis dans le premier cas, elle est élastique, fluctuante dans le second; on a la sensation d'une poche kystique incluse dans la glande (Stubenrauch).

Quant au volume il reste limité; mais ces tumeurs peuvent exceptionnellement atteindre la grosseur d'un œuf de poule; la pression à leur surface, outre qu'elle n'est pas douloureuse, ne provoque pas de réduction et n'amène pas l'issue de liquide à l'orifice du canal de Sténon. Quelquefois on les a vues refouler en haut le lobule de l'oreille, en bas, rejoindre la glande sous-maxillaire, en arrière le sterno-cléido-mastoïdien; ces faits restent l'exception.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose parotidienne est difficile et nous semble même presque impossible au début. Chez notre malade, la tumeur était considérée comme une tumeur mixte; dans le cas de Legueu on pensait à une adénite suppurée ou à un kyste dermoïde. La tumeur de la malade de Bockhorn est prise pour une gomme syphilitique, bien que l'on ne constate pas de syphilis dans les antécédents; de même dans les deux observations de E. de Paoli, on fait le diagnostic de fibro-sarcome.

S'il s'agissait d'un sujet nettement tuberculeux, on pourrait être mis sur la voie, mais ce cas est très rare. Il n'existe aucun symptôme caractéristique; on ne peut faire un diagnostic qu'après avoir éliminé les autres affections de la parotide. L'*adénite tuberculeuse* est surtout une affection de l'enfance; elle commence sans cause appréciable par la tuméfaction d'un ou deux ganglions, mais elle envahit bientôt les voisins si bien que la chaîne cervicale est souvent prise. Les ganglions, d'abord de consistance assez ferme, ne tardent pas à subir la fonte caséeuse. De plus, le siège de ces poches abcédées est plus haut et plus en avant que celui des tumeurs parotidiennes.

Actinomycose de la loge parotidienne. — Cette affection se rencontre surtout chez les laboureurs, valets de ferme. Sa marche est torpide, il se produit une tuméfaction étalée qui siège généralement derrière l'angle du maxillaire. A la palpation on perçoit une fausse fluctuation. La peau devient rouge et livide, s'amincit et il s'établit une ulcération avec issue de fongosités jaunâtres et de pus mal lié, séreux, renfermant des grains jaunes opaques, onctueux au toucher. La présence de ces grains jaunes permet d'affirmer le diagnostic. Pour bien en reconnaître la nature, il est nécessaire de les colorer au picro-carmin de Ranvier qui y fait distinguer un centre jaune d'or et une partie périphérique constituée par de petites masses rouges, les gonidies. Par la méthode de Gramm, le milieu apparaît constitué par un feutrage élégant, violet; c'est le mycélium du champignon.

Gommes syphilitiques. — Elles sont rares à la région parotidienne; les antécédents du malade seront d'un grand secours pour le diagnostic; enfin le traitement spécifique amène une amélioration rapide.

Tumeurs liquides. — Les seules qui prêtent à confusion, sont les kystes formés par dilatation du canal excréteur d'un lobule. Le développement est lent; le volume variable peut atteindre celui d'un petit œuf de poule; la peau est saine et mobile, au toucher, ils sont fluctuants, indolents. Ils augmentent légèrement de volume après la mastication, et si l'on vient à les ponctionner, on retire un liquide clair; on peut ainsi évacuer le contenu, mais le kyste se reforme dès que le malade se remet à manger.

Tumeurs mixtes. — Sous ce nom, on doit entendre ces tumeurs dans lesquelles on rencontre en nombre et en proportions variables un mélange de divers tissus : l'enchondrome, le sarcome, l'adénome, le myome sont ainsi les plus souvent combinés.

C'est avec ces tumeurs, les plus fréquentes de la région, que le diagnostic est le plus difficile; presque toujours dans nos observations, la tuberculose avait été confondue avec celles-ci, car les symptômes sont à peu près les mêmes. En effet, même début obscur par une petite tumeur; celle-ci s'accroît peu à peu; sa consistance est variable, mais ordinairement elle est dure avec, par places, des points fluctuants. La peau est saine et mobile sur la tumeur; il ne s'établit pas d'adhérence avec le squelette de la face; il ne se produit aucune tendance à envahir les régions voisines; cependant la tuméfaction peut devenir énorme et elle prend alors une forme générale conique. Les troubles fonctionnels sont nuls au début, la tumeur se développant en refoulant excentriquement les organes voisins, il n'y a que par son volume trop considérable qu'on peut voir les mouvements de la mastication gênés, l'ouïe affaiblie, le nerf facial paralysé. On n'observe jamais l'engorgement des ganglions cervicaux. Les symptômes décrits sont donc analogues à ceux de la tuberculose. La marche pourra peut-être nous donner quelque indication; en effet, les tumeurs mixtes, après une évolution lente, prennent subitement un accroissement rapide. Mais, c'est après l'ablation, le plus souvent, que le seul examen microscopique pose un diagnostic certain.

Cancer de la parotide. — Ici nous n'avons qu'à noter des différences : le cancer est une affection de l'âge mûr : soixante, soixante-dix ans, surtout le squirrhe; il débute aussi par une petite tumeur, mais il augmente rapidement de volume (principalement l'encéphaloïde); les ganglions du cou sont rapidement pris; petits, durs, ils forment une chaîne jusqu'au creux sus-claviculaire. Les symptômes fonctionnels sont très marqués. La paralysie faciale est précoce, les douleurs fréquentes, irradiant dans la partie inférieure de la face, la région mastoïdienne, la nuque et surtout le cou. La marche est rapide : un ou deux ans. On note alors la cachexie avec généralisation et mort à brève échéance.

Pronostic. — Le pronostic local semble absolument bénin : jamais on n'a vu la tuberculose détruire complètement la glande parotide. Dans la forme confluente surtout, une région limitée est seule envahie; dans la forme disséminée elle-même, les noyaux tuberculeux, loin de progresser, tendent à demeurer isolés, grâce à une riche néoformation conjonctive qui les entoure. Mais la tuberculose de la parotide reste-t-elle indéfiniment locale? Sur six malades suivis, cinq étaient bien portants après des périodes de temps variant de un à deux ans; une seule fois on a trouvé, un an après, la parotide opposée envahie. On est donc amené à conclure que la tuberculose de la parotide comporte un pronostic favorable à tous les points de vue.

V

Traitement. — Localement, les révulsifs ne peuvent représenter qu'un traitement d'attente, tant qu'on n'est pas fixé. Lorsque les signes se sont accentués, nous avons vu qu'il reste presque toujours un doute sur la nature exacte de la tumeur; il en résulte qu'on est amené à une intervention sanglante, et c'est ce qu'il y a de mieux pour l'intérêt du malade, car l'ablation totale des lésions ou même de la glande a toujours donné des succès (4 fois sur 4 cas). On agit ainsi avec beaucoup plus de sécurité qu'en se contentant d'inciser, de cureter et de cautériser, interventions qui risquent toujours de demeurer incomplètes et insuffisantes. Il convient aussi de ne pas négliger le traitement général : alimentation, cure d'altitude, emploi des toniques, puisqu'on doit mettre l'organisme en état de défense contre une généralisation toujours à redouter.

CULTURE DU BACILLE TUBERCULEUX

SUR LA POMME DE TERRE EMPRISONNÉE DANS LA GÉLOSE GLYCÉRINÉE ET SUR LE SANG GÉLOSÉ (1)

Par MM. F. Bezançon et V. Griffon.

Depuis que Koch a réussi à cultiver le bacille de la tuberculose sur le sérum de bœuf gélifié, de grands progrès ont été réalisés dans la culture de ce microbe grâce à l'emploi de milieux spéciaux : gélose glycérinée (Nocard et Roux), pomme de terre (Pawlowsky), pomme de terre glycérinée (Nocard).

Les deux milieux dont nous avons présenté des échantillons à la Société de biologie nous ont donné d'excellents résultats pour l'obtention de cultures pures de bacilles tuberculeux; ils nous paraissent devoir prendre place à côté de la pomme de terre glycérinée, milieu que nous considérons comme le meilleur de ceux qui sont usités aujourd'hui pour l'isolement du bacille de Koch.

Le premier de ces nouveaux milieux dérive du procédé indiqué par M. Nocard. La modification consiste à ajouter à la pomme de terre, au lieu d'une simple solution aqueuse de glycérine, de la gélose glycérinée, disposée de telle façon qu'elle recouvre le fragment de pomme de terre d'un voile mince, et qu'elle le maintienne absolument fixe dans le tube de culture.

Cette technique permet de frotter énergiquement le produit tuberculeux, qu'on veut ensemencer, à la surface du fragment de pomme de terre; celui-ci, emprisonné dans la gélose, ne fuit pas devant la spatule; d'autre part, le mélange de pomme de terre et de gélose glycérinée semble très favorable au développement du bacille.

Sur ce milieu, en effet, nous avons pu cultiver récemment avec M. Gouget, dans deux cas, des produits tuberculeux venant directement du cobaye, avec un résultat positif. Les colonies sont apparentes au bout de quinze jours; leur

(1) *Travail du laboratoire de bactériologie de M. le professeur Cornil, à la Faculté de médecine*, communiqué à la dernière séance de la Société de biologie.

développement est complet au bout de trois à quatre semaines.

La culture du bacille repiqué d'un autre tube est positive au bout de huit jours, sur la pomme de terre emprisonnée dans la gélose glycérinée, et extrêmement exubérante.

Dans un autre ordre d'idées, préoccupés de fournir aux microbes pathogènes, comme terrain de culture, des milieux qui se rapprochent d'aussi près que possible de ceux qu'ils trouvent dans l'organisme des êtres vivants, nous avons tenté de cultiver le bacille de la tuberculose sur le sang même, non modifié, des animaux de laboratoire.

Pour obtenir, en partant d'un produit tuberculeux, une culture positive de bacilles, il faut ensemencer largement ce produit à la surface d'un milieu solide. Le procédé qui consiste à solidifier le sang en le soumettant à l'action d'une température élevée étant susceptible d'altérer la composition de ce milieu naturel, nous proposons la technique suivante :

Dans des tubes contenant de la gélose, fondue dans une certaine quantité de bouillon et maintenue liquide au bain-marie, on reçoit aseptiquement le sang au sortir de l'artère de l'animal; on fait le mélange, en évitant de secouer le tube; on le pose sur un plan incliné : en se refroidissant la masse de gélose emprisonne le sang dont on l'a additionnée. On a ainsi un terrain de culture où, grâce au substratum de gélose qu'on lui a fourni, le sang constitue, sans être modifié, un milieu solide utilisable.

Pour que le milieu ait plus de consistance, la gélose est ajoutée au bouillon dans la proportion de 2 p. 100; on l'additionne, d'autre part, de 6 p. 100 de glycérine.

Le sang que nous avons utilisé provenait soit de la carotide du lapin, soit de la fémorale du chien ; le mélange était fait dans la proportion d'une partie de sang pour trois parties du milieu à base de gélose.

A la surface des tubes de sang ainsi emprisonné dans la gélose glycérinée, le bacille de la tuberculose humaine, repiqué de culture, donne des colonies déjà apparentes au bout de six jours, et toute la surface du milieu est recouverte, au bout de quinze jours, de masses grumeleuses, saillantes, difficiles à dissocier, de coloration chocolat. Au microscope, les préparations montrent des bacilles agglomérés suivant le mode habituel, en moustaches tordues.

Les bacilles cultivés dans ces conditions sont pathogènes pour le cobaye, qu'ils tuent en deux ou trois semaines.

Ce milieu n'est pas seulement favorable à la culture du bacille provenant d'une colonie tuberculeuse déjà développée; il peut également, comme nous l'avons observé dans trois cas, servir à obtenir des cultures premières de bacilles en partant de produits tuberculeux prélevés chez le cobaye. Le développement, dans ce cas, est encore précoce, et les colonies sont déjà apparentes à l'œil nu le douzième jour.

En ensemençant directement, sur le *sang gélosé*, des exsudats humains de nature tuberculeuse, on peut également obtenir des cultures positives. Dans un cas où même nous n'avions pas additionné de glycérine le milieu cruorique, nous constatâmes très nettement, au microscope, des bacilles tuberculeux typiques, après dix jours seulement de séjour du tube à l'étuve (le même examen, pratiqué cinq jours avant, avait été négatif, ce qui constitue un fait témoin). Il s'agissait du pus d'un abcès froid costal, dont l'examen immédiat ne montrait pas la présence de bacilles de Koch, mais dont l'inoculation déterminait chez le cobaye, au bout de plusieurs semaines, des lésions tuberculeuses expérimentales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. TUFFIER est partisan de l'intervention immédiate en présence d'une appendicite bien confirmée. Plus tôt on intervient, plus on a de chances de guérir les malades. Il n'en est plus de même lorsqu'on est appelé alors que le malade est en pleine péritonite. Sur 10 cas de ce genre, M. Tuffier compte 6 décès. Lorsque la péritonite est bien localisée, on peut, en surveillant bien le malade, attendre et opérer ensuite à froid. Lorsqu'on se trouve en présence de phénomènes de péritonite généralisée, il ne faut pas hésiter à opérer de suite. Tous les chirurgiens sont d'accord sur la bénignité absolue de l'opération à froid.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Tuffier a recours à l'incision recommandée par M. Jalaguier, quand il s'agit d'un abcès. M. Tuffier incise là où l'abcès bombe le plus. Il se trouve ainsi conduit à faire souvent l'incision iliaque, car c'est généralement vers la partie inférieure que les abcès tendent à distendre le plus la paroi. Le ventre ouvert, M. Tuffier se porte toujours derrière le cæcum; il estime qu'il vaut mieux toujours rechercher et exciser, autant que possible, l'appendice. Toutefois, si cette recherche et cette excision doivent entraîner trop de délabrements, il vaut mieux y renoncer. Chaque fois qu'il est possible d'enlever l'appendice sans recourir à ces délabrements, il vaut mieux l'enlever, car, quand on le laisse, on est exposé à se trouver obligé de l'enlever ultérieurement.

C'est ce qui est arrivé plusieurs fois à M. Tuffier.

Quand on opère une appendicite à chaud, on peut être exposé à observer des fistules consécutives, soit des fistules purulentes, soit des fistules stercorales, soit des fistules pyostercorales. M. Tuffier cite une observation dans laquelle il eut affaire à une plaque de sphacèle sur le cæcum qui détermina plus tard une fistule stercorale. Il dut rouvrir le ventre et pratiquer une entérorraphie. Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle s'était produit un véritable anus contre nature. M. Tuffier fit une suture à la Malgaigne. Mais il y eut alors des phénomènes d'occlusion intestinale. Heureusement, la suture lâcha et les phénomènes d'occlusion intestinale disparurent par le fait même du rétablissement spontané de l'anus contre nature. Quelque temps après, M. Tuffier ouvrit de nouveau le ventre, leva l'obstacle au cours des matières, fit une nouvelle entérorraphie et la malade guérit.

Quant à l'éventration consécutive aux opérations d'appendicite à chaud, elle n'est pas aussi fréquente qu'on l'a dit. Sur le grand nombre d'opérations qu'il a pratiquées, M. Tuffier n'a eu à opérer que trois cas d'éventration consécutive.

M. BRUN répond surtout aux objections qui lui ont été faites par M. Routier. Il a opéré un grand nombre d'enfants en pleine péritonite septique, il n'en a sauvé que quatre. Il est bien entendu que, dans ces cas, il faut toujours opérer le plus tôt possible. Mais en dehors de ces cas, M. Brun estime qu'il vaut mieux attendre et commencer par appliquer le traitement médical, c'est-à-dire la glace, l'opium et la diète. Quand il s'agit d'une péritonite localisée, quelle que soit d'ailleurs la gravité des symptômes observés, il faut savoir attendre que le grand orage du début soit passé, appliquer le traitement médical et opérer ensuite à froid.

M. Brun cite l'exemple d'un enfant qui se trouvait dans ces conditions. M. Routier appelé à le voir en ville conseilla l'opération immédiate. On refusa l'opération et l'enfant fut amené à l'hôpital dans le service de M. Brun qui appliqua le traitement médical. L'enfant guérit, six semaines après M. Brun l'opérait à froid et pouvait facilement enlever l'appendice. Il est incontestable que le petit malade a été opéré dans de meilleurs conditions que s'il avait été opéré au moment où M. Routier voulait le faire.

Depuis un an, M. Brun a opéré 59 enfants d'appendicite, 39 à l'hôpital et 20 en ville. Quelques-uns ont été opérés d'urgence, d'autres après quelques jours. 10 seulement ont été opérés à chaud. Chez les autres, la résolution s'est faite et M. Brun a pu pratiquer ultérieurement la résection de l'appendice à froid. En résumé, M. Brun estime que le traitement médical réussit plus souvent qu'on l'a dit et permet d'opérer les malades plus tard, à froid, dans de bien meilleures conditions.

M. NIMIER pense que, dans les cas de péritonite diffuse, il faut intervenir toujours et le plus tôt possible. Quand il s'agit d'accidents localisés, il vaut mieux attendre, mais malheureusement, dans le milieu militaire, il n'est pas facile de faire accepter ultérieurement l'opération à froid. Il est vrai que les faits montrent que cette opération n'est pas toujours nécessaire, et que les malades peuvent guérir après un simple traitement médical, basé sur les applications de glace, l'opium et la diète.

COMMUNICATION

Résection du coude. — M. OLLIER fait connaître les résultats de l'autopsie d'un malade chez lequel il a fait une résection du coude le 17 juin 1870, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse. Chez ce malade, le résultat fonctionnel avait été très bon. On a pu constater, à l'autopsie faite récemment, c'est-à-dire plus de vingt-huit ans après l'intervention, comment s'était constituée cette néoarthrose. Ce fait, ajouté à bien d'autres, prouve aussi la persistance des guérisons chez les tuberculeux atteints de tuberculoses locales.

PRÉSENTATION DE MALADES

Gastro-entéro-anastomose. — M. ROUTIER présente une malade qui présentait tous les symptômes d'un cancer du pylore. Il fit la laparotomie et trouva des adhérences de la petite courbure du foie; il détacha ces adhérences, fit une déchirure à l'estomac qu'il sutura et pratiqua ensuite une gastro-entéro-anastomose avec le bouton de Murphy. Cette malade portait, en outre, un adénome de la portion pylorique qui fut réséqué. Depuis l'opération, elle n'a plus vomi et va très bien.

Résection de la muqueuse rectale dans les cas de prolapsus. — M. DELORME présente un soldat qui était atteint d'un prolapsus rectal. Il fit, chez ce malade, la résection de la muqueuse rectale seule, dans une étendue de 30 centimètres. Il s'agissait d'un prolapsus total. Le résultat est très bon.

Rupture du foie. — M. HARTMANN présente un malade, une des victimes de la rue des Apennins, qui fut amené à l'hôpital en plein coma. M. Hartmann fit la laparotomie, trouva une rupture du foie, en fit la suture et le malade a très bien guéri.

M. POZZI rappelle, à ce propos, un cas de Socin (de Bâle), dans lequel une laparotomie, faite presque immédiatement après un coup de couteau, a permis d'arrêter une hémorragie du foie et de guérir le malade.

M. RICARD rappelle avoir communiqué à la Société de chirurgie un cas absolument semblable.

Tumeur formée par l'épiploon. — M. MONOD rapporte l'observation d'un malade qui se plaignait d'une violente douleur dans la région sous-costale gauche. On crut à une rate hypertrophiée. Ce malade avait subi une cure radicale de hernie du même côté. Comme il fut pris de phénomènes d'obstruction partielle, M. Monod ouvrit le ventre et trouva une tumeur complètement adhérente à la face postérieure de l'abdomen, tumeur dont la libération fut très difficile. Cette tumeur était constituée par l'épiploon lui-même.

Kyste hydatique de l'humérus. — M. LE DENTU présente un malade qui a été guéri d'un kyste hydatique de l'humérus par deux curetages successifs et un évidement.

Appendicite compliquée d'iléus. — M. LEJARS présente une malade qui avait présenté des phénomènes d'occlusion intestinale par suite d'une appendicite à foyer très élevé et qui comprimait le côlon ascendant.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La situation des médecins en Italie.

Nulle part, il n'y a autant de médecins qu'en Italie. Les 19000 médecins de 1892 sont à présent 22000, mais leur répartition n'est pas régulière.

Tandis qu'ils manquent dans les campagnes, ils sont légion dans les grandes villes. A Milan, par exemple, il y en avait 750 l'année dernière. On calcule que la capitale du Piémont ne doit pas être de beaucoup inférieure sous ce rapport à celle de la Lombardie; qu'à Rome ils sont un millier et à Naples 1200. Nous avons ainsi dans certaines grandes villes, un médecin pour 530 habitants et dans toute l'Italie pour 1400, tandis qu'en Allemagne, où l'on trouve qu'il y en a en exubérance, on n'en compte que 1 pour 2000.

Quelle est la condition de cette classe? Y a-t-il un avenir pour les médecins en Italie?

Pour 9000 d'entre eux, le pain est assuré par la « Condotta » qui est le traitement fixe payé soit par les municipalités, soit par les congrégations de charité et par les autres « opere pie ». La vie d'un médecin de « Condotta » a été bien définie par le poète Fusinato :

> Arte piu misera, vita piu rotta,
> Non c'è del medico che va in condotta.

Le poète n'a rien exagéré.

D'après les calculs du professeur Louis Casati, directeur d'un des plus anciens journaux médicaux de la péninsule, sur les huit mille dont le traitement est à la charge des municipalités, il faut en compter les deux tiers qui sont obligés de soigner tous les habitants de la commune, tandis que l'autre tiers est tenu de soigner seulement les pauvres.

Les appointements attachés à la charge de « medico condotto », lorsque les soins obligatoires sont limités aux pauvres, atteignent le prix de 1000 à 2000 lires par an, tandis que dans la « Condotta piena », lorsque les médecins communaux sont tenus de soigner tout le monde, le traitement varie généralement entre 2000 et 3000, pour arriver quelquefois à 3500 et 4000 lires. Les chiffres que nous a donnés l'éminent professeur sont même optimistes.

Nous avons sous les yeux une annonce du maire de Montaldo-Roero, petite commune de 1500 habitants dans l'arrondissement d'Alba, en Piémont. Elle est ainsi conçue : « A la suite de démission volontaire du titulaire, la « condotta medica » est vacante à partir du 1er janvier 1898. Appointements comme médecin des pauvres et officier de

santé : 750 lires avec logement convenable. (Signé : Le maire, Roato.) »

A côté de cet exemple, nous citons celui d'une ville importante de la Toscane, Colle di Val d'Elsa, dans la province de Sienne, où, d'après le nouveau règlement pour l'hôpital civique, rédigé par la municipalité, le médecin, « directeur général » de l'établissement, reçoit un appointement fixe de 1100 lires, grevées de l'impôt, et en considération de cette grosse somme, il doit remplir en même temps les fonctions d'intendant pour tout ce qui concerne l'administration et la comptabilité.

Quant aux autres dix-huit mille médecins exerçant librement leur profession, si l'on fait exception pour les célébrités et pour les professeurs d'universités, la plupart gagnent de 2 à 3000 lires, tandis qu'une minorité va de 6 à 12000.

Nous donnons ici les chiffres qui nous ont été fournis par plusieurs médecins et qui nous montrent la profession sous des couleurs favorables. Mais si l'on voulait ajouter foi aux statistiques officielles, le revenu moyen des médecins serait à peine de 1638 lires à Venise, de 2767 à Milan, de 1813 à Rome, de 1707 à Naples et de 1297 à Palerme.

Ces maigres revenus tendent de jour en jour à diminuer encore par la grande concurrence autant que par la ruine économique des classes qui donnaient le plus de travail aux médecins.

La maladie est bien quelquefois un luxe que les personnes riches peuvent seules se permettre ! Les difficultés dans l'ordre économique amènent ainsi malheureusement le trouble dans l'ordre moral. Le professeur Casati déplore l'abaissement de sa noble profession. Il y avait autrefois, dans la grande famille des médecins, une tradition de corps, un haut point d'honneur. Ils étaient tous sans peur et sans reproche. Aujourd'hui, l'ancienne génération qui disparaît doit assister au spectacle ignoble de tous les procès et de toutes les inculpations à la charge de ceux qui exercent la médecine et la chirurgie. « C'est un désastre moral et civil que celui qui engloutit la majorité des médecins italiens ! » Et, s'il n'est pas aussi important que parmi les avocats, le prolétariat intellectuel des médecins se révèle assez fort dans les cas nombreux d'aliénation mentale, dans la statistique des suicides et dans le phénomène nouveau de l'émigration des médecins. (*Revue des Revues*.)

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Arrêté préfectoral relatif à la réorganisation des services médicaux de la préfecture de la Seine.

Le préfet de la Seine,

Vu les délibérations du Conseil municipal, en date des 24 décembre 1896 et 28 décembre 1897, relatives à l'unification des divers services médicaux de la préfecture ;

Vu la délibération, en date du 26 décembre 1898, ainsi conçue :

« 1° La ville de Paris est divisée en onze circonscriptions médicales, conformément aux indications contenues dans le rapport général sur le budget de 1899, et dont les titulaires devront examiner indistinctement tous les agents administratifs résidant dans le périmètre de chacune d'elles. — Les onze médecins auront droit au titre de médecin de la préfecture de la Seine. — Le service médical comprendra, en outre, un médecin en chef de la préfecture.

2° Le crédit affecté au service médical est fixé à la somme de 27200 francs, dont la ventilation aura lieu dans les proportions suivantes : Médecin en chef de la préfecture, 6000 ; onze médecins de circonscription, à 1200 francs chacun, 13200 francs ; ensemble, 19200 francs. — Le surplus, soit la somme totale de 8000 francs, devant être répartie en fin d'année entre les médecins de circonscription, au prorata de leurs visites et de leurs consultations. »

Vu la délibération du 29 décembre 1898, ensemble l'arrêté en date de ce jour réunissant au chapitre IV, art. 1 *bis*, du budget de la ville de Paris, les crédits des différents services médicaux ;

Sur le rapport du directeur du personnel,

Le secrétaire général de la préfecture entendu,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — La délibération du 26 décembre 1898 est approuvée.

ART. 2 — En conséquence, les services médicaux du personnel, de l'administration centrale et des directions ci-après de la préfecture (Affaires municipales, Enseignement, Architecture, Promenades et plantations, Voie publique, Eaux et égouts), ainsi que le service médical de l'administration de l'Octroi, sont réunis en un seul service comportant :

1° Un médecin en chef ; 2° onze médecins affectés aux circonscriptions de Paris ci-après : Première circonscription (Ier, IIe, IIIe et IVe arrondissements) ; deuxième circonscription (V^e^ et VIe arrondissements) ; troisième circonscription (VIIe, VIIIe et IXe arrondissements) ; quatrième circonscription (X^e^ et XXe arrondissements) ; cinquième circonscription (XIe et XIIe arrondissements) ; sixième circonscription (XIIIe et XIVe arrondissements) ; septième (circonscription (XVe arrondissement) ; huitième circonscription (XVIe arrondissement) ; neuvième circonscription (XVIIe arrondissement) ; dixième circonscription (XVIIIe arrondissement) ; XIe circonscription (XIXe arrondissement).

ART. 3. — Ces médecins prendront le titre de médecins de la préfecture de la Seine.

ART. 4. — Ils seront suppléés, ainsi que le médecin en chef, en cas d'absence ou de maladie, par des médecins-adjoints qui seront recrutés au concours et qui auront le titre de médecins-adjoints de la préfecture de la Seine. — Les médecins-adjoints seront titularisés d'après leur ordre d'admission au fur et à mesure des vacances qui se produiront. Quand ils seront appelés à remplacer temporairement les médecins titulaires de circonscription, ils recevront, sur la somme qui doit être répartie en fin d'année conformément aux termes de l'art. 8, la somme afférente aux visites ou consultations qu'ils auront faites ou données.

ART. 5. — Les médecins de circonscription seront tenus d'être domiciliés ou d'avoir au moins un cabinet de consultation dans un point central de leur circonscription.

ART. 6. — Leur service sera de constatation et de contrôle seulement : à leur cabinet ou au domicile des malades, selon que ceux-ci pourront ou non se déplacer. — Mais, en ce qui concerne les agents de l'Octroi ainsi que les ouvriers du service de l'Inspection des machines, ils devront, comme par le passé, donner leurs soins pendant tout le temps nécessaire à ceux de ces agents qui les réclameraient.

ART. 7. — Le médecin en chef est chargé de la surveillance générale du service et notamment : 1° d'examiner les employés ou agents pour lesquels l'Administration réclamerait une contre-visite à la suite de celle du médecin ordinaire ; 2° de délivrer les avis de congé dans les cas dépassant les limites des indispositions ordinaires ; 3° d'examiner, au point de vue des aptitudes physiques, les candidats sollicitant un emploi dans l'un des services de la préfecture ; 4° d'établir les certificats exigés pour l'admission dans les établissements dépendant de la préfecture ; 5° ceux nécessaires en cas d'invalidité, de mise à la réforme ou à la retraite, et, en général, dans tous les cas où des certificats délivrés par un médecin assermenté sont exigés. Il aura, en outre, la direction des secours à l'Hôtel de Ville et dans les bâtiments annexes.

ART. 8. — Il sera alloué : 1° au médecin en chef, une indemnité fixe de 6000 francs par an; 2° au médecin de circonscription, une indemnité fixe de 1200 francs par an et une indemnité proportionnelle au nombre de leurs visites ou de leurs consultations, dans la limite du crédit alloué à cet effet par le Conseil municipal.

ART. 9. — Les agents employés dans Paris, mais domiciliés extra-muros, devront en cas de maladie se faire examiner par le médecin de la circonscription de Paris suivant le tableau ci-après, pour les communes du département :

Quatrième circonscription : Les Lilas, Bagnolet, Montreuil, Romainville, Noisy-le-Sec, Bondy, Rosny et Villemonble. — Cinquième circonscription : Saint-Mandé, Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Charenton, Saint-Maurice, Alfortville, Maisons-Alfort, Joinville, Saint-Maur, Créteil, Bonneuil, Nogent, Le Perreux, Bry et Champigny. — Sixième circonscription : Ivry, Vitry, Choisy, Thiais, Orly, Gentilly, le Kremlin-Bicêtre, Arcueil, Villejuif, L'Hay, Chevilly, Rungis, Fresnes-les-Rungis, Montrouge, Bagneux, Fontenay-aux-Roses, le Plessis-Piquet, Bourg-la-Reine, Sceaux, Châtenay et Antony. — Septième circonscription : Issy, Vanves, Malakoff, Châtillon et Clamart. — Huitième circonscription : Boulogne, Neuilly, Puteaux, Suresnes et Nanterre. — Neuvième circonscription : Levallois-Perret, Clichy, Courbevoie, Colombes, Bois-Colombes, Asnières et Gennevilliers.— Dixième circonscription : Saint-Ouen, l'Ile-Saint-Denis, Épinay, Saint-Denis, Villetaneuse, Pierrefitte et Stains. — Onzième circonscription : Aubervilliers, La Courneuve, Dugny, Pantin, le Pré-Saint-Gervais, Bobigny, le Bourget et Drancy.

Dans le cas où ils ne pourront se déplacer, ils seront visités par le médecin de la circonscription dont ils dépendent dans les conditions où ils le sont actuellement. — Il en sera de même pour le personnel de la direction des Affaires municipales employé dans les cimetières hors Paris (Bagneux, Ivry, Pantin, etc.) et le personnel des gardes du bois de Boulogne.

Quant aux agents employés hors Paris, et dont le service médical est actuellement organisé, il n'est rien innové quant à présent en ce qui les concerne.

ART. 10. — Le secrétaire général de la préfecture, les directeurs des services intéressés et le directeur du personnel sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui aura son effet à partir du 1er avril 1899.

Fait à Paris, le 4 février 1899.

J. DE SELVES.

Arrêté préfectoral répartissant les circonscriptions des services médicaux de la préfecture de la Seine.

Le préfet de la Seine,

Vu les délibérations du Conseil municipal en date des 24 décembre 1896, 28 décembre 1897, 26 et 30 décembre 1898, ensemble l'arrêté de ce jour (1) portant organisation du service médical de la préfecture;

Sur le rapport et la proposition du directeur du personnel;

Le secrétaire général de la préfecture entendu,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les emplois actuellement occupés par MM. les docteurs Delaporte, médecin de la préfecture et médecin en chef de l'octroi de Paris; Bloch, médecin-adjoint de la préfecture de la Seine; Wuilliomenet, médecin-adjoint de la préfecture de la Seine et médecin du personnel des cimetières et du personnel du service des perceptions municipales de l'approvisionnement; Vauthier, médecin du personnel ouvrier du service de l'inspection des machines; Delage, médecin du personnel du service des pompes funèbres; Depasse, médecin du personnel des travaux; Baldet et Audibert, médecins-adjoints du personnel des travaux; Brochin, Adler et Raymond, médecins du personnel de l'enseignement; d'Echérac, Laugier, Pascalis, de Cours, Dandieu, Moussand, Millet et Cornet, médecins du personnel de l'octroi, sont supprimés.

ART. 2. — M. le docteur Delaporte est nommé médecin en chef de la préfecture de la Seine.

ART. 3. — MM. les docteurs d'Echérac, Laugier, Pascalis, de Cours, Dandieu, Moussand, Millet et Cornet sont nommés médecins de la préfecture de la Seine et répartis conformément au tableau ci-après :

Première circonscription (Ier, IIe, IIIe et IVe arrondissements), M. d'Echérac; quatrième circonscription (Xe et XXe arrondissements), M. Pascalis; cinquième circonscription XIe et XIIe arrondissements), M. Dandieu; sixième circonscription (XIIIe et XIVe arrondissements), M. Cornet; huitième circonscription (XVIe arrondissement), M. Moussand; neuvième circonscription (XVIIe arrondissement), M. Laugier; dixième circonscription (XVIIIe arrondissement), M. de Cours; onzième circonscription (XIXe arrondissement), M. Millet.

ART. 4. — MM. les docteurs Bloch, Brochin, Vauthier, Wuilliomenet, Delage, Depasse, Adler, Raymond, Baldet et Audibert sont classés pour l'attribution des autres circonscriptions vacantes ou de celles qui le deviendront ultérieurement, d'après leur ancienneté de service suivant le tableau ci-après :

MM. les docteurs Bloch (30 décembre 1881), Brochin (1er janvier 1883), Vauthier (3 octobre 1885), Wuilliomenet (11 juin 1886), Delage (14 août 1886), Depasse (1er décembre 1886), Adler (4 mai 1896), Raymond (4 mai 1896), Baldet (15 février 1897), Audibert (15 octobre 1897).

ART. 5. — En conséquence, sont faites les attributions suivantes : troisième circonscription (VIIe, VIIIe et IXe arrondissements), M. Bloch; deuxième circonscription (Ve et VIe arrondissements), M. Brochin; septième circonscription (XVe arrondissement), M. Vauthier.

ART. 6. — Conformément aux dispositions de l'arrêté réglementaire, l'indemnité allouée à M. le docteur Delaporte, médecin en chef, est fixée à 6000 francs par an, et celles de MM. les docteurs d'Echérac, Millet, Dandieu, Cornet, Moussand, Laugier, de Cours, Pascalis, Bloch, Brochin et Vauthier, à 1200 francs par an. — Il sera en outre alloué à chacun des médecins de circonscription une indemnité proportionnelle au nombre de leurs visites et de leurs consultations de chaque année, dans la limite du crédit alloué à cet effet par le Conseil municipal.

ART. 7. — Le secrétaire général de la préfecture, les directeurs des services intéressés et le directeur du personnel sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui aura son effet à partir du 1er avril 1899.

Fait à Paris, le 4 février 1899.

J. DE SELVES.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 165.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 8 février 1899, M. Couénon, médecin-major de deuxième classe, est désigné pour le 18e bataillon d'artillerie à pied (emploi créé).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charassin (de Rozoy-en-Brie) et Guiffard (de Cherbourg).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Semaine sainte à Rome.* — Train à prix réduits de Paris à Rome : 2e classe, 403 francs ; 3e classe, 67 francs (aller et retour).

Aller : départ le 27 mars à 2 h. 10 soir (trajet direct).—Retour : dans un délai de 3 semaines par tous les trains comportant des voitures de la classe du billet. Cinq arrêts facultatifs permettant de visiter Turin, Gênes, Pise, Florence et Sienne.

Billets délivrés à dater du 10 février à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie ; dans les agences spéciales et dans les gares et stations de la Compagnie du Nord.

Nota. — On trouvera à Rome des billets spéciaux d'aller et retour pour Naples. Prix : 1re classe, 42 fr. 15 ; 2e classe, 29 fr. 50 ; 3e classe, 18 fr. 55.

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence Cook, deux excursions permettant de visiter :

La première : la Tunisie et l'Algérie. Départs de Paris, le 16 mars. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1 200 fr.

La deuxième : l'Italie. Départs de Paris les 15 février et 15 mars. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 995 fr. ; 2e classe, 890 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Cook, 1, place de l'Opéra, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 19. — MARDI 14 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 14 FÉVRIER 1899. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 février 1899.

Le rapport au conseil académique contient encore (1), sur les études médicales à Paris, d'intéressants renseignements.

Les études anatomiques continuent à grouper, autour de trop rares cadavres, un grand nombre d'élèves. 917 élèves ont pris part aux travaux de dissection pendant l'hiver, savoir :

A l'École pratique 725
A l'amphithéâtre des hôpitaux 192

483 élèves ont suivi des exercices de médecine opératoire pendant l'été, savoir :

A l'École pratique 362
A l'amphithéâtre des hôpitaux 121

La Faculté a reçu 1677 sujets, savoir :

Du 1er octobre au 30 juin 1318
Du 1er juillet au 30 septembre 359

Ont été utilisés :

Pour la dissection 411
Pour la médecine opératoire 426
Pour les épreuves pratiques et les cours. 111
Pour les laboratoires et les concours . . 140

N'ont pu être utilisés :

Ayant été livrés dans un état de putréfaction complète 568
Ont été rendus aux familles 18

Le rapport, trop laconique, est muet sur la proportion relative des sujets entiers et des sujets ouverts et autopsiés, ce qui eût été intéressant à connaître. Mais il n'en reste pas moins acquis que le nombre des sujets est absolument insuffisant. Aussi ne comprend-on pas que, sur 1600 sujets, 568 ont été inutilisés comme étant dans un état de complète putréfaction. Il n'est pas admissible que, dans une ville comme Paris, on ne puisse pas prendre des mesures suffisantes pour la conservation des corps : appareil frigorifique ou injection conservatrice dans les vaisseaux. Sans doute, il y a des difficultés à résoudre et de grosses dépenses à prévoir. Mais le résultat ne vaut-il pas que l'on s'en préoccupe?

Aussi persistons-nous dans le conseil que nous n'avons cessé de donner aux jeunes étudiants, en leur disant de commencer leurs études en province, dans les Écoles, et de ne venir à Paris qu'après leurs études anatomiques. Ils y trouveront des services hospitaliers largement ouverts et dans lesquels ceux qui voudront travailler trouveront les matériaux les plus riches, ainsi que des maîtres pleins de bonne volonté et de savoir. Environ 2080 stagiaires, 1200 externes, 240 internes trouvent facilement place dans les 97 services de médecine générale, les 44 services de chirurgie et les 12 services d'accouchement.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 57.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

A propos de la récente communication de M. Ausset (de Lille), sur un cas de **polyurie grave chez un enfant de deux ans**, et des rapports de la polyurie et de l'hystérie, M. Mathieu refait en quelques mots l'historique de cette question. Il rappelle fort justement que, le premier, il a émis cette idée que d'autres ont confirmée par la suite, que la polyurie peut être *fonction* de l'hystérie; il montre comment, un an après sa première communication, M. Babinski a apporté un argument très important en faveur de l'origine hystérique de certaines polyuries : leur guérison par suggestion. M. Debove montra par la suite que la polyurie pouvait être le seul stigmate de l'hystérie. Nous ne voulons pas refaire toute cette histoire, mais nous tenons à détacher, de la communication de M. Mathieu, un bien joli exemple de ce que peut la suggestion thérapeutique.

M. Mathieu avait dans son service en 1892, à l'Hôtel-Dieu, un malade atteint d'une polyurie considérable; la quantité d'urine s'élevait à 20 ou 25 litres par vingt-quatre heures. M. Mathieu pensait à l'origine hystérique de ce phénomène. A la suite d'incidents qu'il serait trop long de rappeler, ce malade quitta le service de M. Mathieu et entra, quelques jours après, dans un service voisin. Le chef de service, ayant fait le diagnostic de diabète insipide, jugea qu'il était indispensable de donner au malade, chaque jour, 1 gramme de phénacétine. Une dose de ce médicament fut administrée, mais l'interne du service, connaissant le malade, et l'idée

de M. Mathieu à son sujet, remplaça, sans en rien dire à personne, le gramme de phénacétine par un gramme de chlorure de sodium. Très rapidement, la polyurie baissa de 25 litres jusqu'à atteindre 2 et 3 litres. Alors l'interne raconta tout haut son succès. Il est difficile d'affirmer que le chef de service en fut d'abord très joyeux; il pardonna en homme d'esprit; le malade, beaucoup moins content, quitta brusquement le service, et très probablement retraîna ailleurs sa polyurie.

Ce fait remet en question la possibilité de la simulation. M. Gilles de la Tourette, à ce propos, rappelle qu'il faut tenir la polyurie hystérique pour un symptôme assez rare. Dans les services où sont réunis de nombreux hystériques, on l'observe rarement. C'est, en tout cas, de l'hystérie, le signe peut-être le plus facile à simuler. Quoi de plus facile que d'ajouter de l'eau dans le bocal.

C'est exact, réplique M. Hayem; mais s'il est relativement facile d'ajouter de l'eau à l'urine, il est bien plus compliqué d'y ajouter de l'urée. Or, dans beaucoup de cas de polyurie nerveuse, par lui observés, il y avait augmentation du chiffre de l'urée. C'est lorsque celle-ci n'existe pas qu'il faut se méfier.

M. Renault présente un malade offrant à la fois des **troubles réflexes** et des **troubles trophiques**, symptômes que l'on rencontre à la fois dans la **lèpre** et dans la **syringomyélie**. Le sujet est, en outre, un ancien syphilitique. Chez ce malade, les troubles sensitifs occupent les quatre membres. Les diverses sensibilités sont abolies. En revanche, le tronc et la tête son indemnes, au contraire de ce qui existe dans la syringomyélie. A en juger par les troubles sensitifs, on serait donc porté à conclure que le malade est lépreux. Les troubles réflexes, par contre, ne sont pas favorables à cette hypothèse, car il y a exagération du réflexe rotulien et légère trépidation épileptoïde, phénomènes que l'on ne constate pas dans la lèpre. Quant aux troubles trophiques, atrophie des muscles de l'éminence thénar, maux perforants plantaires, disparition de la deuxième phalange du petit orteil, ces mêmes altérations de la nutrition peuvent se rencontrer dans la lèpre et la syringomyélie. Sur quoi faire le diagnostic? L'état des nerfs et l'examen bactériologique auraient une importance capitale. S'il s'agit de lèpre, les nerfs sont augmentés de volume. Or, chez le malade, en palpant la gouttière épitrochléenne des deux côtés, on sent manifestement une hypertrophie notable des deux nerfs cubitaux.

Par contre, le bacille de Hansen, recherché minutieusement, n'a été trouvé ni dans le sang, ni dans la sérosité d'un vésicatoire, pas plus que dans le mucus nasal, la salive et le pus des maux perforants. Alors?

M. Renault conclut à la syringomyélie; M. Gilles de la Tourette penche pour la lèpre; M. Antony se rallie à cette opinion. M. le professeur Raymond croit qu'il faut rester dans le doute, mais qu'on ne saurait éliminer quand même la syringomyélie.

Nous sommes fixés!

M. Galliard communique au nom du docteur Bagot (de Roscoff) une observation de **fièvre typhoïde hématurique, chez un enfant de dix ans.**

M. Achard communique, au nom de M. Carrière (de Lille), une observation d'**angine pseudo-membraneuse à streptocoques suivie de paralysie du voile du palais.**

HOTEL-DIEU. — M. Ferrand.

Des injections hypodermiques de morphine, en cas de menaces de mort : syncopes ou asphyxie (1).

II

Le danger, avons-nous dit, le danger de l'injection de morphine, c'est d'aggraver la situation du malade qui, comme un frêle esquif, se débat sous les étreintes de la mort, entre la syncope et l'asphyxie, et que l'asphyxie menace plus encore que la syncope.

Le problème se réduit donc à trouver une substance qui, ajoutée à la morphine, permette à ce médicament de produire ses effets bienfaisants de sédation et d'analgésie, tout en corrigeant, par son action propre, l'effet nuisible que la morphine est susceptible de déterminer dans le sens de la syncope ou de l'asphyxie. Or, ce sont là les propriétés de l'éther, ainsi que chacun a pu maintes fois s'en assurer.

On sait de quelle efficacité jouit l'injection d'éther pour combattre les défaillances du cœur et du système nerveux; c'est le remède par excellence des états de collapsus et des imminences syncopales. Le fait est trop connu pour que j'aie à y insister. La puissante excitation produite par l'injection hypodermique d'éther, n'est pas seulement souveraine pour combattre la syncope; elle réussit aussi bien souvent à soutenir l'économie dans sa lutte contre l'asphyxie. En réveillant les énergies des puissances respiratoires, en activant la circulation, elle donne à l'hématose de nouvelles facilités pour s'accomplir. On l'a vue réveiller, par là, la vie près de s'éteindre, ranimer un souffle qui semblait devoir être le dernier soupir et réussir à prolonger ainsi artificiellement une vie qui semblait avoir poussé son dernier effort.

L'éther n'est pas la seule substance qui soit capable de ces effets: elle possède cependant à cet égard une véritable supériorité sur la plupart de celle qui pourraient être employées dans le même but. La caféine, par exemple, jouit aussi d'une influence excito-motrice des plus nettes; mais elle est d'un usage moins facile en raison de son peu de solubilité; elle n'est pas diffusible comme l'éther qui, une fois entré dans l'économie par la tension de sa vapeur à la température du corps, pénètre partout, s'adresse à l'excitabilité de tous les organes, et en particulier à celle du système nerveux; enfin, les effets physiologiques de la caféine sont moins immédiats et moins rapides que ceux de l'éther.

Quel que soit l'état de faiblesse, de collapsus ou d'asphyxie dans lequel se trouve le malade, l'injection d'éther soigneusement pratiquée ne lui procure que des avantages et ne l'expose à aucun accident fâcheux, puisqu'elle a pour effet de réveiller l'activité fonctionnelle des éléments anatomiques. De plus, la dose à laquelle on l'administre peut varier dans d'assez larges limites, sans qu'on soit exposé à tomber dans un excès dangereux, attendu qu'on n'a pas à craindre avec lui d'épuiser l'activité fonctionnelle des éléments nerveux, sa grande diffusibilité assurant la rapidité de son élimination et mettant à l'abri de tout danger d'accumulation des doses absorbées.

Il est bien certain que l'injection d'éther ne possède pas les propriétés analgésiantes de la morphine et qu'elle ne donne pas la sédation sur laquelle la morphine permet de compter; aussi ne conseillerai-je pas de substituer l'une à

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 149.

l'autre et de remplacer l'injection de morphine par l'injection d'éther pur chez les agonisants et dans tous les cas où il y a à redouter des accidents de forme syncopale ou asphyxique. Mais j'ai pu constater bien souvent que, dans ces cas, l'association de ces deux substances dans une même injection répond à l'indication désirée, sans exposer à aucun danger et même à aucun inconvénient.

La morphine administrée par la seringue de Pravaz procure au malade la sédation qui favorise l'analgésie ; elle atténue l'oppression du dyspnéique, tempère l'excitation cérébrale et favorise une détente générale ; l'éther, sans provoquer d'excitation sensorio-motrice appréciable, relève les mouvements de la vie organique, assure le fonctionnement du cœur et de la circulation, réveille les aptitudes respiratoires du sujet et s'accorde d'ailleurs avec la morphine pour rendre à l'activité nerveuse, et en particulier à l'activité cérébrale, l'exercice des facultés dont elle reste encore susceptible.

On sait, en effet, qu'une petite dose de morphine, loin d'entraver les fonctions du cerveau, leur communique souvent une activité plus effective, et que chez les sujets déjà accoutumés à ces injections, la suppression de la morphine, ou seulement un dosage moindre et plus espacé du médicament, laisse les sujets dans une sorte de collapsus nerveux que l'injection fait disparaître comme par enchantement.

Enfin j'ai constaté plusieurs fois que des sujets ayant manifesté une intolérance idiosyncrasique pour les injections de morphine, voyaient disparaître tous les phénomènes de collapsus par lesquels cette intolérance se manifeste, lorsqu'on pratiquait chez eux l'injection de morphine additionnée d'éther.

On n'a donc pas à craindre, en employant ce moyen, de provoquer une obtusion prématurée, encore moins une annihilation des facultés cérébrales, et l'usage de ces injections ne trouve plus aucune contre-indication, même dans l'état d'agonie.

La technique que j'ai adoptée, comme étant la plus favorable, est la suivante : la solution de morphine que j'emploie est dosée à deux centigrammes par gramme de véhicule, suivant la formule suivante :

Eau distillée bouillie ou eau de laurier cerise. . . .	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine. .	20 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine. . . .	2 —

M. s. a.

L'atropine que j'ajoute à la solution présente à mon avis le double avantage de donner des effets encore plus analgésiques que la simple solution de morphine, et en agissant aussi comme excito-moteur sur la fibre musculaire, de contribuer à prévenir les accidents de collapsus.

Prenant une seringue de la contenance ordinaire, qui est d'un gramme environ, je la remplis à moitié de cette solution et j'achève de la remplir avec de l'éther pur.

La seringue ainsi chargée, je pratique l'injection avec les précautions que commande une asepsie raisonnable et le soin qui est toujours requis pour l'emploi d'agents délicats à manier.

Et si l'effet favorable tarde quelque peu à se montrer, je n'hésite pas à réitérer, deux ou trois fois au besoin, l'usage de ce moyen, lequel, ainsi pratiqué, me paraît avoir toutes les chances d'efficacité jointes à toutes les garanties de sécurité.

Il va sans dire que ces proportions du mélange, qui comporte moitié de la solution de morphine et moitié d'éther, n'ont rien d'absolu.

On peut, selon les indications et selon la tolérance du sujet, faire varier ces proportions, augmenter la dose de morphine, si la sédation est l'indication dominante, ou au contraire la dose d'éther, si le collapsus ou l'asphyxie sont plus à redouter. Toutefois, je me suis bien trouvé de l'usage du mélange à parties égales, le plus souvent : quitte à réitérer le nombre des injections si l'effet demeure insuffisant.

Je n'hésite pas à employer ce moyen chez des malades même menacés par la syncope ou par l'asphyxie, même chez des malades en pleine agonie, quand la douleur, l'agitation ou l'angoisse physique en réclament l'application. Et je crois que, si c'est rendre un grand service au malade que de lui fournir cette sorte de viatique thérapeutique, c'est aussi rendre service au médecin que de mettre en ses mains un moyen de soulager efficacement son malade, sans inquiéter en aucune façon les scrupules de la déontologie professionnelle.

HOSPICE DE BRÉVANNES. — M. R. TOUCHE.

Épilepsie jacksonienne limitée au membre supérieur droit et aux paupières du même côté ; autopsie.

Mme N..., âgée de quarante et un ans, succombe le 15 novembre 1898, à une granulie.

La malade, très intelligente, garda jusqu'à son dernier jour sa connaissance, et environ deux semaines avant sa mort elle nous fournit les renseignements suivants.

A la fin de juillet 1898, des mouvements involontaires apparurent dans le membre supérieur droit. D'après le récit qui nous est fait, il s'agit sans doute d'une crise d'épilepsie jacksonienne. L'avant-bras droit se plaçait en pronation forcée et en extension sur le bras. Le membre supérieur ainsi immobilisé en rectitude se soulevait et s'abaissait en masse d'un mouvement très rapide. En même temps les doigts se fléchissaient et s'étendaient alternativement d'un mouvement rythmique. La malade remarqua aussi que l'œil droit s'ouvrait et se fermait d'un mouvement régulier, ainsi qu'on le fait quand un corps étranger s'est introduit dans l'œil. Elle affirme que les paupières seules étaient animées de mouvements, que les muscles de la face n'avaient aucune part à ces contractions. Il y avait des fourmillements dans la main. Actuellement encore la malade se plaint de picotements dans la main et dans l'épaule. Il y eut une seconde attaque sembable, mais plus forte, au commencement d'octobre. Depuis ces attaques le bras droit est plus faible et il y a un tremblement à grandes oscillations dans l'exécution des mouvements volontaires. Ces oscillations sont très sensibles quand on fait étendre la main à la malade. La force, bien que diminuée, est encore très notable ; il n'y a pas trace de paralysie ni de troubles objectifs de la sensibilité.

Du côté de l'œil, il n'y a ni ptosis ni strabisme, mais l'examen du champ visuel et des mouvements du globe oculaire n'a pas été fait.

La mort survenue très rapidement ne nous permit pas de compléter l'observation.

AUTOPSIE. — La corticalité droite est absolument intacte. La corticalité gauche, à première vue, semble saine mais, en regardant attentivement, on trouve en trois points de

petites taches circulaires blanchâtres de méningite. Elles sont très localisées, à bords nets et réguliers.

I. Une de ces plaques, un peu plus petite qu'une pièce de 20 centimes, siège sur la circonvolution pariétale ascendante. Par rapport à cette circonvolution, la lésion est au point où la pariétale ascendante, d'abord légèrement oblique en haut et en arrière, se dévie fortement en arrière. Par rapport aux autres circonvolutions pariétales, la lésion est située entre leurs insertions, mais plus rapprochée de l'implantation de la première pariétale sur la pariétale ascendante.

Par rapport à la scissure de Rolando, la lésion répond à la portion de la scissure comprise entre les deux genoux supérieur et inférieur. Par rapport aux circonvolutions frontales, la lésion est à la hauteur de l'insertion de la deuxième frontale sur la frontale ascendante.

II. Sur la première circonvolution pariétale, au point précis où elle s'implante sur la pariétale ascendante, nous trouvons deux petites plaques, grandes chacune comme une lentille, répondant bien exactement à la limite supérieure et inférieure de la base d'implantation.

III. A la face externe du lobe occipital, sur la première circonvolution occipitale, à égale distance des deux extrémités et des deux bords de cette circonvolution, existe une plaque de même étendue que celle de la pariétale ascendante. Comme hauteur sur l'écorce, cette plaque du reste, bien nettement située sur la première occipitale, répond au point où la deuxième pariétale se bifurque en formant le pli courbe et en envoyant un pli de passage à la deuxième occipitale.

Tels sont les faits que nous avons recueillis. La partie clinique est malheureusement bien incomplète. Nous n'avons pas assisté aux accidents et nous devons croire le récit d'une malade, très intelligente sans doute, mais qui a pu ne pas observer tous les symptômes. Peut-être, par exemple, y avait-il des phénomènes oculaires autres que le mouvement d'ouverture et d'occlusion de la paupière. En tout cas, en ne tenant compte que de ce qui est avéré, nous avons, en mettant en face l'un de l'autre le fait clinique et le fait anatomique :

I. D'une part : flexion et extension alternative des doigts, pronation forcée de l'avant-bras, abaissement et élévation du bras.

D'autre part : plaques de méningite de la partie moyenne de la pariétale ascendante et de l'implantation de la première pariétale.

II. D'une part : mouvement rythmé de fermeture et d'ouverture alternative des paupières.

D'autre part : plaque de méningite siégeant sur la première occipitale.

L'AMPLIFICATION DU SON. — THÉORIE NOUVELLE (1)

Par M. LABORDE,
Membre de l'Académie de médecine.

L'instrument créé par MM. Grivolas et Pathé frères représente un double perfectionnement du phonographe :

1° Relativement à l'amplification du son, c'est-à-dire à l'augmentation facultative de son intensité, par un procédé nouveau et des plus simples, sans adjonction d'un autre appareil quelconque ;

2° Relativement à la netteté de l'émission et de la reproduction de son : résultat qui a constitué, jusqu'à présent, la grande, presque l'insurmontable difficulté de l'instrument d'Edison.

En entendant parler le modèle présenté, on peut se rendre compte de la frappante réalité de ce double résultat.

Mais la constatation n'en est pas moins démonstrative, lorsqu'elle s'applique soit à la voix chantée, soit au jeu d'instruments de toute sorte, individuellement ou formant orchestre.

Pour ce qui est du chant par la voix humaine, les effets obtenus sont remarquables, tellement la reproduction de la voix personnelle du chanteur, avec son timbre, sa tonalité, les nuances de la phrase musicale, est exacte : en dissimulant l'instrument reproducteur automatique, l'on croit entendre, sans différence saisissable, le chanteur lui-même.

La reproduction instrumentale est tout autant, sinon plus remarquable.

Voici la théorie scientifique que le fonctionnement de l'appareil a suggérée à M. Dussaud, déjà connu par sa création du microphonographe.

Il y a à considérer deux cas :

1° Celui de l'intégration discontinue, ou le cas dans lequel, sur la feuille d'étain, l'on obtient une intégrale discontinue, c'est-à-dire que, dans cette condition d'inscription, le son est représenté par une série de courbes disjointes, ce qui ne permet d'obtenir l'amplification que par une augmentation de la profondeur du sillon.

Mais, outre qu'il est difficile d'y procéder, le style n'a pas le temps, pour la répétition, de descendre jusqu'au fond dudit sillon ;

2° Dans une seconde alternative, au contraire, celle de l'intégration continue, c'est-à-dire du rouleau à un seul copeau, l'amplification du son peut être obtenue par un allongement des différentes portions de la courbe continue.

Ce résultat est capital, il signifie que l'on peut grandir le son en allongeant sa courbe : il suffit, pour cela, tout en conservant la même vitesse, d'augmenter le diamètre du cylindre, devant lequel on parle ou on chante ; et, dès lors, suivant le diamètre choisi, on aura 1/2, 3/4, 1, 1 1/4, 1 1/2, 1 3/4, 2, etc., et jusqu'à un plus ou moins grand nombre, ainsi croissant, de fois, l'intensité de la voix humaine ou celle d'un instrument.

De même, avec un cylindre ordinaire du phonographe parlant devant un autre phonographe, à plus grand cylindre, on obtiendra une multiplication d'intensité d'autant plus considérable que le diamètre du second rouleau sera lui-même plus grand.

En un mot, on possède par le diamètre des cylindres le moyen d'amplifier les sons, à volonté, soit au moment de l'enregistrement, soit lors de la reproduction d'un rouleau.

L'agrandissement du son devient, de la sorte, aussi simple et aussi facile que celui d'une photographie ; et il nous suffit d'en avoir indiqué, ici, le principe physique, ne pouvant entrer dans les détails des dispositifs, destinés à éviter les vibrations accessoires de la plaque vibrante et du résonnateur, auxquels il s'agit de donner les dimensions voulues.

Quoi qu'il en soit, ce nouveau procédé d'amplification du son est appelé, par sa simplicité, à permettre certaines applications pratiques, dont continuent à se préoccuper MM. Dussaud et Laborde, notamment les applications à la surdité acquise.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 123.

VARIÉTÉS

Mesnet (1825-1898).

Par M. Rendu, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

Le nom de Mesnet évoque l'idée d'un des médecins qui ont étudié avec le plus de sagacité les maladies nerveuses et analysé avec le plus de profondeur les troubles morbides de l'intelligence. Né en 1825, à Saumur, il était à dix-neuf ans lauréat de l'École de médecine d'Angers, et trois ans plus tard obtenait le titre d'interne des hôpitaux de Paris, où il avait la bonne fortune de suivre l'enseignement de Briquet. Ce fut à l'école du célèbre médecin de la Charité, qui vers cette époque poursuivait ses recherches mémorables sur l'hystérie, qu'il prit le goût de la neuropathologie et commença ses études sur l'état mental des sujets atteints de cette névrose. Sa thèse sur les paralysies hystériques (1852), où étaient mis en relief les désordres profonds de la sensibilité générale, fut une révélation; il y montrait que les convulsions et les contractures ne constituent qu'une partie restreinte du tableau de la névrose, et que bien plus souvent, dans l'expression symptomatique, les phénomènes sensitifs tiennent la première place.

Ces débuts brillants faillirent avorter, et pendant un an, les obligations de la vie du praticien à Saumur firent oublier les succès de l'école. Mais Mesnet regrettait trop l'atmosphère scientifique de la capitale pour se confiner longtemps dans sa province. Il revint à Paris en 1853, et bientôt son mariage avec la fille du docteur Archambaud, un des médecins aliénistes les plus considérés de l'époque, fixa définitivement sa voie. Il dut à cette nouvelle orientation de sa carrière la connaissance parfaite de la pathologie psychique, et put ainsi réaliser l'union, trop rare dans notre profession, d'une instruction médicale encyclopédique très sérieuse, et d'une compétence exceptionnelle en matière d'aliénation mentale. Grâce à sa fréquentation quotidienne des aliénés (il était directeur, avec M. Motet, de la maison de santé de la rue de Charonne), grâce surtout à son tour d'esprit observateur qui le portait à faire l'analyse expérimentale des désordres de l'intelligence et de la volonté, il devint rapidement l'un des maîtres en neuropathologie, et à peine nommé médecin du Bureau central, en 1859, il s'appliqua, dans les services hospitaliers qui lui furent confiés, à l'étude des phénomènes cérébraux et des perturbations psychiques que crée la maladie dans les cerveaux les plus sains.

Nul n'analysait avec plus de sagacité et de précision la valeur d'un délire au cours d'une maladie aiguë ou d'un état infectieux, nul ne savait mieux dégager les influences respectives de l'intoxication morbide, de l'alcoolisme, des habitudes professionnelles et des préoccupations dominantes des malades, pour en tirer un pronostic approprié et des indications thérapeutiques bien définies. J'ai pu, en 1867, voir directement à l'œuvre, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, ce maître éminent, et la façon dont il savait interroger les malades et mettre en relief leur état mental m'a laissé une impression inoubliable.

A cette tendance d'esprit nous devons une série de mémoires qui sont devenus classiques et ont porté la lumière dans le domaine confus des délires symptomatiques. Le premier, Mesnet a su distinguer au milieu des multiples accidents cérébraux du rhumatisme ceux qui relèvent de la fluxion, nous dirions aujourd'hui de l'intoxication rhumatismale, et ceux qui dépendent du terrain mental du sujet. La forme morbide qu'il a nettement décrite sous le nom de folie rhumatismale a été acceptée par tout le monde et confirmée par les neuropathologistes de tous les pays.

De même, l'épidémie de choléra de 1865 lui permit d'ajouter un chapitre inédit à nos connaissances sur la période de réaction de cette maladie et sur les graves désordres cérébraux qui la traversent, phénomènes délirants tenant à la fois au processus toxique et à l'insuffisance rénale.

Mais c'est surtout l'étude des névroses dites extraordinaires qui l'a captivé. Tout ce qui se rattachait à la catalepsie, à l'extase, au somnambulisme, avait le don de l'intéresser au plus haut point, et l'on peut dire que, bien avant l'école de la Salpêtrière, Mesnet avait vu, analysé et décrit, avec une fidélité merveilleuse, les phénomènes de la grande hystérie et posé les principes scientifiques de l'hypnotisme.

Dès 1860, il faisait paraître dans les *Archives de Médecine* un travail qui contient en germe tout ce qui a été dit plus tard sur l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique, à propos d'un malade dont les impulsions délirantes provoquaient des tentatives de suicide. Dix-sept ans plus tard, il revient sur ce sujet dans un mémoire célèbre qui parut dans les *Annales médico-psychologiques*. Il y démontre que le somnambulisme spontané constitue une des modalités de la grande hystérie, et se traduit par l'abolition de toutes les sensibilités, sauf celle du tact qui persiste et s'exalte même. Le somnambule a perdu toute notion de ce qui l'entoure : on l'appelle, il n'entend pas; on lui met une lumière devant les yeux, il ne la voit pas ; mais en le touchant, on l'éveille, et alors il a perdu toute conscience de ce qui vient de se passer. Cette scission brusque de la mémoire, observée dans la transition rapide de l'état de la veille au sommeil et du sommeil à la veille, est le point capital de l'histoire du somnambulisme. Elle se retrouve aussi bien dans le somnambulisme spontané que dans le somnambulisme provoqué, lequel est le résultat d'un choc et constitue l'une des manifestations les plus saillantes de l'hypnotisme. Le sujet, passe ainsi à la volonté de l'expérimentateur, de la condition première à la condition seconde, de l'état de veille à l'état de sommeil, avec une disjonction totale de sa personnalité et une abolition complète de la mémoire de ce qui vient de se passer. Mais, par contre, cette mémoire reparaît, singulièrement précise, quand le sujet se retrouve dans les mêmes conditions d'hypnotisme ou de somnambulisme, et cette reviviscence des souvenirs est telle qu'à plusieurs années de distance, certains sujets reproduisent avec une fidélité stupéfiante le tableau de ce qui s'était passé dans une séance d'hypnotisation lointaine.

Ces faits, qui sont maintenant bien connus, sinon dans leur essence, au moins dans leurs manifestations cliniques, Mesnet les a développés dans un livre singulièrement instructif, sur le somnambulisme provoqué et la fascination, qui est comme son testament scientifique.

Dans ce livre, attachant comme un roman, écrit avec un relief, une puissance de vie singulière, il montre que l'état de somnambulisme provoqué supprime toute sensibilité, au point qu'une opération sanglante, un accouchement peuvent s'accomplir sans que l'opérée ou la parturiente en ait conscience. Grâce à ses expériences répétées, à la netteté et à l'enchaînement de ses déductions, l'étude de la suggestion hypnotique est entrée dans le domaine officiel, et pour la première fois, dans l'affaire Didier, on vit une cour de justice accepter, après plaidoiries, la preuve du somnambulisme faite par démonstration expérimentale.

Quoi de plus intéressant également que cette étude médico-physiologique sur le sauvage du Var, ce singulier dégénéré, qui, très inoffensif par lui-même, était un délirant insociable et adaptait sa vie à ses conceptions misanthropiques? Et ce fait, analysé d'une façon si pénétrante, d'automatisme consécutif à une fracture du crâne ; et cet autre, encore plus troublant, d'un chef de gare qui, atteint de somnambulisme et de fascination, s'immobilise brusquement en voyant briller le réflecteur d'une locomotive en

manœuvre et se fait broyer par elle. Toutes ces névroses extraordinaires, que l'on reléguait jadis dans le domaine de la sorcellerie et de l'occultisme, ont été mises au point par Mesnet avec une sûreté de jugement, une précision d'observation, qui font de ces mémoires des modèles d'investigation scientifique.

Ces études de psychologie n'empêchaient pas Mesnet d'être un clinicien sagace, versé dans la pathologie générale. Le premier, il sut distinguer, dans le groupe des hémorragies rénales, les fausses hématuries et donna la description devenue classique de l'hémoglobinurie *a frigore*. Un des premiers également, il mit en relief, dans un rapport à l'Académie de médecine, très documenté, les relations étroites qui rattachent la paralysie générale à la syphilis cérébrale. A lui enfin, on doit la connaissance des fausses rages ou des délires hydrophobiques, qui simulent parfois, d'une façon singulière, les véritables accidents rabiques.

Telle est l'œuvre scientifique de Mesnet; le nombre des mémoires qu'il a publiés n'est pas très considérable, mais ils résument toute une vie de travail et, par le soin, la précision de leur composition, ils ont une valeur définitive. Mesnet n'écrivait que sur les sujets qu'il possédait à fond, et il ne prenait la plume que quand son opinion était faite depuis longtemps, et corroborée par de nombreuses vérifications cliniques. Aussi, tous les types morbides qu'il a mis en relief ont été sanctionnés par les travaux ultérieurs, et, jusqu'à présent, aucune de ses conclusions n'a été infirmée. Ce n'est pas un mince mérite d'avoir marché d'un pas ferme sur ce terrain périlleux des névroses, où le médecin est en butte à tant de supercheries et de mystifications, et d'avoir su éviter aussi bien la négation de parti pris que l'excès de crédulité.

L'homme n'était pas moins remarquable que le savant : avec son front haut, son regard clair et ferme, sa parole nette et rude, Mesnet était une personnalité à part; on comprenait qu'à volonté il pouvait charmer ou fasciner ses malades. Il exerçait sur ses élèves la même autorité, à la fois ferme et bienveillante : personne ne lui aurait manqué, et tout le monde l'aimait. C'était un ardent et courageux patriote, qui, aux mauvais jours de la Commune, faillit payer cher son amour de l'ordre et de la discipline, jamais il ne sut transiger avec son devoir ni céder à aucun respect humain. Dans l'intimité, c'était le meilleur et le plus affectueux des hommes.

La mort de son fils, il y a quelques années, lui porta un coup terrible; comme Siredey, frappé de même dans ses plus intimes affections, il y contracta le germe de la maladie de cœur qui l'emporta, au bout de deux ans de souffrances, acceptées avec résignation et supportées stoïquement.

Mesnet nous lègue ce souvenir d'une des intelligences les plus pénétrantes qu'il nous ait été donné de rencontrer, et d'un caractère droit qui n'a jamais connu de défaillance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 FÉVRIER 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 20 FÉVRIER 1899, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Lannelongue, Sébileau et Varnier; — (1re série) : MM. Blum, Broca (Aug.) et Lepage; — (2e série, ancien régime) : MM. Pinard, Lejars et Legueu; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Humbert, Reclus et Mauclaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Widal et Dupré; — (2e série) : MM. Fournier, Lancereaux et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 21 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Gariel, Rémy et Langlois; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et André; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Achard et Vaquez,; — M. Charrin, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire; — M. Quénu, suppléant.

MERCREDI 22 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Sébileau et Legueu.

2e (nouveau régime) : MM. Gautier, Ch. Richet et Launois; — — (2e partie) : MM. Blanchard, Rémy et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Lepage; — M. Walther, suppléant.

JEUDI 23 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Richelot, Thiéry et Faure.

2e (nouveau régime) : MM. Rémy, Gley et Chassevant.

3e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Quénu, Bonnaire et Thiéry.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Chantemesse et Ménétrier; — M. Walther, suppléant.

VENDREDI 24 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Gariel, Rémy et Launois.

3e (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Teissier.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Blum et Walther; — (2e série) : MM. Humbert, Broca (Aug.) et Reclus; — (2e partie) : MM. Joffroy, Widal et Méry; — M. Dupré suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Broca (André), suppléant.

SAMEDI 25 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Rémy, Hanriot et Langlois; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et André.

3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Roger; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Cornil, Troisier et Marfan; — (2e série) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Thiroloix; — M. Achard, suppléant.

5e 1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour trois places de médecin est définitivement composé de MM. Joffroy, Cruveilhier, Barth, Moutard-Martin, Ménétrier, Merklen et Landrieux.

— Par décret, en date du 9 février 1899, sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 1er février 1899, et provisoirement dans l'ordre ci-après, les élèves de l'École du service de santé militaire reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, qui sont pourvus d'un emploi de médecin aide-major de deuxième classe à l'École d'application du service de santé militaire :

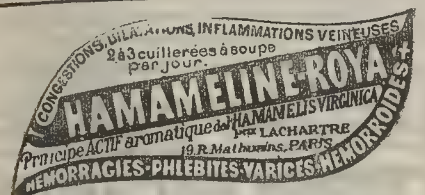
MM. Alix, Beaujeu, Billon, Blondeau, Blondel de Joigny, Blot, Boppe, Bouchart, Busy, Caillon, Chaudoye, Cochois, Comte, Cordier, Courvoisier, Daithuille, Debève, Delacroix, Delbru, Denaclara, Diénot, Ecochard, Fabre, Ga dit Gentil, Gautier, Gavard, Génévrier, Grenier de Cardenal, Gueytat, Hahn, Hochwelker, Humbel, Humbert, Janot, Jojot, Julié, Jullien, Kolb, Lannou, Laporte, Le Dantec, Le Guelinel de Lignerolles, Lexa, Lorentz, Malaspina, Mercier, Mordant, Morel, Moulin, Munaret, Ouin, Pigeon, Regnault, Rigourd, Robert, Rouchaud, Rouvillois, Savornin, Sirot, Sorel, Sousselier, Spire, Suttel, Tanton, Thouzellier, Trillé, Uzac, Vennin, Vergne, Vorbe, Wurtz et Wyart.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dauzat (de Saint-Étienne-aux-Clos) et Vialaneix (d'Egletons).

— *Postes médicaux.* — CALVADOS : poste à céder ; s'adresser à M. le docteur Sebillotte, rue Croix-des-Petits-Champs, Paris. — VENDÉE : s'adresser à Mme veuve Régnier, rue de Brioux, à Niort.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Plus on avance dans cette éternelle question de l'appendicite et plus on tend à se rapprocher de l'opinion défendue avec tant de conviction par M. Dieulafoy.

Dans la dernière séance, c'était M. Reclus qui se déclarait absolument partisan de l'intervention constante et hâtive, et qui se ralliait complètement à la formule si souvent défendue par le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu; aujourd'hui, c'est M. Pinard qui, n'envisageant l'appendicite que dans ses rapports avec la grossesse, loin de trouver dans cette dernière une contre-indication à l'opération, proclame que toute appendicite survenant chez une femme enceinte doit être aussitôt opérée. Il cite quatre cas, dont deux opérés et suivis de guérison et deux non opérés suivis de mort. Est-ce assez concluant et doit-on reprocher à M. Pinard de le crier bien fort du haut de la tribune de l'Académie pour être entendu non seulement des médecins, mais aussi des familles? Il faut, sans contredit, pour être aussi affirmatif, avoir une conviction bien arrêtée, et quelle que soit l'éloquence de M. Dieulafoy, il faut bien admettre qu'elle n'eût pas suffi à elle seule pour entraîner cette conviction si les faits, se multipliant chaque jour, ne venaient confirmer l'opinion que tout d'abord il a soutenue seul ou presque seul. Toutefois, de temps en temps, une voix s'élève pour protester. C'est ainsi qu'après le regretté Dumontpallier, M. Ferrand vient de nouveau s'efforcer de sauver l'honneur de la thérapeutique médicale, généralement bien malmenée en cette affaire. M. Ferrand à l'Académie, comme M. Ricard et d'autres à la Société de chirurgie, a d'abord soutenu cette idée fort juste qu'il fallait se garder de s'enfermer dans des formules étroites. La variété et la multiplicité des formes d'appendicite ne sauraient s'accommoder d'un même et unique traitement, et sans repousser systématiquement l'intervention chirurgicale, M. Ferrand persiste à croire qu'il y a des cas d'appendicites qui peuvent et doivent être traités médicalement. C'est là aussi l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens, mais alors que ceux-ci s'accordent à prescrire l'opium, la glace, la diète, et à proscrire les purgatifs, M. Ferrand, au contraire, repousse l'opium comme dangereux, lui préfère la belladone comme calmant et préconise l'emploi des purgatifs comme le meilleur moyen d'assurer, dans la mesure du possible, l'asepsie intestinale. Il faut savoir gré à M. Ferrand d'avoir eu le courage de son opinion et de l'avoir ainsi défendue. Cette question de l'appendicite intéresse tout autant le médecin que le chirurgien, et cependant jusqu'ici les médecins de l'Académie ne se sont guère montrés, si l'on excepte M. Dieulafoy qui, d'ailleurs, s'est montré plus chirurgical que les chirurgiens. Il nous a même semblé que ceux-ci ont quelque peu tardé à lui rendre la justice qu'ils lui doivent. C'est chose faite maintenant, car, à la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Chaput a terminé une importante communication sur l'appendicite en disant : « M. Dieulafoy a bien mérité de la chirurgie. » C'est aussi notre avis.

Au début de la séance, M. Landouzy a eu la parole pour rendre compte des fêtes du centenaire de l'Académie impériale militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, auxquelles il a assisté comme délégué de l'Académie de médecine de Paris. En remerciant ses collègues de Saint-Pétersbourg de l'accueil qui a été fait au représentant de notre Académie, M. Landouzy a rappelé, en termes éloquents, la part qui revient à la France dans les progrès de la science médicale, grâce aux travaux de Claude Bernard, de Villemin, d'Alphonse Guérin et surtout de Pasteur.

M. Hayem a montré une série de radiographies très nettes obtenues par M. Lenoir, après seulement quelques secondes de pose pour les adultes et instantanément pour les enfants.

Signalons une lecture de M. Hartmann, faite en son nom et au nom de M. Soupault, sur les résultats éloignés de la gastro-entérostomie.

M. Chibret (de Clermont-Ferrand) a donné lecture d'un travail sur un nouveau procédé d'analyse chimique des toxines, des albuminoïdes, diastases, etc., sur les urines.

Enfin, MM. Moniez (de Lille) et Brunon (de Rouen) ont été élus membres correspondants nationaux.

PATHOGÉNIE DES MALFORMATIONS DU CŒUR
EN PARTICULIER DE LA PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL

Par le docteur G. Gérard,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lille,
Ancien interne des hôpitaux.

I

La physiologie circulatoire est absolument différente avant et après la naissance.

Pendant la vie intra-utérine, il y a prédominance du cœur droit; les poumons n'ont qu'un rôle accessoire. Le sang qui arrive du placenta, plus ou moins chargé d'oxygène, se répartit dans la circulation générale après que son courant s'est divisé dans l'oreillette droite; une partie du sang va dans l'aorte en passant par le trou ovale, l'oreillette et le ventricule gauches; l'autre partie va aux branches pulmonaires, mais surtout au canal artériel par l'oreillette, le ventricule droit et le tronc de l'artère pulmonaire.

Duroziez (1) admet que, dans les derniers temps de la vie intra-utérine, il y a déjà des modifications importantes en vue de la respiration : « développement des branches de l'artère pulmonaire, des veines pulmonaires ; diminution des communications fœtales et surtout du trou de Galien... le poumon reçoit une notable quantité de sang, sans laquelle il ne saurait se développer et à mesure qu'il se développe, il modifie la circulation cardiaque. Les veines pulmonaires approvisionnent donc déjà largement l'oreillette gauche, qui pourrait presque se passer du trou de Galien. Mais si, pendant la vie fœtale, les communications tendent à se fermer, pendant la vie extra-utérine, elles peuvent rester ouvertes... »

Les variations circulatoires sont intimement sous la dépendance des modifications anatomiques, faciles à mettre en évidence par les mensurations comparatives. Nous avons fait des recherches à ce sujet, et voici ce que nous avons trouvé (2) :

Avant la naissance, le diamètre du canal artériel, considéré d'après les moyennes, est égal, sinon supérieur, à celui des branches pulmonaires droite et gauche ; nos observations ne sont pas assez nombreuses pour que nous en voulions tirer des conclusions générales.

Au moment de la naissance. Le fait est très net chez les mort-nés, *le diamètre du canal artériel est toujours supérieur à celui des artères pulmonaires;* la différence se chiffre par 1, 2 et même 5 millimètres à l'avantage du canal artériel. Cet état se modifie rapidement, et déjà, au huitième jour, on peut voir toute l'ampliation qu'ont prise les branches pulmonaires; alors, en effet, que le diamètre du canal reste à peu près constant et oscille entre 3 et 4 millimètres, on voit celui des branches pulmonaires augmenter rapidement et atteindre :

5 millimètres à la fin du premier mois,
6 millimètres au cinquième mois,
8 millimètres au septième mois,
9 à 10 millimètres au vingtième mois.

C'est que les deux circulations, aortique et pulmonaire, se sont bien autonomisées, que le poumon reçoit une énorme quantité de sang qui doit s'artérialiser et être capable de subvenir aux besoins de la circulation générale.

Un autre point à considérer est le rôle bientôt prépondérant de l'aorte, dont le diamètre augmente et devient supérieur à celui de la pulmonaire.

Avant la naissance, le rapport est souvent inverse. Chez les mort-nés, les diamètres des deux vaisseaux sont sensiblement égaux. A la fin du premier mois, on voit l'aorte acquérir des dimensions plus considérables, qui se comptent vis-à-vis de la pulmonaire par des différences de 1, 2 et 3 millimètres — dans le diamètre — au profit de l'aorte. Ces différences ne font qu'augmenter à mesure qu'on observe des sujets plus âgés.

En résumé, dans l'état normal, on observe, après la naissance, une individualisation remarquable des systèmes aortique et pulmonaire qui se traduit :

1° Par l'oblitération du canal artériel;

2° Par l'accroissement rapide des branches pulmonaires;

3° Par l'augmentation du diamètre de l'aorte vis-à-vis du diamètre de la pulmonaire.

Oblitération du canal artériel. — Il nous faut rappeler succinctement les causes et le processus normal de l'oblitération pour essayer d'expliquer comment, l'une de ces causes étant modifiée, on observe la persistance du canal. Nous renvoyons à notre thèse pour l'étude complète de cette oblitération.

Les causes de l'oblitération appartiennent :

1° Au développement des organes thoraciques : élargissement de la cavité, rôle de la respiration, ampliation du poumon qui ont pour conséquences : une modification dans la situation topographique du canal artériel, son tiraillement et peut-être aussi son aplatissement [Voir les travaux de Schanx (1) et de Strassmann (2)].

2° Aux modifications histologiques du canal artériel lui-même : formation de plis longitudinaux suivant la tunique interne, affaiblissement des fibres élastiques qui perdent leur tonicité, épaississement des fibres circulaires de la tunique moyenne, accroissement et prolifération des éléments de la tunique interne, hypertrophie générale des tuniques du canal.

Nous rappelons simplement ces divers processus et sans y insister; dans aucune observation, en effet, n'est mentionnée la structure du canal dans les cas de persistance, et nous ne pouvons qu'émettre l'hypothèse que la succession histologique des phénomènes, qui ont l'occlusion pour terme, ne s'est pas effectuée.

Nous avons insisté sur ce point, parce qu'il nous semble dominer toute la pathogénie des malformations cardiaques simples. Du moment, en effet, qu'on admet que l'établissement de la respiration oblitère mécaniquement le canal artériel, avant toute prolifération de ses tuniques, nous devons trouver une première cause de persistance du canal dans certains troubles respiratoires observés à la naissance. Toutes les observations sont cependant muettes sur ce point.

Il faut, d'après Schanz, un certain nombre d'inspirations fortes pour tirailler le canal. Plus l'enfant respire fort, plus facilement le canal se ferme, et plus facilement disparaît le

(1) Duroziez. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1863, p. 269.

(2) G. Gérard. *Le canal artériel au point de vue anatomique (développement, situation, oblitération)*, Th. de Lille, 1897.

(1) F. Schanz. Ueber den mechanischen verschluss des Ductus arteriosus, *Arch. de physiol. de Pflüger*, 1889, p. 239-268.

(2) P. Strassmann. Untersuchungen ueber den Blufkreislauf beim Neugeboren, *Arch. f. Gynæk.*, 1894, Heft 3, p. 393.

pouls ombilical. Nous rapportons toute cette partie de son mémoire, qui n'a pas encore été traduit :

« Avant la fermeture du canal artériel, la colonne sanguine pour la moitié supérieure du corps reposait presque exclusivement sur le ventricule gauche; après sa fermeture, cette colonne sanguine est doublée, au point qu'elle ne peut plus être mue par la même force qu'auparavant. En conséquence, il y aura dans les artères une stase sanguine, qui se manifeste déjà chez le nouveau-né par une coloration spéciale de la peau; les extrémités inférieures sont cyanosées, le reste du corps présente une coloration rouge, moins claire que lorsque les capillaires sont dilatés, et se rapprochant plutôt au bleu. Cette stase s'étend jusqu'au cœur gauche qui s'hypertrophie. Ces données correspondent aux recherches faites au lit du malade sur l'hypertrophie de l'un ou l'autre ventricule... Je crois que, par l'augmentation du territoire à irriguer, la colonne sanguine retentit sur le ventricule gauche, dont elle augmente le travail et cause l'hypertrophie... La respiration est-elle défectueuse chez les nouveau-nés, la traction sera faible à l'extrémité libre du canal; celui-ci aura moins de chances pour se rétrécir et la circulation pulmonaire se développera mal. La respiration est-elle forte, au contraire, le canal se fermera; mais si, pour une cause quelconque, la respiration redevient défectueuse, le canal se rouvrira légèrement, laissera à nouveau passer une partie du courant sanguin et la circulation pulmonaire en souffrira. Il en résulte clairement l'existence de rapports entre le cours de la respiration, la fermeture du canal et le développement de la circulation pulmonaire. »

On peut donc, d'une manière générale, admettre d'abord que la persistance du canal artériel est le résultat de troubles circulatoires qui ont entraîné des modifications profondes et durables dans la physiologie du cœur et des poumons. (*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Modifications des toxines introduites dans le tube digestif (1).

Par MM. Charrin et Levaditi.

On sait depuis longtemps que certaines toxines, très actives quand on les introduit dans le sang ou sous la peau, perdent la plus grande partie de leur action lorsqu'on les fait pénétrer par la voie digestive; l'un de nous a jadis insisté sur cette donnée, à savoir qu'on réussit plus aisément à créer une entérite, en injectant les produits bactériens dans les vaisseaux périphériques, qu'en faisant ingérer ces mêmes produits à des doses infiniment plus considérables.

De divers côtés, on a cherché les raisons de cette sorte d'immunité de l'appareil gastro-intestinal. Pour Ransom (2), le mécanisme est simple : s'il s'agit, par exemple, de la toxine tétanique, cette toxine s'élimine inaltérée par les fèces, sans absorption.

A coup sûr, une partie des principes administrés, partie du reste variable en rapport avec la dose, etc., peut s'échapper à l'extérieur. Toutefois, il est difficile d'affirmer qu'on retrouve exactement tout ce qu'on a introduit; le procédé d'appréciation utilisé par Ransom consiste à faire naître le tétanos, en injectant des dilutions de matières fécales.

Comment mesurer avec précision, en l'absence de poids ou de volume, d'autant plus que la susceptibilité de l'animal, qui reçoit en outre des poisons intestinaux, est dans ces conditions plus ou moins augmentée?

Les phénomènes nous semblent d'une nature plus complexe.

Vers le dernier tiers de l'intestin d'un cobaye, on dépose, dans une anse de 0m30 à 0m40 de longueur, liée aux deux bouts, de 3cc à 5cc de toxine tétanique, dose plusieurs fois mortelle, bien que cette toxine soit douée d'une activité modérée. On ferme ensuite l'abdomen, après avoir rentré cette anse, choisie sensiblement vide ou parfois évacuée par une douce pression.

Si, de nouveau, on met à découvert le segment intestinal utilisé, après un délai de quinze à vingt heures, on constate, dans la majorité des cas, que le volume du contenu, mesuré avec précision, a diminué; il nous est arrivé quelquefois de ne plus rencontrer que des matières solides.

Dans ces conditions, on ramène ce contenu au volume initial, soit 3cc à 5cc, à l'aide de l'eau stérilisée; on filtre à la bougie; on reconnaît que le liquide filtré a perdu, sinon totalement, au moins en partie, son pouvoir tétanigène.

Cette seconde filtration, que rendent nécessaire les accidents septiques (l'emploi de l'appareil centrifuge ne suffit pas toujours), ne peut être invoquée comme cause de modification. On sait, en effet, par les travaux de Martin et Cherry (1), que ces toxines franchissent sans changement des filtres même gélatinés; d'autre part, nous avons eu soin de refiltrer aussi la toxine servant aux injections des témoins; parfois même, immédiatement avant cette deuxième filtration, nous l'avons additionnée d'un peu de mucus intestinal (2cc à 3cc) pour identifier les conditions : cette toxine a conservé son activité.

La lenteur d'absorption ne saurait, de son côté, expliquer à elle seule l'innocuité de ces injections-ingestions de toxines; pour le prouver, il suffit d'administrer au cobaye, par voie sous-cutanée, la dose mortelle répartie en plusieurs fractions dans un espace de quinze à vingt heures : on fait ainsi éclater les accidents caractéristiques.

Les résultats positifs des injections intra-portales éliminent l'intervention de la défense hépatique, dont le rôle est, en tout cas, des plus secondaires (2).

D'autre part, si l'on ne retrouve pas dans l'anse la totalité de la substance introduite, on ne saurait expliquer la perte par un simple passage dans la circulation; on enregistrerait alors ou les accidents classiques, ou les caractères de l'immunité; on n'observe ni les uns, ni les autres, au moins pour le tétanos.

En nous basant sur les recherches de Charrin et Mangin, surtout sur celles plus complètes de Metchnikoff (3), nous pensons qu'on est en droit de faire intervenir l'action des bactéries intestinales, puisqu'en vivant au contact d'une toxine, ces bactéries altèrent ses propriétés pathogènes.

Nous estimons aussi que l'influence des sécrétions digestives ne saurait être indifférente [travaux de Charrin et

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) F. Ransom. Das Schicksal des Tetanusgiftes nach seiner intestinalen Einverleibung in den Meerschweinorganismus, *Deuts. med. Wochens.*, 1898, n° 8.

(1) Martin et Cherry. Nature de l'antagonisme entre la toxine et l'antitoxine, *Brit. med. Journ.*, 15 oct. 1898.

(2) Voir Charrin et Cassin. Expériences, Soc. de biol., déc. 1896.

(3) Soc. de biol., 1897.

Lefèvre (1), de Nencki, Sieber et Schoumow-Siemanowski (2)].

D'autres causes, à coup sûr, doivent entrer en jeu, quand on songe tant à la fragilité des toxines qu'à la multiplicité des agents qu'elles rencontrent dans l'intestin; nous ne pouvons, dans une simple note, les indiquer complètement.

De même, nous ne pouvons signaler toutes les différences enregistrées suivant le choix des toxines; avec quelques-unes on parvient, en usant de la voie digestive, à augmenter la résistance de l'animal; avec d'autres, on échoue complètement.

Ces résultats sont également soumis à des variations en rapport avec les divers segments de l'appareil digestif; c'est ainsi, en particulier, que le volume du liquide s'accroît habituellement dans l'anse liée chez le cobaye, quand cette anse est au voisinage de l'estomac. Chez le chien, ces différences sont peu sensibles; néanmoins, il semble que, chez quelques espèces, la quantité d'eau est beaucoup plus abondante, en partie sans doute par suite de la sécrétion biliaire dans les premières portions de l'intestin grêle, c'est-à-dire là où l'activité des métamorphoses, comme la nécessité des dilutions, rendent ce liquide plus indispensable.

L'intervention de la bile, celle du suc gastrique ou pancréatique, font naturellement varier encore les résultats obtenus.

Nous ne pouvons évidemment développer ici chacun de ces points, nous bornant, dans la présente note, à établir la réalité des modifications que subissent certaines toxines déposées dans l'intestin, au point de vue de l'atténuation de leur activité fonctionnelle.

DE LA PÉRITONITE BLENNORRAGIQUE CHEZ LA PETITE FILLE

Par M. le docteur Maurice Rousseau.

La vulvo-vaginite blennorragique, très fréquente chez la petite fille, peut se compliquer, assez rarement il est vrai, de péritonite. L'infection suit la voie ascendante, passant du vagin à l'utérus; de l'utérus aux trompes; des trompes au péritoine. Elle se fait par continuité des muqueuses.

Cliniquement, cette péritonite s'offre à nous sous trois formes principales : 1° généralisée aiguë : grave ou bénigne; 2° localisée; 3° chronique.

Les symptômes principaux des deux premières formes sont les suivants : douleurs abdominales spontanées et à la pression; météorisme; vomissements alimentaires, bilieux et porracés; diarrhée ou constipation; température élevée; pouls petit et fréquent; aspect péritonéal.

Ils sont violents dans la péritonite généralisée grave; moins intenses dans la péritonite localisée, qui se caractérise surtout par une douleur plus limitée. Dans la forme généralisée aiguë bénigne, il y a plutôt phénomènes de péritonisme que péritonite véritable.

Les symptômes de la forme chronique passent inaperçus de la malade ou de son entourage. Les symptômes de la péritonite blennorragique sont communs à d'autres variétés de péritonite. La présence d'une vulvo-vaginite blennorragique est un signe probable; la découverte de gonocoques dans l'exsudat péritonéal est un signe certain de péritonite blennorragique.

Le pronostic, grave dans la péritonite généralisée aiguë grave, bénin dans les autres formes, est toujours sérieux. Si la guérison survient, il peut y avoir oblitération des trompes et stérilité consécutive. La dissociation du pouls et de la température est d'un pronostic fâcheux.

Le traitement sera : 1° Prophylactique. — Il faut prévenir la vulvo-vaginite; la traiter, si elle est déclarée, par des lavages au permanganate de potasse à 1 p. 1000;

2° Curatif : *a*. Médical. — Si, la péritonite évoluant, le pouls est bon. Au début on agit par les antiphlogistiques (sangsues, cataplasmes laudanisés, glace sur le ventre). L'opium est ensuite indiqué : il calme la douleur et immobilise l'intestin. La diète doit être presque absolue; on permettra un peu de lait ou de bouillon, des boissons acidulées et glacées, du champagne.

b. Chirurgical. — Dès que le pouls devient trop fréquent, c'est à la laparotomie médiane qu'il faudra recourir en : 1° opérant vite pour éviter le shock; 2° se servant de serviettes aseptiques chaudes et sèches, pour ne pas refroidir la masse intestinale. Plus l'intervention sera précoce, plus elle aura des chances de succès (Thèse de Bordeaux).

TRAITEMENT DES NÉVROSES DE L'ESTOMAC

Par le docteur Johann Hirschkron (de Vienne, Autriche).

On sait que les névroses de l'estomac comprennent une bonne part des maladies de cet organe. Au XVIIe siècle on décrivait une dyspepsie essentielle, qui n'était autre que la dyspepsie nerveuse de nos jours et que les médecins de l'époque opposaient à la dyspepsie matérielle ou symptomatique.

Mon maître, le professeur Rosenthal, avait conservé la classification d'Oser : névroses de la sensibilité, névroses de la motilité et névroses des sécrétions.

Les névroses de la motilité se divisaient en hyperkinésies et hypokinésies.

Parmi les kyperkinésies on peut ranger les mouvements incessants péristaltiques et antipéristaltiques de l'estomac, les vomissements nerveux et les crampes gastriques; parmi les hypokinésies, l'atonie de l'estomac, l'insuffisance fonctionnelle du cardia et du pylore.

J'ai traité, pendant ces dix dernières années, une dame hystérique chez laquelle on peut voir nettement les mouvements de l'estomac, parfois même les sentir. Ces mouvements péristaltiques de l'estomac ne la dérangent guère. Depuis quelques années les intestins se sont mis de la partie et produisent des bruits qu'on peut entendre à distance. Les mouvements et les bruits s'exagèrent à l'occasion d'une émotion quelconque.

Tant que les mouvements demeurent péristaltiques, les patients n'ont pas lieu de s'inquiéter pour leur santé. Il n'en est plus de même quand les mouvements sont antipéristaltiques, car surviennent alors des vomissements qui amènent un amaigrissement rapide.

On a écrit peu de chose sur les mouvements antipéristaltiques de l'estomac, dont je n'ai rencontré qu'un seul cas, et encore la malade quitta Vienne aussitôt qu'elle nous eut consultés, le professeur Rosenthal et moi.

Oser attribue les éructations nerveuses, que présentent les sujets hystériques ou nerveux, à une sorte de déglutition ou d'aspiration de l'air atmosphérique par l'estomac. Ces éructations arrivent souvent à un tel degré qu'il est impossible de rester auprès du patient.

(1) Soc. de biol., 1898.

(2) *Centralbl. f. Bakt.*, Bd XXIII. — Ces auteurs ont beaucoup développé la question.

Les vomissements nerveux se rencontrent dans la neurasthénie, l'hystérie, l'anémie cérébrale, la rétroflexion utérine, le mal de mer et le tabes. Dans ces cas, le passage d'un état de santé parfaite à un sentiment de malaise extrême est un signe diagnostique de la plus haute importance. L'appétit est également variable, parfois normal, parfois capricieux, parfois même augmenté. Particularité remarquable : l'état de la nutrition reste à peu près stationnaire.

L'atonie de l'estomac est généralement la conséquence d'un épuisement rapide des centres moteurs de cet organe. On désigne parfois cet état sous le nom de dyspepsie nerveuse. Après la première bouchée d'aliments les malades éprouvent une sensation pénible de réplétion de l'estomac, accompagnée d'éructations. Ils perdent vite de leur poids, deviennent irritables, hypocondriaques, incapables de tout travail intellectuel ou physique. Le sommeil est mauvais ou nul.

L'insuffisance fonctionnelle du cardia se traduit par des éructations ou une régurgitation des aliments qui doivent subir une nouvelle déglutition pour rentrer dans l'estomac. C'est le phénomène de la rumination ou méricisme. Les vomissements surviennent aussi quelquefois.

Une hystérique de ma clientèle était dans ce cas. Fatiguée de ces régurgitations continuelles, elle prenait aussi peu de nourriture que possible, aux dépens d'ailleurs de sa santé générale. Elle guérit, mais neuf ans après elle eut une rechute.

Le pylore peut aussi perdre sa propriété contractile par suite de troubles de l'innervation. Son insuffisance peut être mise en évidence par l'épreuve bien connue d'Ebstein, qui consiste à distendre l'estomac au moyen de l'acide carbonique. Si le pylore fonctionne bien, l'estomac gonfle ; s'il ne peut se fermer, le gaz passe dans l'intestin et l'estomac reprend son volume normal.

Parmi les névroses de la sensibilité, la cardialgie tient le premier rang. Les spasmes de l'estomac apparaissent sous la forme d'accès paroxystiques avec intervalles de calme parfait. La gastralgie se rencontre dans le tabes, la sclérose en plaques, l'hystérie, la neurasthénie, la chlorose, l'ulcère, le carcinome et les cicatrices de l'estomac, la hernie de la ligne blanche, les névroses du plexus solaire, les affections de l'aorte abdominale, la masturbation, l'ébriété, les maladies infectieuses. Elle constitue un symptôme constant dans l'intoxication par le tabac et par le plomb, la malaria, la tuberculose, la maladie d'Addison et la goutte.

Rosenthal a désigné sous le nom d'anorexie nerveuse une absence à peu près complète d'appétit. Chez les chlorotiques et les femmes enceintes on rencontre un trouble analogue (pica ou malacia), la parorexie, dans lequel les malades ont souvent un goût dépravé pour d'étranges aliments : la craie, le riz cru, le vinaigre, etc.

L'hyperorexie ou boulimie est un état de malaise général et de faiblesse, accompagné de tremblement des jambes et d'un appétit vorace qui, s'il n'est pas satisfait à l'instant, peut amener la syncope. J'ai souvenir d'un malade, qui au moment de cette fringale, mangeait au moins vingt petits pains. Un autre, dont les attaques survenaient la nuit, avait soin, en se mettant au lit, de se garder quelques aliments en réserve. Quelques tasses de chocolat lui suffisaient d'ordinaire ; mais en plusieurs occasions il dévorait près d'un kilogramme de roastbeef arrosé de quelques bouteilles de bière. Ce malade était neurasthénique et souffrit plus tard d'une phobie des nombres. Il avait peur de toutes sortes de chiffres et de nombres ; on n'en pouvait parler en sa présence et il en vint à faire couvrir les cadrans de toutes ses pendules pour n'avoir plus la vue d'un seul chiffre.

Rossbach a décrit un syndrome complexe qu'il a appelé « gastroxynsis ». Il consiste en un mal de tête violent, un goût et une sensation d'acidité marquée dans la bouche, des nausées et des vomissements fréquents, les matières vomies contenant beaucoup d'acide hydrochlorique.

D'autre part, il y a quelques maladies nerveuses de l'estomac dans lesquelles l'acide chlorhydrique fait entièrement défaut.

Dans le traitement des maladies nerveuses de l'estomac, le médecin doit rechercher la *cause nocive* et diriger le traitement en conséquence. S'il existe de l'anémie, je recommande vivement l'eau de Roncegno, qui m'a donné d'excellents résultats. Le malade garde son appétit, l'eau est facilement digérée et le poids du corps augmente rapidement.

Plus difficile est le traitement quand l'ensemble du système nerveux est malade. Il existe un grand nombre de remèdes parmi lesquels Ewald a signalé particulièrement le chloral et l'opium, Rosenthal les préparations bromurées. Le chloral et les bromures calment l'hyperesthésie de l'estomac et l'opium les irritations intestinales. Parmi les laxatifs salins, je préfère l'eau amère de Saxlehner. Carlsbad, Marienbad et Kissingen ne sont pas à recommander aux estomacs nerveux. La cocaïne à l'intérieur a donné quelques succès. Oser vante l'atropine comme un narcotique particulièrement efficace. J'ai moi-même employé avec succès l'atropine ou l'extrait de belladone isolément, ou ce dernier associé aux bromures. Pourtant j'attache encore plus d'importance aux exercices gymnastiques, à l'hydrothérapie (douche de Schott), à un bon régime, à une vie régulière et tranquille. Boas vante beaucoup le changement de climat.

Nous possédons deux stations très efficaces, Saint-Moritz en Suisse et Abbazia, particulièrement cette dernière qui rend de grands services en raison de son climat méridional. Ischl mérite également une mention.

On doit accorder une attention spéciale à la dyspepsie nerveuse. L'air frais à profusion, l'exercice musculaire et le massage, un bon sommeil tranquille et des selles régulières constituent le meilleur traitement. Par-dessus tout il faut combattre l'hyperesthésie de l'estomac. Les préparations bromurées rendent ici d'excellents services, comme le chloral et le Bromidia ; ce dernier est un remède très efficace parce qu'il renferme le chloral recommandé par Ewald aussi bien que le bromure recommandé par Rosenthal. J'ai aussi donné le Bromidia avec beaucoup de succès dans les cas de céphalalgie, aussi bien que dans toutes les névralgies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1899. — Présidence de M. PANAS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. FERRAND désire surtout appeler l'attention sur deux points particuliers : 1° la multiplicité et la diversité des états pathologiques que l'on comprend sous le nom d'appendicite ; 2° l'importance du traitement médical. A ce dernier point de vue, M. Ferrand déclare ne pas partager l'avis exprimé par M. Dieulafoy. Il rappelle la protestation qu'a déjà présentée, à ce sujet, M. Dumontpallier et il veut s'efforcer après lui de dégager l'honneur thérapeutique médical.

Toutes les appendicites ne se terminent pas par suppuration ou par péritonite. La pathologie de l'appendicite se rapproche beaucoup de la pathologie de la hernie. Il en est des accidents appendiculaires comme des accidents herniaires. Parmi ces divers et nombreux états appendiculaires, il en est qui sont parfaitement justiciables d'un traitement médical. Parmi les moyens employés pour ce traitement, il en est deux sur lesquels insiste plus particu-

lièrement M. Ferrand, et c'est l'opium et les purgatifs. Il considère l'opium comme étant beaucoup plus souvent dangereux qu'utile dans les cas d'appendicite. Tout au plus est-il indiqué dans la péritonite. Mais en présence d'une appendicite il ne répond à aucune indication. Bien au contraire, il peut être extrêmement dangereux en paralysant l'intestin et en enfermant le loup dans la bergerie. La seule indication qu'il pourrait remplir, ce serait de calmer les douleurs, mais M. Ferrand lui préfère de beaucoup la belladone, qui n'a aucun des inconvénients de l'opium et qui a, au contraire, l'avantage de favoriser les sécrétions intestinales et de faciliter les évacuations. Elle est donc, à la fois, analgésique et évacuante.

Quant aux purgatifs, M. Ferrand, avec M. Lucas-Championnière, les trouve formellement indiqués dans l'appendicite. Il n'a eu qu'à se louer de leur emploi, tant pour combattre les crises d'appendicite que pour en empêcher le retour. Il importe d'administrer un purgatif avant toute manifestation péritonitique. Dans le choix des purgatifs, il faut éliminer les drastiques, et recourir aux purgatifs doux. C'est là le meilleur moyen d'assurer, autant que possible, l'asepsie intestinale. C'est au calomel que M. Ferrand donne la préférence.

Il est bien entendu que le même traitement ne saurait convenir à toutes les variétés d'appendicite. M. Ferrand n'a guère vu mourir d'appendicite et il en a vu beaucoup guérir. Il cite plusieurs exemples de guérison sans opération. En résumé, il pense, avec MM. Ricard et Reynier, qu'il ne faut pas se confiner dans des formules étroites en matière de traitement des accidents appendiculaires et que chaque cas comporte des indications particulières. M. Ferrand s'associe donc aux réserves qui ont été formulées à la Société de chirurgie et il termine ainsi :

S'il y a persistance d'un foyer morbide ou retour d'accidents d'obstruction et de douleur, l'intervention est indiquée. Mais ces accidents seront d'autant plus rares que l'intervention médicale aura été plus active et plus méthodique, qu'elle se sera inspirée des règles qu'il vient de rappeler.

M. **PINARD** tient à rester sur le terrain qu'il connaît bien, c'est-à-dire sur les rapports de l'appendicite avec la grossesse. Il rappelle la communication qu'il a faite, le 22 mars dernier, sur les rapports de l'appendicite avec la puerpéralité. Aujourd'hui il n'envisage que les rapports de l'appendicite avec une seule phase de la puerpéralité, c'est-à-dire la grossesse.

On aurait tort de croire que les accidents appendiculaires sont chose rare chez les femmes enceintes. Depuis un an, il a eu l'occasion d'observer trois cas d'appendicite dans ces conditions. Il tient donc à proclamer que les femmes enceintes peuvent être assez fréquemment atteintes d'appendicites. Il pourrait rapporter les observations de deux belles jeunes femmes qui seraient certainement mortes si elles n'avaient pas été opérées. Ces deux jeunes femmes sont guéries grâce à l'intervention chirurgicale. Deux autres sont mortes avec le ventre rempli de pus, parce que le diagnostic d'appendicite a été porté trop tard, et parce qu'elles n'ont pas été opérées. L'importance de ces faits n'échappera à personne, et M. Pinard déclare se rallier complètement à l'opinion émise par M. Dieulafoy. Il adopte franchement cette formule, à savoir qu'aussitôt le diagnostic d'appendicite posé, il faut opérer toujours et le plus vite possible, même en cas de grossesse. Que peut-on objecter à l'intervention chirurgicale? Qui peut dire que cette appendicite restera catarrhale, ne suppurera pas, n'entraînera pas une péritonite? Qui peut dire qu'il se formera ou non un abcès? que cet abcès s'enkystera? M. Pinard ne se reconnaît aucunement le droit de porter un pronostic dans un sens ou dans l'autre, et à ceux qui disent que le temps apportera la lumière, il répond que ce sera peut-être la lumière funèbre. Sans doute, quelques femmes atteintes d'appendicite peuvent mener leur grossesse à terme, mais elles ne sont pas guéries de leur appendicite, et il faut bien savoir que presque toutes en meurent.

Voyons maintenant le bilan de l'opération faite dans tous les cas : les femmes enceintes opérées guérissent presque toutes ; elles avortent presque toujours, mais l'enfant est mort intoxiqué ou infecté.

M. Pinard se rallie donc entièrement aux avis exprimés par MM. Reclus et Dieulafoy, et il professe que toute appendicite diagnostiquée au cours d'une grossesse commande l'intervention chirurgicale. Il faut préparer le corps médical et les familles à cette idée, et c'est pourquoi M. Pinard tient à faire cette déclaration à la tribune de l'Académie.

Que s'est-il passé dans le cas rapporté par M. Dieulafoy? Il s'agissait d'une parente de M. Pinard; malgré cette parenté, la famille l'honore de sa confiance. Il diagnostique l'appendicite le jeudi soir et parle tout de suite d'opération. On n'en veut pas entendre parler. Le vendredi, il demande en consultation M. Dieulafoy qui ne peut venir que le samedi matin. A M. Dieulafoy on adjoint M. Segond. Tous deux conseillent l'opération immédiate, mais ce ne sont ni M. Pinard, ni M. Dieulafoy, ni M. Segond qui décident la famille à accepter l'opération, c'est le père de la jeune femme qui a connu une jeune fille qui est morte récemment d'appendicite, parce que la famille a refusé toute intervention chirurgicale. M. Segond opère donc cette jeune femme et elle est parfaitement guérie.

L'important en cette matière, c'est de faire le diagnostic aussi tôt que possible. Or, dans la pluralité des cas, le diagnostic d'appendicite au cours d'une grossesse ne présente pas de grandes difficultés. Elle peut débuter de deux façons, ou comme une indigestion, ou comme une obstruction intestinale. Mais après bien peu de temps, il devient facile de faire le diagnostic différentiel, l'indigestion ne durant que quelques heures et l'obstruction intestinale donnant lieu à des symptômes spéciaux.

M. Pinard termine par les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic de l'appendicite pendant la grossesse est généralement facile.

2° Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 février 1899, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe : M. le docteur Vincent, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Lombard, admis à la retraite.

— *Hôpitaux de Poitiers.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : Internes titulaires : MM. Fischer et Mabit. — Interne provisoire : M. Soullard.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de : MM. 1 Berton, Gaillaud et Kauffmann *ex æquo* ; 2 Barberousse ; 3 Brillaud ; 4 Rousseau ; 5 Millet ; 6 Lecointre ; 7 Gaillard ; 8 Lecomte ; 9 Barbarin ; 10 Barreau.

— *Conférence d'externat.* — MM. G. Dambrin, L. Delherm, H. Géraud, L.-G. Simon, internes en médecine des hôpitaux, commenceront le vendredi 17 février, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), une conférence d'externat, et la continueront les vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 21. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 18 FÉVRIER 1899. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numero : 20 c. — **Avec Supplément : 30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

Des arthropathies syphilitiques.

Par M. Léon IMBERT,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

L'infection syphilitique peut atteindre les articulations. Ce fait, longtemps contesté, est actuellement admis d'une façon à peu près générale, et paraît solidement démontré; mais la certitude ne va guère au delà et les difficultés commencent lorsqu'il s'agit, dans un cas déterminé d'arthropathie, d'affirmer ou de nier la syphilis, c'est que nous ne possédons aucun moyen sûr d'affirmer l'origine syphilitique d'une lésion quelconque. Nous en sommes, en ce qui concerne la syphilis, au point où nous en étions pour la tuberculose avant Villemin et Koch. Sans doute, on affirmait la nature tuberculeuse de certaines arthrites; mais il a fallu l'inoculation aux animaux d'une part, la recherche du bacille pathogène d'autre part, pour établir sur des bases sûres l'étude de la tuberculose articulaire. Or, l'un et l'autre moyen nous manquent pour étudier la syphilis : nous n'avons guère qu'un procédé pour la reconnaître avec quelque certitude, c'est de soumettre le malade au traitement spécifique : encore ce moyen n'est-il pas exempt d'objections; il ne donne aucun résultat, du reste, en cas de lésions profondes de nécrose.

On devine donc, d'après ces seules considérations et dès le début de ce travail, combien d'obscurités, combien de difficultés nous rencontrerons au cours de notre étude. J'essaierai, cependant, de dégager de toutes ces incertitudes les quelques notions que l'on peut considérer comme acquises.

II

HISTORIQUE. — C'est presque à l'origine de la vérole que date la première mention des arthropathies syphilitiques. Pierre le Martyr en parlait en 1488, et Ambroise Paré disait que les malades atteints de la vérole ressentent des douleurs aux jointures, aux épaules, à la tête. Il est possible, avec un peu de bonne volonté, de reconnaître, dans cette description un peu sommaire, des lésions articulaires dépendant de la syphilis.

Le premier travail véritablement important sur la question est celui de Richet, sur les tumeurs blanches syphilitiques; il parut en 1853, dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*. Il fut combattu par Ricord, qui niait l'existence de cette variété de tumeurs blanches, et soutenu par Panas, dans son article du *Dictionnaire Jaccoud*.

Depuis, les travaux sur la question sont devenus très nombreux et je citerai seulement parmi les plus importants de ceux indiqués dans l'Index bibliographique qui accompagne cette étude, la thèse de Méricamp en 1882; l'article consacré à cette question par Gangolphe, dans son *Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os*; l'article de Kirmisson et Jacobson, consacré aux arthropathies de la syphilis héréditaire et inséré dans la *Revue d'orthopédie*, 1897, etc.

En parcourant les nombreux travaux consacrés à la syphilis articulaire, on ne tarde pas à reconnaître que leurs auteurs ont consacré leur étude à deux catégories bien distinctes de lésions. Tantôt il s'agit de lésions fluxionnelles ou inflammatoires, que l'on peut rattacher à la roséole et aux manifestations secondaires de la roséole; elles ont été étudiées surtout par les syphiligraphes et les médecins; tantôt il s'agit de lésions destructives, réclamant parfois une thérapeutique chirurgicale et étudiées par les chirurgiens Panas, Ollier, Lannelongue, Gangolphe, etc. Or, c'est surtout cette dernière catégorie de lésions que l'on a discutée, et c'est à son sujet que s'est produite une confusion portant, comme j'espère le montrer, moins sur la chose que sur le mot.

Richet, désirant surtout frapper l'attention de ses contemporains et fixer par un terme imagé une lésion nouvelle, avait prononcé le mot de tumeur blanche syphilitique. C'est ce mot qui a été discuté pendant de longues années, les uns affirmant, les autres niant l'existence de l'affection nouvelle. Or, actuellement, il y a là un abus de langage évident; le mot tumeur blanche étant réservé aux lésions tuberculeuses; mais à l'époque où écrivait Richet, les choses étaient moins claires; on entendait par tumeur blanche des lésions articulaires d'aspect spécial, dont la caractéristique principale était la présence de fongosités; c'est donc dans ce sens qu'il faut prendre le mot de Richet;

or, il est incontestable que, envisagée ainsi, la tumeur blanche syphilitique n'existe pas; il n'y a pas d'arthropathie avec fongosités dépendantes de la vérole; mais cela ne signifie certes pas que la syphilis articulaire n'existe pas. Elle existe anatomiquement et cliniquement et, cette équivoque dissipée, on peut la classer, comme je l'ai dit tout à l'heure, sous deux titres :

1° Les lésions fluxionnelles et inflammatoires qui se subdivisent, sur le type de l'arthropathie blennorragique en arthralgie, hydarthrose et arthrite subaiguë.

2° Les lésions gommeuses que je diviserai provisoirement en synoviales et osseuses.

3° Enfin, il y a place naturellement pour une troisième variété : les arthropathies syphilitiques héréditaires dont l'étude a été faite plus particulièrement en 1897, par Kirmisson et Jacobson.

On pourrait désirer une classification plus adéquate à la nosologie générale de la syphilis, et diviser les arthropathies en secondaires et tertiaires; sans doute, les lésions du premier groupe se montrent généralement à la période secondaire et celles du second dans la phase tertiaire. Mais ceci n'est pas absolu, comme j'aurai l'occasion de le dire plus loin. Cependant, pour la commodité de la description et malgré l'impropriété de termes, j'emploierai les expressions d'arthropathie secondaire et arthropathie tertiaire en les assimilant aux altérations des premier et deuxième groupes; mais je répète qu'il ne faut pas chercher là une analogie parfaite.

III

Étiologie. — Elle comporte peu d'indications intéressantes.

Les arthropathies syphilitiques constituent, en somme, une lésion rare; dans une enquête sommaire que j'ai faite, il y a quelques mois, à l'hôpital Saint-Louis, je n'en ai trouvé aucun exemple, ni dans les services de médecine ni dans ceux de chirurgie; et j'en ai trouvé un seul moulage dans le Musée du même hôpital.

Les hommes sont atteints aussi fréquemment que les femmes.

Il semble qu'il existe à ce sujet une certaine prédisposition chez quelques malades. Defontaine dit que souvent les lésions graves surviennent chez les individus qui ont souffert des formes légères.

Les arthropathies secondaires frappent, sans distinction, les grandes et les petites articulations, du genou à la sterno-claviculaire; les tertiaires paraissent, au contraire, avoir une prédilection assez marquée pour les grandes, surtout le genou.

Généralement les lésions gommeuses n'atteignent qu'une seule articulation; celles du premier groupe, au contraire, sont fréquemment polyarticulaires.

Enfin, souvent on trouve, chez les mêmes malades, d'autres manifestations de la syphilis, osseuses surtout.

IV

Anatomie pathologique. — Elle est assez mal connue sur bien des points, faute d'autopsie.

Cornil et Ranvier, pendant le choléra de 1865-66, eurent l'occasion d'examiner des os d'individus morts en puissance d'infection secondaire. Ils constatèrent l'existence d'une ostéite caractérisée par un état fœtal et gélatiniforme de la moelle enflammée. C'est encore actuellement la seule notion que nous possédions sur les formes les plus légères de la syphilis osseuse.

Sur l'hydarthrose, nous n'avons que des indications cliniques; on a noté l'existence d'épaississements localisés ou généralisés, quelquefois disposés en série le long de la rotule; s'agit-il de gommes, ou d'indurations fibreuses, de synovites ou d'inflammation du tissu sous-synovial?

Nous ne connaissons rien des lésions de l'arthrite aiguë et subaiguë.

On voit à quoi se bornent nos connaissances sur les arthropathies secondaires. Elles sont beaucoup plus complètes sur les formes tertiaires. Il s'agit ici de lésions gommeuses siégeant au niveau de la région articulaire.

Ici, comme pour la tuberculose, il y a un premier point à résoudre : Quel est le siège primitif de la gomme? cartilage, synoviale ou tissu osseux? Il est très vraisemblable que l'origine osseuse est la plus fréquente; mais existe-t-elle seule et la syphilis ne peut-elle débuter par la synoviale ou le cartilage? Il existe à ce sujet une autopsie célèbre de Lancereaux, qui découvrit une gomme du tissu cellulaire ayant ouvert secondairement l'articulation; la lésion primitive pourrait donc être sinon synoviale, au moins sous-synoviale. Cependant, Gangolphe repousse cette observation, parce que Lancereaux n'a pas ouvert l'os, ce qui est évidemment un reproche grave. Mais il est facile de trouver d'autres faits du même genre et ne prêtant pas à discussion, dans la thèse de Gelma inspirée par Lannelongue. D'autre part, les faits cliniques ne sont pas rares, dans lesquels on note l'existence de plaques de blindage, de gommes sous-synoviales ouvertes principalement à l'extérieur, mais parfois aussi dans l'articulation.

En somme, on doit admettre l'origine osseuse fréquente, le début synovial possible.

Quant au début par le cartilage articulaire, il a été défendu par Virchow, M. Schuller, Gien, mais il n'est pas encore démontré.

Les gommes osseuses sont admises par tous les auteurs. On en trouvera une bonne description dans le livre de Gangolphe.

Quel est le point de départ de la lésion? Il est toujours difficile de le dire : le périoste, dit Defontaine; la région juxta-épiphysaire, dit Lannelongue; cette dernière origine est la plus probable.

Dans un premier stade, période de début, l'os augmente de volume et l'on voit, à la coupe, un noyau gélatineux, avec, au centre, quelques points de nécrose caséeuse jaunâtre et des petits fragments osseux que l'ostéite raréfiante tend à isoler du corps de l'os. Tout autour de cette lésion centrale se produit un tissu de réaction qui constitue une barrière ostéo-fibreuse. Le cartilage est intact et l'articulation indemne par conséquent.

Au cours de la deuxième phase, dite période d'état, le cartilage articulaire est progressivement usé et perforé; la jointure est ouverte, par conséquent, et communique directement avec la lésion. Il se produit un épanchement articulaire louche, ayant quelquefois le caractère séro-purulent. Mais il n'y a ni masses caséeuses ni fongosités; il ne s'agit donc, en aucun cas, d'une arthrite fongueuse, analogue à celles que l'on appelait autrefois tumeurs blanches.

La dernière période de cicatrisation est marquée par la réparation des lésions précédentes. L'os ne se régénère pas,

bien entendu, et il en résulte que les extrémités osseuses demeurent écrasées et déformées ; le cartilage articulaire, mêlé de tissu fibreux, présente des lignes de cicatrices irrégulières qui le coupent de tous côtés, si bien que son aspect rappelle, a-t-on dit, celui du foie des cirrhoses atrophiques ; les ligaments sont épaissis, rétractés, indurés. Il résulte de toutes ces lésions que les fonctions articulaires peuvent demeurer gravement compromises.

Histologiquement, ces différentes lésions ne présentent aucun intérêt ; on trouve ici, comme ailleurs, une trame fibrillaire, fibreuse par place, semée de petits éléments cellulaires, dont la désintégration granulo-graisseuse aboutit à la formation du tissu gommeux.

V

Symptômes. — *Arthralgie.* — C'est une forme à symptomatologie vague, mal connue et confondue souvent avec d'autres douleurs. Elle serait assez fréquente, puisqu'elle existerait, d'après Voisin, chez 1/15 de syphilitiques. Il est probable qu'elle a été confondue bien des fois avec les douleurs de la période tertiaire. Mais l'arthralgie type se produit à la période secondaire et, quelquefois même, avant la roséole.

Le malade se plaint de douleurs ayant le caractère ostéocope, se produisant la nuit, le matin au réveil, dissipées par l'exercice, accrues par la fatigue. Elles affectent souvent plusieurs articulations et leur pronostic est bénin.

Leur diagnostic repose avant tout sur la présence d'autres signes de syphilis ; on peut même dire que c'est là, avec le traitement spécifique, le seul moyen de les reconnaître. Je ne parlerai pas des douleurs de l'ostéomyélite, de celles du pseudo-rhumatisme. Il s'agit là, d'ordinaire, de lésions à allure aiguë, fébrile et d'aspect assez caractéristique. Il est plus difficile de différencier l'arthralgie syphilitique des douleurs de la tuberculose osseuse au début : on dit bien que ces dernières augmentent par le mouvement, tandis que la première disparaît par l'exercice ; mais il s'agit là de nuances souvent difficiles à apprécier. Le rhumatisme blennorragique présente aussi des difficultés de diagnostic ; à vrai dire, l'arthralgie blennorragique ressemble beaucoup à l'arthralgie syphilitique, et on ne peut guère les distinguer que par la recherche de l'infection causale. Il ne faut pas oublier les néoplasmes osseux au début : si l'on trouve chez les mêmes malades des stigmates syphilitiques, il sera presque impossible d'établir un diagnostic.

Hydarthrose. — Il est incontestable qu'il existe une hydarthrose syphilitique secondaire ; mais la discussion porte sur l'existence de l'hydarthrose tertiaire : les uns, comme Defontaine, Lagrange, croient à sa réalité ; d'autres, comme Méricamp, le rejettent et pensent qu'il s'agit, dans le cas où on l'a signalée, d'une hydarthrose réactionnelle, symptomatiqne d'une gomme synoviale.

Il y a cependant des faits qui me paraissent établir la réalité. Je me contenterai de citer le malade de Taylor, vingt-deux ans, ni rhumatisme, ni blennorragie, syphilitique depuis trois ans ; il se présente avec épanchement considérable dans le genou, survenu sans raison apparente ; il n'y a aucun épaississement dans les tissus péri-articulaires ; la guérison se produit en peu de jours sous l'influence du traitement par le sublimé et l'iodure de potassium. On pourrait trouver encore sans peine d'autres observations du même genre. On peut donc conclure qu'il n'y a qu'une seule hydarthrose syphilitique qui peut survenir soit à la période secondaire soit à la période tertiaire.

La symptomatologie en a été bien décrite par Gouget, sous l'inspiration de Fournier. C'est une affection torpide, non inflammatoire, si bien que c'est le médecin qui s'en aperçoit d'ordinaire, par hasard, le malade n'attirant pas l'attention sur son articulation. Elle présente les caractères de l'hydarthrose simple avec épanchement abondant sans douleur ni modification des couleurs des téguments. Elle affecte principalement les genoux, souvent d'une façon symétrique. D'ordinaire, elle disparaît rapidement, cependnnt Le Dentu en a rapporté un cas qui a duré sept mois.

On en trouve de nombreuses relations dans les auteurs. Je me contenterai de rappeler, comme observation en quelque sorte schématique, un cas rapporté dans la thèse de Pekle et tiré de la pratique de Fournier. Il s'agit d'une jeune femme soignée pour une roséole syphilitique ; comme elle se plaignait d'une gêne légère dans les genoux, on l'examina et l'on constata l'existence d'une hydarthrose double : la guérison en fut obtenue en dix jours sous l'action du traitement spécifique.

Comme on le voit, le pronostic de cette affection est bénin, grâce à l'influence du traitement syphilitique. Il y a cependant un point particulier à signaler : la fréquence des récidives.

Le diagnostic ne peut se faire que par l'étude des antécédents et l'action du traitement.

Arthrite subaiguë, synovite syphilitique ou rhumatisme syphilitique. — Il y a ici, comme pour la tumeur blanche syphilitique, un abus de langage ; il faudrait dire : pseudo-rhumatisme syphilitique. Au reste, cette confusion de ce terme paraît s'être poursuivie dans le fait. Cette forme d'arthropathie syphilitique est en effet fort discutée ; pour les uns, elle n'existe pas ; pour d'autres (Després, Bouilly), on la rencontre, mais seulement chez les syphilitiques rhumatisants.

C'est qu'en effet rien n'est plus difficile à classer qu'un fait de ce genre ; à la lecture des observations publiées, on éprouve un réel embarras à les ranger sous une étiquette exacte. La plupart des observations rappellent en effet beaucoup soit le rhumatisme articulaire aigu d'une part, soit l'arthrite blennorragique de l'autre. Il me serait facile de multiplier les exemples. Je me contenterai de prendre, parmi les plus typiques, un cas rapporté par Pekle dans sa thèse sous le nom d'arthrite subaiguë. Or, la lésion articulaire demeure complètement réfractaire au traitement spécifique : en revanche elle guérit parfaitement par le salicylate de soude. J'ai trouvé dans mes recherches bibliographiques bien des observations d'arthropathies multiples avec douleurs, fièvre, sueurs etc., le tout se produisant chez de vieux rhumatisants, étiquetées malgré tout : rhumatisme syphylitique, parce qu'au rhumatisme était venue se joindre la vérole.

En ce qui concerne le rhumatisme blennorragique, la confusion est aussi aisée à commettre. On trouve, toujours dans la thèse de Pekle, des faits d'arthropathies qui rappellent singulièrement le gonocoque. Il ne faut pas oublier en effet que, chez la femme surtout, la blennorragie, pour être reconnue, demande souvent un examen approfondi. Enfin je rappelle, avec M. de Lapersonne, que le rhumatisme articulaire aigu se complique parfois d'éruptions qui peuvent

encore donner le change à un examen rapide et faire songer à la syphilis.

On voit donc que la confusion, en cette matière, a dû être fréquente. Je ne veux certes pas conclure que le rhumatisme syphilitique n'existe pas. S'il était nécessaire de prouver son existence, il me serait facile de trouver, dans les travaux auxquels j'ai déjà emprunté ces faits si sujets à caution, d'autres observations bien démonstratives. Je me contenterai de signaler le cas de ce médecin soigné par Fournier et qui souffrait de douleurs rhumatismales contre lesquelles le salicylate de soude était impuissant; elles cédèrent par contre au traitement antisyphilitique. On trouvera aussi dans la thèse de Veffier la curieuse histoire de l'équipage du *Belliqueux*. Les six matelots syphilitiques furent tous atteints de rhumatisme : au contraire de toutes les autres personnes à bord non syphilitiques, une seule souffrit de douleurs.

On comprend que l'histoire symptomatique du pseudo-rhumatisme syphilitique, écrite avec l'aide de documents aussi confus, ne peut être que fort vague elle-même. Dans les descriptions des classiques, on ne trouve qu'un ensemble des symptômes rappelant tantôt le rhumatisme vrai tantôt le pseudo rhumatisme blennorragique. Je ne m'étendrai donc pas longuement sur une description qui gagnerait beaucoup à être écrite avec des documents entièrement nouveaux et je n'en indiquerai que les grandes lignes.

Le rhumatisme syphilitique, d'ordinaire poly-articulaire, survient à la période secondaire de l'infection. La région articulaire est plutôt fluxionnée qu'enflammée; on note seulement un peu de rougeur, un peu d'augmentation de température locale. Il arrive parfois que les bourses séreuses péri-articulaires soient atteintes par la phlegmasie, elles constituent alors autant de points douloureux à la pression. L'épanchement dans l'intérieur de l'articulation existe d'habitude, mais n'est jamais abondant.

Les symptômes fonctionnels se résument en des douleurs vives, surtout marquées pendant la nuit, calmées par le mouvement à la condition qu'il soit modéré bien entendu. Il n'y a jamais de complications du côté des séreuses, enfin on a noté quelquefois de la fièvre. On devine que le diagnostic d'une pareille affection est entouré de difficultés. Je rappellerai seulement que les auteurs donnent, comme signes de diagnostic différentiel : pour le rhumatisme articulaire aigu, l'intensité et la longue durée des symptômes; pour le rhumatisme blennorragique, la coexistence d'un écoulement, la localisation fréquente sur une seule articulation. En somme, le caractère le plus important serait l'efficacité du traitement spécifique.

Synovites et ostéo-arthrites gommeuses. — Il est difficile de décrire séparément ces deux localisations : je donnerai donc une description unique, quitte à indiquer, chemin faisant, les caractères différentiels. Encore paraît-il y avoir eu ici des erreurs analogues à celles que j'ai signalées au chapitre précédent : Jezer, par exemple, a décrit des arthrites syphilitiques terminées par la tuberculose, dont la légitimité reste fort douteuse. Mais l'histoire de cette variété d'arthropathie demeure en définitive beaucoup plus nette que celle de la variété précédente.

Le début en est généralement insidieux. Le malade se plaint de ressentir au niveau d'une jointure des douleurs spontanées, survenant surtout pendant la nuit et dont le siège exact est plutôt épiphysaire qu'articulaire. Ou bien l'affection commence comme une des variétés précédemment décrites, arthralgies ou hydarthroses : ce sont vraisemblablement les cas à début synovial; et fréquemment alors il arrive que le malade ne se plaigne pas et que le médecin découvre la lésion d'une façon absolument fortuite.

Les symptômes fonctionnels demeurent du reste au second plan, même à la période d'état, et contrastent d'habitude avec un état local relativement grave. Les malades peuvent marcher lorsque la lésion a atteint les membres inférieurs : tout au plus accusent-ils une légère impotence ; mais les mouvements ne sont pas douloureux, et par suite, l'on n'observe pas ces contractures et ces positions spéciales caractéristiques des arthropathies tuberculeuses. Cependant la pression localisée peut révéler sur une extrémité osseuse la présence d'un point douloureux; et d'autre part les malades se plaignent assez fréquemment des douleurs ostéocopes, survenant la nuit, mais dont le siège ne concorde pas toujours avec celui de l'affection. Enfin, ce tableau si atténué est coupé quelquefois de poussées aiguës analogues aux poussées des pseudo-rhumatismes décrites dans le précédent chapitre.

Les symptômes physiques sont déjà très importants. On note tout d'abord une hypertrophie considérable des extrémités osseuses; et cette augmentation de volume est d'autant plus accentuée que l'atrophie musculaire la fait ressortir davantage : cette atrophie est en effet très prononcée dans cette forme et elle survient rapidement.

A la palpation on note des lésions un peu différentes suivant qu'on a affaire à la forme synoviale ou osseuse. Dans le premier cas, il existe une hydarthrose plus volumineuse et la synoviale présente quelquefois comme des plaques de blindage parfaitement appréciables sous la peau. Dans la forme osseuse, au contraire, on s'aperçoit que l'augmentation de volume de la région articulaire est due à une hypertrophie osseuse considérable, lisse, unie, dure, tout d'une venue (Fournier). En faisant exécuter des mouvements aux muscles, on perçoit parfois des craquements. Il n'existe pas de ganglions.

Les choses peuvent rester en cet état pendant une période plus ou moins longue. La période fistuleuse est en effet tardive. Elle est caractérisée par l'ouverture à l'extérieur d'une collection liquide visqueuse, peu abondante; ce n'est pas, primitivement, du vrai pus; mais tôt ou tard, les infections secondaires surviennent et aggravent notablement la situation en transformant l'aspect du liquide rendu par la fistule.

Lorsque les lésions osseuses ne sont pas trop avancées, le traitement amène une guérison rapide; d'autres fois, le maladie guérit spontanément, ou bien la suppuration se prolonge indéfiniment et finit par entraîner la mort. On n'observerait jamais, d'après Defontaine, la terminaison par ankylose : cependant, Lancereaux rapporte le cas d'une de ses malades, guérie avec une exostose de l'apophyse coracoïde, qui gênait notablement les mouvements.

Arthropathies hérédo-syphilitiques. — Cette variété d'arthropathies est relativement fréquente ; mais elle ne comprend pas de formes aiguës : il ne s'agit ici que de lésions à évolution chronique et il est impossible, naturellement, d'établir la division en accidents secondaires et tertiaires.

Les arthropathies ont été étudiées par Kirmisson et Ja-

cobson dans un important mémoire paru dans la *Revue d'orthopédie* de 1887. Ils en décrivent trois variétés :

L'ostéo-arthropathie chronique.
L'hydarthrose double.
L'ostéo-arthropathie déformante.

Ostéo-artropathie chronique. — Elle existerait, dit Futerbock, une fois sur 300 hérédo-syphilitiques, âgés de moins de cinq ans, et elle répond à l'ostéo-arthrite gommeuse de l'adulte. C'est le genou qui est atteint d'ordinaire. Les deux signes principaux de cette affection sont : l'augmentation du volume des extrémités osseuses et l'indolence fonctionnelle. Le gonflement de l'épiphyse est dur, parfois douloureux au toucher ; à la vue, cela ressemble à une tumeur blanche, mais au toucher on s'aperçoit que les fongosités n'existent pas ; l'augmentation du volume est due à l'hypertrophie osseuse et celle-ci même peut être limitée à l'épiphyse ou s'étendre très loin sur la diaphyse.

L'indolence fonctionnelle est un signe négatif d'une réelle valeur ; elle existe, comme chez l'adulte, alors même qu'il y a des douleurs à la palpation et des douleurs spontanées.

A côté de ces symptômes principaux se groupent des phénomènes accessoires. L'hydarthrose est fréquente ; elle est même la règle lorsque la tuméfaction a acquis un volume notable ; il ne faut pas la confondre avec la forme suivante. La synoviale est souvent épaissie dans toute son étendue ou par places, constituant ainsi des plaques de blindage. La fistulisation est exceptionnelle et Kirmisson n'en connaît qu'un seul cas : la terminaison par ankylose n'a jamais été observée, mais on a vu parfois l'arrêt d'accroissement du membre inférieur. Il va sans dire que les moyens de traitement habituel des arthrites (repos, etc.) échouent, tandis que le traitement spécifique a une remarquable efficacité.

Hydarthrose double. — Étudiée surtout par Clutton, elle est rare et survient d'ordinaire de huit à quinze ans ; elle affecte généralement les genoux : l'épanchement est peu abondant et distend assez légèrement la synoviale. Il n'y a ni douleurs, ni contractures, ni attitudes vicieuses, ni hypertrophie des extrémités osseuses : en somme, l'hydarthrose de la syphilis héréditaire ressemble beaucoup à celle de la syphilis acquise ; elle guérit rapidement sous l'influence du traitement.

Ostéo-arthropathie déformante. — De tous ces types, l'arthropathie syphilitique est peut-être le plus indécis.

Cette affection est caractérisée, dit Fournier, « par une déformation épiphysaire spéciale, non plus massive, comme précédemment, mais par une sorte de végétations ostéophytiques de l'épiphyse qui bourgeonne à l'aventure et donne les figures les plus bizarres. »

Il existe naturellement des troubles fonctionnels purement mécaniques et aussi des attitudes vicieuses, des atrophies musculaires et même arrêt d'accroissement des membres. En somme, ce type d'arthropathie rappelle les arthrites d'origine nerveuse ; il n'est pas douteux, cependant, qu'il n'en soit distinct.

Enfin, il existe des types complexes réunissant tous les caractères précédents et créant de nouvelles difficultés de diagnostic.

VI

Diagnostic. — J'ai déjà indiqué les notions générales du diagnostic pour ce qui concerne les arthropathies secondaires ; je n'y reviendrai pas et me bornerai à donner des indications sur le diagnostic des synovites et ostéo-arthrites.

Il est d'abord un certain nombre de principes généraux sur lequel doit toujours se baser d'abord le diagnostic différentiel et que je signalerai une fois pour toutes au début de ce chapitre.

Il va sans dire, par exemple, que l'on devra tenir grand compte des antécédents syphilitiques du malade ou de ses parents, de la présence des cicatrices, exostoses, etc., pouvant révéler l'existence d'une syphilis antérieure.

D'une façon générale, lorsque la lésion n'est pas fistuleuse, l'indolence est un caractère fréquent des lésions syphylitiques et il est incontestable que souvent elle doit attirer l'attention du clinicien et l'engager à rechercher la possibilité d'une vérole antérieure. Il en est de même des épaississements locaux de la synoviale sur lesquels j'ai déjà insisté.

Outre l'indolence ordinaire des lésions, il existe encore un certain nombre de signes négatifs qui peuvent avoir leur valeur pour un observateur soigneux ; on a vu que les symptômes généraux, et en particulier la fièvre, n'existaient que lors de complications secondaires ; il n'y a pas de fongosités, pas d'attitudes vicieuses ; on conçoit toute l'importance que peuvent avoir ces signes négatifs en matière de séméiologie articulaire.

Lannelongue, dans une leçon publiée dans le *Bulletin médical*, fit le diagnostic immédiat d'artropathie syphilitique, rien que par l'absence de phénomènes d'arthrite.

Enfin je rappelle que le résultat du traitement spécifique constitue, dans bien des cas, le seul criterium d'une réelle valeur. Lorsqu'il s'agit d'une lésion fistulisée, on se souviendra que la syphilis ne s'accompagne pas de suppuration, sauf, bien entendu, au cas d'infections secondaires ; on n'y voit pas ces décollements du cartilage, ces destructions ligamentaires si fréquentes et si accentuées dans les ostéo-arthrites tuberculeuses : ici encore on notera l'absence de fongosités. Enfin la recherche des bacilles et des follicules tuberculeux dans les produits émanés du foyer infecté ne donnera aucun résultat.

Chez l'enfant, ce diagnostic différentiel est basé sur le même principe que pour l'adulte ; il faut y ajouter cependant des signes de la syphilis héréditaire et en particulier la kératite interstitielle : on ne doit pas oublier cependant que celle-ci est fréquemment indépendante de la syphilis.

Ces principes généraux posés, nous devons maintenant examiner les cas particuliers. Je laisserai de côté l'ostéo-arthrite déformante, si rare et si vague.

Le diagnostic de l'ostéo-arthrite syphilitique peut se présenter dans des circonstances bien différentes : tantôt la lésion est sous-cutanée, non ouverte, tantôt elle est ouverte et fistuleuse. A la période non fistuleuse, la question de diagnostic sera souvent difficile à résoudre.

L'hydarthrose simple se reconnaîtra à son étiologie, à l'absence d'épaississement au niveau de la synoviale et d'altérations au niveau de l'os.

L'arthrite tuberculeuse, au début, est beaucoup plus douloureuse ; l'atrophie musculaire est plus rapide ; elle s'accompagne d'une adénite précoce et assez prononcée d'ordi-

naire : il y a des fongosités ; les positions vicieuses sont de règle : il s'agit vraiment d'une arthrite et non pas seulement d'une arthropathie.

L'arthrite sèche survient à un âge plus avancé ; les déformations qu'elle imprime aux extrémités osseuses sont plus irrégulières ; elle s'accompagne de bonne heure de craquements articulaires plus accentués que dans l'ostéo-arthrite syphilitique.

Le rhumatisme chronique est une maladie franchement articulaire : il s'accompagne d'ordinaire de poussées antérieures de rhumatisme plus ou moins aigu.

Les tumeurs osseuses au début, l'ostéo-sarcome surtout, sont souvent d'un diagnostic fort délicat en l'absence des indications d'ordre général que j'ai déjà données ; cependant, elles sont plus souvent douloureuses, et les douleurs sont généralement plus prononcées le jour que la nuit. Le diagnostic est du reste souvent impossible.

A la période fistuleuse, le problème ne se posera guère qu'entre l'ostéo-arthrite syphilitique et la tuberculose articulaire ; on se basera sur les caractères déjà indiqués.

Enfin, on devra, en se basant sur le tableau symptomatique déjà tracé, établir qu'il s'agit soit de la forme osseuse, soit de la forme synoviale.

Je ne veux pas terminer cette étude du diagnostic, sans dire un mot d'un phénomène relativement rare, mais susceptible d'induire en erreur.

Il arrive parfois que l'hyperplasie de la synoviale se localise très exactement en un point qui fait saillie dans la cavité testiculaire ; le noyau induré peut arriver à se pédiculiser progressivement et ainsi peuvent prendre naissance, sinon des corps étrangers complètement libres dans la jointure, du moins des noyaux mobiles et pouvant faire croire à de véritables corps étrangers articulaires.

Defontaine cite deux observations de ce genre : dans l'une, il s'agissait d'un corps arrondi, de 3 centimètres de diamètre, qui fuyait et se cachait derrière le ligament rotulien ; dans l'autre, plus démonstrative, il s'agissait d'un malade qui présentait tous les signes d'un corps étranger articulaire du genou ; on trouvait, en outre, au niveau de l'articulation, deux petites masses dures et très mobiles. Le malade se trouvant en même temps porteur d'ulcérations syphilitiques, fut soumis au traitement spécifique ; or, les corps étrangers disparurent eux-mêmes en peu de temps. Ces faits ont un certain intérêt diagnostique et présentent, en outre, une certaine importance au point de vue de la pathogénie de certaines variétés de corps étrangers articulaires.

VII

TRAITEMENT. — On peut inscrire, en tête de ce chapitre, ce principe général applicable à la grande majorité des lésions syphilitiques : Toute lésion prise à temps guérira. Je citerai comme exemple cette malade atteinte de lésion osseuse fistuleuse du coude, chez laquelle Ollier fit le diagnostic d'ostéo-arthrite syphilitique ; bien que les lésions fussent très avancées, l'iodure amena la guérison en trois semaines.

Le traitement devra être mixte en principe ; on devra donc administrer à la fois le mercure et l'iodure : le mercure sous la forme de frictions d'onguent mercuriel de préférence ; on pourra aussi donner le bi-iodure à l'intérieur ou bien en injections sous-cutanées, ou mieux intra-musculaires. On n'aura que le choix entre les nombreux sels de mercure utilisés depuis quelques années par les syphiligraphes.

L'iodure devra être donné à forte dose, jusqu'à 6 et 8 grammes par jour.

Il est bon, malgré l'indolence ordinaire des lésions, de ne pas négliger le traitement local : le repos, avec ou sans gouttière, l'emploi des emplâtres de Vigo pourront rendre des services, surtout au cas de poussées aiguës ou subaiguës.

Il ne faut pas oublier, cependant, qu'un traitement même parfaitement dirigé, peut échouer dans certains cas ; surtout, dit Augagneur, chez les syphilitiques héréditaires. Dans ces cas, ou bien lorsqu'un traitement efficace n'aura pas été appliqué à temps, on pourra être amené à conseiller une intervention chirurgicale.

Les interventions de ce genre ont surtout été pratiquées en Allemagne, et leurs résultats en sont encore assez mal connus.

On paraît l'avoir appliqué suivant différentes indications :

Contre la douleur, on a fait des trépanations et on a obtenu de bons résultats ; mais on peut toujours se demander si telle intervention était nécessaire.

Dans le cas d'arthrite aiguë, on a fait des arthrotomies qui ont réussi, surtout lorsqu'il s'agissait d'infections secondaires.

Contre les séquestres et la nécrose on est intervenu assez souvent, en observant les règles générales de la chirurgie osseuse ; mais il faut observer que, dans la plupart des cas, il s'agissait d'ostéites gommeuses juxta-articulaires, bien plutôt que de véritables ostéo-arthrites.

Enfin, on a pratiqué des résections orthopédiques dirigées contre les déformations consécutives à des lésions osseuses guéries en mauvaise position.

Je me borne à ces indications sommaires de thérapeutique chirurgicale, dont les données sont encore trop insuffisantes, et je termine en insistant encore une fois sur l'importance et l'efficacité du traitement médical et sur la nécessité de l'appliquer de bonne heure.

BIBLIOGRAPHIE

RICORD. *Traité des maladies vénériennes*. — RICHET. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1853. — VAFFIER. Th. de Paris, 1875. — LANCEREAUX. *Traité de la syphilis* et *Anat. path.* — BOUILLY. Th. d'agr., 1878. — CORNIL. *Leçons sur la syphilis*, 1879. — CORNIL et RANVIER. *Anat. path.* — PANAS. Article ARTICULATION du *Dictionnaire Jaccoud*. — MÉRICAMP. Th. de Paris, 1882. — DEFONTAINE. Th. de Paris, 1884. — GIES. Arthropathies syphilitiques. *D. zeitsch. f. Chir.*, 1881, p. 589 ; et LAPERSONNE. Th. d'agr. — LANNELONGUE. Des arthrites syphilitiques, *Tribune méd.*, 1887 ; — Soc. de chir., 1881 ; — *Bull. méd.*, 1883. — KIRMISSON. *Lésions sur les maladies de l'appareil locomoteur.* — RANGUEDRET. *Des arthropathies dans la syphilis héréditaire*, Th. de Paris, 1883. — GOUGET. Arthrites syphilitiques secondaires. *Ann. de derm.*, 1889. — GELMA. Th. de Paris, 1890-91. — GANGOLPHE. *Maladies infectieuses des os*, Congr. de chir., 1885. — KŒNIG. *Pathologie interne.* — DUPLAY. *Bull. méd.*. 1893, p. 875. — BOWLBY. *Med. Surg. Trans.*, 1895. — PEKLE. Th. de Paris, 1894. — LAGRANGE. Article ARTHROPATHIE SYPHILITIQUE du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. — MAUCLAIRE. Idem in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet. — GASTROKOFF. Arthropathies syphilitiques in *Presse méd.*, 1895. — KIRMISSON et JACOBSON. *Rev. d'orth.*, 1897. — ROBINSON COLLIER. LXIIIe Congr. de la Brit. Med. Ass., 1896.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE 20 GASTRO-ENTÉROSTOMIES

Par MM. Henri Hartmann et Maurice Soupault.

Les opérations sur l'estomac sont actuellement assez fréquemment pratiquées pour qu'on puisse en étudier les résultats. Comme ce qui importe le plus à connaître, c'est le résultat éloigné, en quelque sorte définitif d'une opération, nous avons pensé qu'il était intéressant de vous communiquer le résultat éloigné de 20 gastro-entérostomies que nous avons pu suivre pendant un temps assez long. Les résultats que nous avons obtenus confirment en grande partie ceux déjà signalés par un certain nombre d'autres observateurs.

Ce qui frappe le plus après la gastro-entérostomie, c'est la disparition, ou tout au moins l'atténuation considérable des troubles subjectifs. Les douleurs, les vomissements, les éructations cessent, l'appétit revient, l'état général s'améliore, le poids augmente en quelques mois de 10 à 15 kilogrammes. Il y a toutefois une grande différence entre les cas. Chez les *cancéreux*, l'amélioration est bien quelquefois telle qu'on en vient à douter du diagnostic porté, mais c'est exceptionnel, et si la gastro-entérostomie apporte à ces malades un soulagement très réel en supprimant les douleurs et les vomissements, si elle améliore, même temporairement, l'état général, elle laisse cependant le mal exister, n'en supprimant que les manifestations gastriques, si bien qu'au bout d'un temps assez court, les opérés se cachectisent de nouveau et qu'ils meurent au bout d'un temps variant de deux à dix-huit mois, en moyenne sept mois chez nos opérés.

Au contraire, dans les *sténoses pyloriques non cancéreuses*, la guérison est définitive. Il en est de même dans les *ulcères en voie d'évolution*, restés rebelles au traitement médical, et dans *certaines dyspepsies invétérées*, celles qui s'accompagnent de douleurs et de vomissements éclatant longtemps après l'ingestion alimentaire au moment où devrait commencer l'évacuation stomacale. La gastro-entérostomie donne de bons résultats chez les malades présentant ce syndrome pylorique, quel que soit le type chimique de l'estomac. Ce sont le plus souvent des hyperchlorhydriques, mais la gastro-entérostomie agit même chez les hypopeptiques qui en sont atteints.

En même temps que ces conséquences, en quelque sorte fondamentales, de la gastro-entérostomie, on voit se produire une série d'autres modifications que nous devons mentionner. Les dimensions de l'estomac diminuent très rapidement, presque immédiatement dans certains cas, lentement dans d'autres. Ces variations dans la rétraction de l'estomac sont en rapport, non avec la nature de la sténose, mais avec la rapidité de son évolution.

Le retrait se fait rapidement dans les sténoses à marche rapide, qu'il s'agisse d'un cancer ou d'un rétrécissement aigu, comme le rétrécissement consécutif aux brûlures du pylore; il se fait lentement si le rétrécissement a eu une évolution lente, comme les sténoses liées à la cicatrisation d'un ulcère de l'estomac. Toutes ces variations sont faciles à déterminer par l'insufflation de l'estomac.

Cette même insufflation permet de constater la continence du nouveau pylore, continence qui existait dans 18 de nos 20 cas, et qui a lieu en l'absence de tout épaississement musculaire local.

L'examen méthodique des fonctions motrices de l'estomac, fait à l'aide du cathétérisme, nous a montré qu'elles s'exécutaient plus ou moins bien suivant les sujets, mais toujours d'une manière insuffisante, mieux cependant qu'avant la gastro-entérostomie. Presque toujours il persiste un peu de stase gastrique qui va diminuant progressivement avec le temps.

L'étude de la motricité, faite après un repas d'Ewald, nous a fait aussi constater que la digestion gastrique se prolonge au delà des limites normales.

Le chimisme, de son côté, subit des modifications. L'acidité du contenu stomacal diminue. Dans le cancer où l'acidité est presque uniquement due à des acides de fermentation, elle disparaît presque entièrement, les fermentations cessant après la gastro-entérostomie. Dans les sténoses bénignes elle diminue considérablement.

Cette diminution de l'acidité peut être liée à la suppression de l'irritation gastrique, résultant antérieurement de la rétention stomacale, dépend peut-être aussi en partie de l'arrivée de la bile dans l'estomac.

Ce retour de la bile n'a, en effet, manqué que chez un de nos malades; il existait aussi bien dans les gastro-entérostomies postérieures que dans les gastro-entérostomies antérieures; nous l'avons constaté même dans deux cas où nous avions fait suivre la gastro-entérostomie d'une entéro-anastomose complémentaire, entre les branches ascendantes et descendantes de l'anse. Cette arrivée de la bile, que nous avons constatée par le cathétérisme, était, du reste, ignorée des malades, et ne semble avoir eu aucun inconvénient.

Nous terminerons enfin notre communication par un mot sur les excreta. La constipation, presque constante chez les malades atteints de sténose pylorique, cesse après la gastro-entérostomie et fait place à des garde-robes régulières, quelquefois même à de la diarrhée.

Quant aux urines, elles voient, après l'opération, leur abondance et leur teneur en urée augmenter, montrant que la courbe de l'urée suit la courbe de l'alimentation, sans que la nature cancéreuse ou non de la lésion semble avoir la moindre importance.

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE (1)

Par M. le docteur Chaput, chirurgien des hôpitaux.

L'auteur a adopté, comme la majorité de ses collègues, l'incision latérale de Max Schüller tant pour les cas aigus que pour les opérations à froid.

L'éventration ne s'est montrée que rarement chez ses malades. Il en a opéré deux cas consécutifs à des opérations à chaud avec large drainage et suppuration de la paroi inoculée par un pus très virulent.

M. Chaput se rallie à l'opinion de la majorité relativement à la bénignité des opérations à froid. Sur onze cas, il a eu onze guérisons.

L'accord n'est pas fait sur la question de savoir si on doit opérer un malade après une seule poussée d'appendicite suivie de résolution complète en apparence.

La question mérite d'être résolue diversement selon les cas particuliers.

En effet, si le malade peut rester à portée des secours chirurgicaux, s'il a un bon régime, il n'y a pas de nécessité d'opérer afin d'empêcher une récidive qui ne surviendra peut-être jamais.

Au contraire, si le malade voyage, s'éloigne des chirurgiens, s'il ne peut ou ne veut pas modifier son régime, il devient indispensable de l'opérer le plus tôt possible.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

M. Chaput arrive au traitement de l'appendicite aiguë.

Les opérateurs se divisent en deux catégories bien tranchées : les uns, avec MM. Dieulafoy, Reclus, Poirier, Potherat, déclarent que, « sous toutes ses formes, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible. »

Les autres, parmi lesquels MM. Brun, Routier, Ricard, Broca, Schwartz, Guinard, Reynier, Lejars, sont d'avis de laisser refroidir certains cas.

C'est surtout pour les cas qui ne répondent ni à la péritonite étendue, ni à l'abcès avéré, pour les cas de moyenne intensité, comme le dit M. Ricard, que les avis sont partagés.

En effet, il est difficile de dire à quels symptômes on reconnaîtra sûrement qu'un cas moyen doit se transformer en un cas grave.

Au total les divergences recouvrent un désaccord profond, et la conviction est loin d'être formelle dans toutes les consciences, puisque M. Routier écrit qu'il a bien souvent regretté d'avoir opéré trop tard, mais qu'il n'a jamais regretté d'avoir opéré trop tôt.

D'autre part, M. Lejars traduit l'inquiétude de son âme en disant « qu'il faut être conscient des responsabilités qu'on assume à laisser refroidir certaines appendicites ».

M. Chaput n'hésite pas à déclarer que l'opération systématique dans tous les cas aigus est seule rationnelle et logique et qu'elle est seule capable d'assurer la guérison, tandis que l'expectation ne peut que compromettre la vie des malades dans un nombre relativement considérable de cas.

Personne ne discute plus sur la nécessité d'opérer d'urgence les péritonites avérées. Il en est de même pour les abcès non douteux.

M. Chaput veut aller plus loin que tous ses collègues réunis en soutenant qu'il faut opérer même les cas bénins avec légère induration, même les cas sans induration, quel que soit l'état général.

Il cite plusieurs exemples.

Un point lui paraît surtout hors de doute : c'est l'urgence absolue de l'intervention toutes les fois que l'on constate *un seul* des symptômes suivants : nausées, vomissements, ballonnement du ventre, pouls petit et rapide.

Quelque rapproché que soit le début des accidents, nous avons le droit de soupçonner la péritonite, et le devoir d'opérer immédiatement.

La symptomatologie de la péritonite est souvent très atténuée. Il faut d'autant plus se hâter quand il y a le moindre retentissement péritonéal que la suppuration de la grande séreuse se fait souvent avec une rapidité invraisemblable.

« A côté des cas avec retentissement péritonéal qui réclament l'intervention avec le plus d'urgence, je placerai ceux où l'on ne constate pas de tumeur locale dans la fosse iliaque; ceci indique qu'il n'y a aucune adhérence, aucune tendance à l'enkystement, ou bien que l'appendice peut se trouver transporté dans des régions éloignées de la fosse iliaque. La péritonite est alors gravement à redouter, et il convient de la prévenir par une opération immédiate.

En dehors de ces deux catégories de faits : appendicites avec retentissement péritonéal, et appendicites sans tumeurs, dans lesquelles l'opération doit être pratiquée dans l'espace de quelques heures, en dehors de ces cas, j'interviens également, mais sans autant de hâte; je prends mes aises, et je remets à l'occasion l'opération au lendemain ; je crois cependant qu'il vaut mieux attendre le moins possible.

En cas d'aggravation, l'opération devient plus sérieuse. En cas de résolution, elle risque d'être inutile.

Comment faire admettre à des personnes non familiarisées avec les idées médicales, le raisonnement suivant : Vous venez d'avoir une appendicite; tant que l'affection a été grave et dangereure nous nous sommes abstenus d'y porter remède par une opération sans gravité par elle-même, mais maintenant que vous êtes guéri, nous allons vous faire une opération qui a quelques chances d'être absolument inutile ?

Pour que l'expectation fût légitime, il faudrait établir qu'elle n'aggrave pas la situation des malades, et que l'opération à froid est notablement plus bénigne que l'opération à chaud.

Or, il est indéniable que l'expectation aggrave les péritonites généralisées, les péritonites localisées, les appendicites en instance de perforation, non protégées par des adhérences, et les appendicites avec abcès.

Tant que vous n'aurez pas fait le diagnostic exact de la lésion appendiculaire, tant que vous n'aurez pas établi avec une certitude infaillible l'évolution ultérieure d'une appendicite, vous n'aurez pas le droit de laisser la lésion grandir, et, si vous le faites, vous vous chargez d'une lourde responsabilité.

L'argument de la bénignité de l'opération à froid se trouve sérieusement entamé, si l'on fait entrer dans la statistique les cas qu'on a laissés attendre et qu'il a fallu opérer d'urgence, dans des conditions infiniment plus mauvaises.

Mais mettons les choses au mieux, prenons une statistique globale d'opérations à chaud, comparons-la aux opérations à froid et voyons ce qu'elle donne.

Ma statistique personnelle se compose de *vingt* opérations *à chaud*, avec *vingt* guérisons.

Donc l'opération à chaud n'a aucune gravité, et l'inoculation du péritoine par un pus virulent n'est qu'un vain mot, un pur roman ; M. Routier, d'ailleurs, vous l'a dit déjà.

Mais continuons l'examen de ma statistique, elle va encore nous fournir des renseignements intéressants.

J'ai opéré 17 péritonites purulentes absolument généralisées ; ces 17 malades sont morts. Je pense que l'expectation ne les eût pas sauvés davantage.

En revanche, j'ai, parmi les 20 cas cités plus haut, 8 cas de péritonites généralisées au début sans pus, ou purulentes localisées avec du pus entre les anses ou dans le Douglas; ces 8 cas ont guéri.

Penserez-vous qu'une expectation de vingt-quatre ou quarante-huit heures n'eût pas aggravé considérablement l'état de ces malades?

J'ai toujours opéré à bref délai toutes les appendicites que j'ai observées, aussi n'ai-je pas eu, comme d'autres, la douleur de perdre des malades pour avoir trop attendu.

Je conclus en disant, comme M. Poirier, que toute appendicite aiguë doit être opérée *le plus tôt possible*, et je motive mon opinion en disant : parce que le diagnostic exact des lésions est impossible, parce que le pronostic ne peut être posé avec certitude, parce que l'attente aggrave les lésions, parce que l'opération précoce est aussi complètement innocente que l'opération à froid, parce qu'elle seule peut sauver les malades que l'expectation tuerait à coup sûr.

Je ne terminerai pas ce court travail sans rappeler l'influence considérable qu'ont eue les communications de M. Dieulafoy sur l'évolution de la thérapeutique chirurgicale de l'appendicite. Il a orienté les chirurgiens, les médecins, le public, vers l'opération précoce, pour le plus grand bien des malades. »

THÉRAPEUTIQUE

Le tannate d'orexine chez les enfants.

Chez beaucoup d'enfants dits nerveux on observe parfois une inappétence plus ou moins marquée que les exhortations, les menaces, la surveillance exacte n'arrivent pas toujours à vaincre. D'autre part, chez les enfants qui vien-

nent de supporter une maladie grave, on voit quelquefois la convalescence se prolonger par suite du manque d'appétit. Ces enfants ne veulent pas manger « par raison » et nous n'avons, pour nous aider à leur ouvrir l'appétit, que des stomachiques à goût désagréable, qu'ils ne veulent pas prendre ou qu'ils prennent avec répugnance et vomissent. Tels sont la noix vomique, le quinquina, les amers, etc. M. Steiner a introduit dans la thérapeutique un stomachique vrai, le tannate d'orexine, qui a l'avantage de n'avoir pas de goût, tout en étant très efficace. M. Künkler l'a expérimenté chez les enfants et se loue beaucoup des résultats obtenus. Il n'a pas eu d'insuccès, quoique parfois il n'ait pas eu un résultat satisfaisant dès les premières doses et qu'il ait dû alors en prolonger l'emploi. Des enfants qui mangeaient avec peine, après des objurgations ou des menaces, ont, après emploi de ce médicament, réclamé leur nourriture d'eux-mêmes.

Le tannate d'orexine n'a aucun inconvénient et n'a jamais provoqué de vomissements. Il s'emploie à la dose de 50 centigrammes en poudre, une heure et demie ou deux avant les deux principaux repas. On peut encore l'incorporer à des pastilles de chocolat à la dose de 25 centigrammes. M. Künkler recommande de ne rien ingérer entre le moment de l'administration du tannate d'orexine et celui du repas, si ce n'est un peu d'eau. (*Allgem. med. Central-Zeitung*, nº 1.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATION

Épiploïtes. — M. REYNIER, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Monod, relativement aux épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies, fait observer que ces épiploïtes ont souvent pour point de départ un fil qui s'est infecté secondairement. Il peut se former autour de ces fils infectés d'énormes masses épiploïques enflammées au milieu desquelles il est parfois bien difficile de retrouver le fil lui-même. M. Reynier cite plusieurs exemples. Pour éviter ces accidents, il préfère le catgut aux fils de soie.

M. TUFFIER a observé ces tumeurs épiploïques, soit à la suite de cures radicales de hernies, soit même se formant spontanément. Il faut faire une place spéciale à ces épiploïtes qui peuvent être simples et guérir spontanément ou qui peuvent, d'autre part, aboutir à un abcès.

M. ANGER a été appelé auprès d'une jeune femme, en province, qui paraissait atteinte d'une appendicite. Le ventre ouvert, on vit qu'il s'agissait d'un épiploon enflammé. M. Anger réséqua ce boudin épiploïque, trouva une ulcération du cæcum qu'il sutura et la malade guérit.

M. GUINARD a observé quatre faits se rapprochant de celui de M. Monod. Dans un cas, il s'agissait d'une épiploïte consécutive à une cure radicale de hernie. On trouva un paquet de fils de soie comme point de départ de l'inflammation. Dans une autre observation, il s'agissait d'un infirmier auquel M. Guinard fit la cure radicale d'une hernie. Il y eut aussi une épiploïte consécutive qui avait eu également des fils pour point de départ. Enfin, dans un autre cas, il y avait une obstruction intestinale, obstruction mécanique causée par la compression exercée par une masse épiploïque ainsi enflammée.

M. RECLUS a vu un cas dans lequel, après une cure radicale de hernie, il s'est formé une tumeur dans l'hypocondre gauche qui n'était autre chose qu'une épiploïte qui s'est résolue ou a disparu sans aucune intervention.

M. BERGER a vu des pédicules épiploïques devenir le point de départ de péritonites circonscrites. Ainsi après une cure radicale de hernie ombilicale il est survenu un abcès épiploïque consécutif qui a disparu par l'élimination des fils cinq semaines après.

M. POZZI dit qu'il résulte de ces faits que l'emploi de la soie dans la cavité abdominale offre un certain danger, par suite de l'infection secondaire possible de ces fils par le moignon. D'autre part, il est assez difficile d'antiseptiser d'une façon absolue les fils de soie. C'est pourquoi M. Pozzi préfère le catgut pour les opérations intra-abdominales.

M. REYNIER partage cette manière de voir. Il ajoute que le fil peut ne pas être infecté d'avance, mais qu'il s'infecte au moment où il coupe la partie, plus ou moins septique, qu'il étreint.

M. HARTMANN fait observer que la grosseur du fil de soie employé joue un grand rôle dans l'espèce. C'est pourquoi au lieu de recourir à ces gros fils, il préfère se servir de la pince écrasante de Doyen ou de Tuffier.

M. TUFFIER est de l'avis de M. Hartmann sur l'infection plus facile du gros fils. Aussi a-t-il l'habitude de se servir de catgut quand il s'agit de lésions septiques et de petits fils de soie quand il s'agit de lésions aseptiques.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. ROUTIER répond à M. Brun, à propos de l'observation de la petite fille qu'il avait voulu opérer et qui a été transportée dans le service de M. Brun, qui a préféré attendre pour l'opérer à froid. Il est vrai que cette enfant est aujourd'hui guérie, mais elle est restée près de trois mois à l'hôpital et elle est encore bien faible. Or, si elle avait été opérée au moment où M. Routier l'a proposé, il est plus que probable qu'elle aurait été guérie beaucoup plus vite.

M. Routier, dans le cours de l'année 1897, a opéré 93 cas d'appendicite : 35 opérés à froid ont donné 35 guérisons, 33 opérés à chaud ont donné 32 guérisons et 1 mort, 23 opérés en pleine péritonite ont donné 13 guérisons et 10 morts.

M. BERGER estime qu'on ne saurait admettre une relation simple applicable à la majorité des cas d'appendicite. L'abstention simple est sans doute pleine de dangers; d'autre part, opérer tous les cas semble exagéré. On n'a pas encore trouvé la formule du traitement de l'appendicite; mais chaque chirurgien doit avoir une pratique particulière applicable à tel ou tel cas. Quand M. Berger est appelé au cours d'un accès d'appendicite aiguë, il n'est pas d'avis d'opérer d'emblée; il préfère attendre que la poussée aiguë soit passée pour opérer à froid. Il est, en effet, bien évident que l'opération se fait dans de moins bonnes conditions à chaud qu'à froid. Il faut réserver l'opération d'urgence pour les cas de péritonite septique diffuse. Quand il existe un abcès circonscrit, on doit aussi opérer. Mais les malades atteints d'appendicite aiguë doivent être suivis de très près et si, après quatre ou cinq jours, on n'observe pas une défervescence manifeste, si on ne constate pas la moindre amélioration, alors il faut opérer. Sous ces réserves, on peut conseiller l'expectation. Il est vrai que, si on ne suit pas de très près son malade, on s'expose à des malheurs qui peuvent être évités par l'opération immédiate. On a parfois des surprises fâcheuses et l'aggravation survient, dans certains cas, avec une telle rapidité, qu'on peut avoir à regretter de n'être pas intervenu dès le début des accidents.

D'un autre côté, si l'on adopte d'une façon absolue cette manière de faire, si l'on intervient immédiatement dans tous les cas, on s'expose à suivre une conduite qui n'est pas toujours légitime. On opère actuellement infiniment trop d'appendicites, on enlève des appendices qui sont parfaitement innocents. On fait, dans certains cas, des opérations qu'il vaudrait mieux ne pas faire.

M. Berger étudie ensuite la question des récidives. S'il

est vrai qu'une seconde rechute d'appendicite est parfois mortelle, on pourrait citer bien des exemples de récidives bénignes.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Berger préfère l'incision de Jalaguier à toute autre.

M. SEGOND pense, contrairement à M. Berger, que, d'une façon générale, on n'opérera jamais assez d'appendicites. Il n'est pas d'avis d'attendre pour opérer ensuite à froid, d'autant que l'opération à froid n'est pas toujours aussi facile qu'on le dit.

Tout le monde est d'accord pour opérer un abcès évident. M. Segond se borne, dans cette communication, à envisager les cas douteux. Il en donne un exemple : vendredi dernier, il est appelé auprès d'une petite fille de dix ans, qui avait été bien portante jusqu'au lundi précédent. Le lundi elle est prise de troubles d'embarras gastrique. Le mardi et le mercredi elle va bien et paraît complètement remise. Le jeudi soir elle est prise d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite; mais il n'y a encore aucun symptôme général, pas de fièvre, pas de température. Le docteur Valmont porte le diagnostic de colique appendiculaire, et institue le traitement médical classique. Le vendredi matin, elle est prise d'un violent frisson, la température est à 39°5, le ventre est ballonné, il y a deux vomissements, pas de selles, pas de gaz. On vient immédiatement chercher M. Segond qui, occupé à faire une opération, ne peut venir que trois ou quatre heures après l'éclosion de ces accidents.

M. Segond arrive, aussitôt son opération terminée, et trouve tout le monde dans la joie. L'enfant allait très bien et n'avait plus rien; il ne restait qu'un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite; la figure était parfaite, la langue un peu blanche. Toute la famille et le docteur Valmont semblaient complètement rassurés. Un seul symptôme important était à noter : le pouls était à 110. Il était une heure de l'après-midi. M. Segond, se souvenant de quelques faits récents, tint au père de l'enfant ce langage : « Si on n'opère pas votre fille aujourd'hui, elle sera morte après-demain; voyez, constituez des consultations ». Le soir, à cinq heures, MM. Hutinel et Dieulafoy voient l'enfant; l'amélioration persistait, la température était à 37 degrés, le pouls toujours à 110, le visage seulement un peu plus tiré. MM. Hutinel et Dieulafoy conseillent l'opération immédiate. A sept heures, M. Segond opère, il trouve un flot de pus en ouvrant le ventre; il ouvre la cavité pelvienne et il s'en échappe une énorme quantité de pus. Derrière le cæcum, très haut, il trouve un appendice énorme, troué, sphacélé, plein de pus. M. Segond considère aujourd'hui cette enfant comme guérie, bien qu'elle ne soit qu'au cinquième jour. Or, il est bien convaincu que si elle n'avait pas été opérée, elle serait morte certainement.

M. Segond se déclare donc absolument interventionniste avec MM. Reclus, Dieulafoy, Pinard, Poirier. Il rappelle que, dans le cours de cette longue discussion, cette opinion de l'intervention hâtive a fait peu à peu son chemin. Mais au début, les radicaux, comme les appelle M. Chaput, ont été assez malmenés. M. Segond pense que M. Dieulafoy a eu raison de recourir à une formule simpliste de nature à entraîner la conviction parmi les médecins et les familles. Avec cette formule simpliste on sauvera plus d'existences qu'avec toute autre formule.

M. BROCA fait observer à M. Segond que, bien que rangé parmi les opportunistes, il se trouve d'accord avec lui puisqu'il a dit qu'il fallait opérer quand il y avait 110 pulsations avec 37 degrés de température. Il aurait donc, comme lui, opéré la petite fille dont il vient de relater l'observation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Traitement des fractures par le massage. — **M. REYNIER** présente des pièces provenant d'un homme qui a succombé à une pneumonie et qui avait été traité d'une fracture de la tête de l'humérus par le massage. On peut voir sur les pièces que l'articulation est complètement reconstituée et que le résultat anatomique répond au résultat fonctionnel qui était fort bon.

M. Reynier rapproche de ce fait l'observation d'un homme fort connu, âgé de soixante-quatorze ans et qui avait une fracture grave de la tête humérale. Ce malade a été traité dès le début par le massage, suivant la méthode de M. Lucas-Championnière, et le résultat a été des plus remarquables.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Glantenay, chirurgien des hôpitaux, décédé à l'âge de trente ans, après une courte maladie. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à l'église de la Trinité.

— *Hôpitaux de Paris.* — Les candidats du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux sont au nombre de 69.

MM. Achalme, Apert, J. Auclair, Auscher, Aviragnet, — Beaumé, Belin, Bensaude, Bergé, F. Bezançon, Boix, L. Brodier, G. Brouardel, Bruhl, — Charrier, Claude, Coffin, — Dufour, Dupré, — Enriquez. — Fauquez, L. Fournier, — Gallois, Gasne, Gastou, Gouget, de Grandmaison, — Hudelo, Hulot, — Kahn, — A. Laffitte, Lamy, Lantzenberg, Legry, Leredde, Ch. Lévi, L. Lévy, Londe, G.-R. Lyon, — Macaigne, Magdelaine, Mangin-Bocquet, R. Marie, Michel, Michel-Dansac, de Massary, — G. Papillon, H. Papillon, Péron, Philippe, Phulpin, Pignol, Plicque, Potier, — Renault, — Sallard, Sée, Sergent, Sottas, Soupault, Springer, — Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thomas, Tissier, Tollemer, — Veillon, — Zuber.

— Par décision ministérielle, en date du 12 février 1899, M. le médecin aide-major de première classe Matignon, hors cadre, attaché à la Légation de France en Chine, est inscrit d'office au titre des missions au tableau d'avancement pour le grade de médecin-major de deuxième classe, établi à la suite de l'inspection générale de 1898.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 février 1899, dans les Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie situées en dehors du siège des Universités, les cours libres sont autorisés par le recteur, après avis du Conseil de l'école.

— Le Conseil de l'Université de Lille vient de créer un cours complémentaire de laryngologie à sa Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

— Le concours de l'internat de l'asile des aliénés de Saint-Pierre, à Marseille, s'est terminé par la nomination de MM. Jourdan, Sigallas et Bénès.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le professeur Weiss est élu membre du Conseil académique de Nancy, en remplacement de M. Charpentier, démissionnaire.

— M. le docteur Rotillon, médecin du Bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, comme représentant des médecins du traitement à domicile.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delcambre (de Landrecies).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 22. — MARDI 21 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 21 FÉVRIER 1899. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés pour cause de deuil national, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 20 février 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Sicard étudie **l'analgésie trachéale profonde chez les tabétiques.** On sait que si, chez un sujet sain dont on a fléchi légèrement la tête, on percute légèrement avec le doigt la trachée au-dessous de l'anneau cricoïdien et directement sur la ligne médiane, on provoque une sensation d'angoisse douloureuse très particulière, avec irradiation également pénible, se passant tantôt des deux côtés de la région cervicale, tantôt se propageant du côté du médiastin; tantôt, au contraire, remontant vers la base de la langue. Un exemple prouvera, mieux que toutes les assertions, jusqu'à quel point extrême peuvent aller ces phénomènes angoissants. Cet exemple est tiré, par l'auteur, des études médico-légales de M. Brouardel : Un jeune garçon est envoyé par son père chez une marchande de tabac du voisinage, à l'effet d'y faire une emplette quelconque. La marchande était vieille, très amaigrie, et à chaque parole son larynx s'élevait et s'abaissait de façon tout à fait insolite. Le jeune garçon, que ces mouvements ascensionnels amusaient sans doute, voulut attraper ce larynx « comme on attrape un papillon » (*sic*). Il toucha l'organe, mais la pauvre vieille tomba en une syncope mortelle.

Ces phénomènes de lypothymie et de syncope ainsi produits sont dus très vraisemblablement à l'excitation par compression du plexus pré-trachéal pneumo-sympathique. Or, dans quelques maladies du système nerveux, chez un certain nombre de tabétiques, de paralytiques généraux et d'hystériques, l'auteur a pu observer une analgésie trachéale profonde; la compression pré-trachéale ne révélait, chez les malades, aucune sensation angoissante.

Ce fait est à rapprocher des différentes analgésies viscérales déjà décrites.

MM. Barbier et Mally présentent un enfant de douze ans atteint d'une **affection spasmo-paralytique d'origine probablement syphilitique.** Le titre un peu vague, donné à cette communication, indique bien en présence de quelle difficulté de diagnostic on se trouve. Voici l'énumération des principaux symptômes : démarche spasmodique et vacillante; parole saccadée et monotone; nystagmus lorsque les globes oculaires sont fixés en position externe ou lorsque le malade écrit; altérations choroïdiennes anciennes; écriture tremblée; réflexes rotuliens exagérés; réflexes cutanés et sensibilité conservés; intelligence à peu près normale. Les auteurs éliminent la maladie de Little pure et croient à l'existence d'une méningo-encéphalite à foyers disséminés de nature spécifique, qui aurait déterminé un arrêt de développement du faisceau pyramidal.

Pour M. Gilles de la Tourette, on ne saurait se prononcer, et l'on peut penser avec autant de raison soit à la sclérose en plaques, soit à la maladie de Little, soit à certaines formes de manifestations cérébro-spinales de la syphilis héréditaire. M. Raymond penche plutôt pour une forme fruste de la maladie de Friedreich, en raison du talonnement spécial, de l'absence de trépidation épileptoïde, de la dysarthrie, des mouvements involontaires de la tête.

MM. Méry et Bonnus étudient le **diagnostic bactériologique de la diphtérie par l'examen direct des fausses membranes.** En ce qui concerne le diagnostic positif de la diphtérie, les frottis peuvent donner des renseignements très rapides ; mais au point de vue de la précision du diagnostic, la culture du sérum reste le procédé de choix. L'examen direct des fausses membranes, en ce qui concerne les fausses membranes trachéales, donne des renseignements assez précis. Au point de vue de l'étude des associations microbiennes, l'examen direct se montre supérieur aux cultures et surtout aux cultures du sérum, qu'on a l'habitude d'employer presque exclusivement. Certains microbes ne poussent pas sur sérum, d'autres très mal. Le pneumocoque, par exemple, passe presque toujours inaperçu; le streptocoque y pousse mal. Les renseignements fournis par les frottis et les coupes sont souvent d'une interprétation délicate; dans les cas difficiles, on est obligé d'avoir recours aux cultures sur agar et à la recherche de la virulence des germes isolés. En pratique, au moins dans certains cas, on peut avoir des preuves indirectes de cette virulence des microbes associés : d'une part, par la maladie elle-même, d'autre part, par la topographie et la quantité des micro-organismes de la fausse membrane. La présence des micro-organismes dans

les fausses membranes de la trachée, l'envahissement des parties profondes des fausses membranes amygdaliennes, sont des preuves indirectes de virulence.

M. Louis Rénon communique un fait de **rhumatisme toxique par intoxication alimentaire, dans la convalescence d'une grippe très légère,** chez un jeune homme de vingt ans. L'auteur a observé des manifestations articulaires et tendineuses, concomitantes d'une éruption ortiée et consécutives à une ingestion de poisson et de mollusques. Il ne s'agit là ni de rhumatisme articulaire aigu, ni de rhumatisme infectieux grippal, mais bien d'un rhumatisme toxique par intoxication alimentaire, et qui rentre dans la classe des rhumatismes toxiques bien délimitée par Auscher en 1897.

L'évolution clinique de ce rhumatisme toxique montre qu'il n'est pas mono-articulaire, mais qu'il peut atteindre différentes jointures, les petites comme les grosses, ainsi que les gaines synoviales. Fait curieux, il s'est développé sur les points primitivement atteints d'urticaire, et n'a pas rétrocédé aussi vite que les papules ortiées; il ne s'est éteint que plus lentement, sans aucune tendance à l'immobilisation, comme dans certains pseudo-rhumatismes infectieux.

Malgré la bénignité de l'affection, il faut débarrasser au plus vite l'organisme du poison ingéré et en faciliter l'élimination ultérieure. La purgation et les boissons diurétiques données en abondance ont répondu à cette indication, puisqu'en cinq jours tout avait disparu.

MM. Thiercelin et Rosenthal ont observé, dans le service du professeur Hayem, un cas de **méningite cérébrale** dû au microbe décrit sous le nom de méningocoque. Ce micro-organisme se présentait sous la forme d'un diplocoque lancéolé, encapsulé, prenant le Gram, avec tous les caractères morphologiques du méningocoque. Sur les lamelles faites avec le pus des méninges, les microbes existaient en dehors des leucocytes et d'autres étaient manifestement intra-cellulaires. En culture anaérobie, le microbe poussa difficilement et prit des formes de chaînette à grains irréguliers, déformés. Les auteurs sont frappés des différences profondes qui séparent le microbe étudié du pneumocoque de Talamon. Par certains caractères, il se rapproche du streptocoque, et ils sont tentés d'en faire une espèce indépendante, tenant le milieu entre les deux espèces microbiennes.

PATHOGÉNIE DES MALFORMATIONS DU CŒUR EN PARTICULIER DE LA PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL (1)

Par le docteur G. Gérard,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lille,
Ancien interne des hôpitaux.

II

Pathogénie des malformations du cœur en général. — *Théories pathogéniques.* — On a rattaché les malformations du cœur à deux causes principales, qui dominent actuellement la pathologie générale : 1° la théorie tératologique; 2° la théorie infectieuse.

Nous allons les examiner, après avoir vu l'influence possible de l'hérédité.

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 178.

Pour ce qui concerne le canal artériel, nous étudierons successivement : 1° la persistance simple et ses causes ; 2° la persistance consécutive à certaines malformations cardiaques.

Il est de notion vulgaire — et certains médecins professent même — que la plupart des affections cardiaques sont héréditaires. Nous pensons qu'il faut attribuer peu de valeur à cette assertion, qui ne peut être prise en considération que dans le cas où, dans une même famille, par exemple, on rencontre en même temps des malformations d'un autre genre.

Le docteur Semple (1) rapporte trois cas d'affections congénitales du cœur, diagnostiquées par l'auscultation, mais non suivies d'autopsies. Dans les antécédents, on note le rhumatisme (mère) et deux fois une affection cardiaque (grand'mère, mère). Ces trois faits sont curieux au point de vue de l'hérédité morbide et par le développement, quelque temps après la naissance, des accidents cardiaques.

En général, les observations manquent de renseignements précis sur les antécédents héréditaires, la marche de la grossesse, le développement de l'enfant. Dans le seul cas de Babington (2), le diagnostic fut porté sur la seule circonstance que la malade était née à sept mois.

Nous rappelons simplement les causes habituellement incriminées : syphilis, consanguinité, traumatismes, etc.; les autres causes invoquées par Gintrac, Kuhn, Orth, Eger, etc., ne sont pas destinées à forcer la conviction, et surtout, sortent de notre sujet.

Théorie tératologique. — L'étude de l'embryologie du cœur et de ses déviations permet d'expliquer bon nombre de malformations du cœur par des arrêts de développement.

L'arrêt de développement, dit Dareste, diffère de l'arrêt de croissance en ce que les parties qu'il affecte continuent à augmenter de volume en conservant leur état antérieur.

Sans parler de John Paget (3) qui éprouvait pour la classification des monstres en général, et pour l'éclaircissement de la pathogénie des malformations cardiaques, les mêmes difficultés que pour la création d'une théorie, nous voyons que, pour Sabatier (4), certains cœurs monstrueux « représentent à un point de vue très général la disparition et le fonctionnement du cœur des reptiles ». Cette analogie peut être signalée, par exemple, dans une observation de Marey (5), où on trouve décrite une communication anormale entre les deux ventricules, près de l'orifice aortique. On peut essayer d'expliquer certaines malformations par la réversion, et nous y reviendrons en discutant la théorie de l'infection.

Nous posons en principe qu'une déviation primitive survenue lors de la formation du cœur entraîne nécessairement des malformations, qui ne sont que secondaires. Almagro (6) prétend que « tant de lésions se sont trouvées réunies, qu'il serait téméraire d'attribuer à l'une d'elles la production des autres ». Nous combattons cette assertion.

On voit, en effet, par exemple, que l'absence d'un des septa — auriculaire, ventriculaire ou inter-artériel — entraîne et explique l'oreillette, le ventricule ou le tronc arté-

(1) Semple. *The med. Press and circ.*, 10 août 1881, p. 128.
(2) Babington. *London med. Gaz.*, mai 1847.
(3) Paget. *Dissertation of the congenital malformations on the heart.* Edimbourg 1831.
(4) Sabatier. *Le cœur dans la série des vertébrés*, Paris 1873, p. 269.
(5) Marey. *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1857, p. 313.
(6) Almagro. Th. de Paris, 1862.

riel uniques; qu'une anomalie de la lame spiroïde de Tonge, qui va former le septum artériel entraîne, soit une interposition, soit une interversion de l'aorte et de la pulmonaire; elle explique aussi les anomalies d'abouchement de ces vaisseaux, le rétrécissement de la pulmonaire ou celui plus rare de l'aorte. L'importance du septum artériel est capitale et ses malformations comportent, le plus souvent, la persistance secondaire du canal artériel.

Nous nous contentons d'indiquer ces divers points, et nous renvoyons aux travaux très complets de Peacock (1), Rokitansky (2) et Moussous (3).

2° *Théorie de l'infection.* — Deguise (4), rappelant les recherches de Gintrac, Louis et Berguières, insiste sur l'immense influence du rétrécissement de l'artère pulmonaire dans la production des communications anormales. « Bouillaud, dit-il, reconnaît aussi cette influence; mais il pense que le rétrécissement de l'artère pulmonaire n'est pas toujours congénital, qu'il est souvent dû à une inflammation de l'endocarde; il croit même que l'inflammation du tissu du cœur est capable, à elle seule, de déterminer les communications anormales. » Les principales raisons sur lesquelles il se fonde sont les suivantes : la coïncidence de l'ouverture anormale avec des traces d'inflammation : l'ouverture de communication qui, bien que lisse, peut être le résultat d'une cicatrice; la nature des symptômes qui ne se sont développés que quelque temps avant la mort.

Comby (5) admet assez vaguement que la maladie bleue serait la conséquence d'une endocardite fœtale qui, presque toujours « et sans qu'on sache pourquoi », frappe le cœur droit.

Lancereaux (6) est le grand défenseur de la théorie de l'infection : « Quand vous vous trouverez en face d'un cœur anormal..., si vous examinez le canal artériel, vous constaterez presque toujours que ce canal est resté perméable; dans quelques cas, il présente une dilatation exagérée... Quelques auteurs, Meckel entre autres, ont prétendu que les anomalies de l'organe de la circulation reconnaissaient pour origine un arrêt de développement; cette explication peu médicale ne peut satisfaire l'esprit. Il n'est pas naturel que le cœur s'arrête ainsi dans son développement, sans qu'il y soit obligé par une cause importante; cet arrêt constitue un effet dont nous, pathologistes, devons rechercher la cause dans une lésion quelconque...

Le fœtus est exposé à certaines maladies; nous pouvons voir chez lui les lésions valvulaires se produire, soit sous l'influence d'un état général mauvais par hérédité (syphilis, scrofule, goutte), soit sous une influence que nous ignorons... Dès lors, le sang, ne pouvant suivre son cours naturel, déviera d'autant plus facilement de son chemin qu'à ce moment le cœur est en voie de formation, et constituera un véritable obstacle au développement des parties à travers lesquelles il passera. »

Cette dernière raison nous semble mauvaise, puisque le cœur se forme et que ses différentes parties se soudent malgré la présence constante du sang et la contraction

(1) PEACOCK. *On malf. of the human heart,* London 1866.

(2) ROKITANSKY. *Zeits. d. Ges. d. Ærzte in Wien,* XX, Jahrg. 1864.

(3) MOUSSOUS. *Maladies congénitales du cœur* (Encycl. des aide-mém.) et *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher-Comby), t. III, p. 595.

(4) DEGUISE. Th. de Paris, 1843.

(5) COMBY. *Progrès méd.,* 1888, p. 206.

(6) LANCEREAUX. *Gaz. des hôpit.,* 1880, p. 280 et num. suiv.

indiscontinue de ses cavités. D'une manière générale, l'opinion de Lancereaux nous semble trop absolue.

Un point de physiologie bien établi admet la prédominance fonctionnelle du cœur droit chez le fœtus. Il est très admissible que des germes infectieux, ayant franchi le placenta maternel, viennent se localiser dans le cœur droit, l'artère pulmonaire et par propagation dans le canal artériel. Et d'après André Petit (1) les endocardites fœtales ne seraient pas rares : « La statistique de Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg) donne un total de 237 cas d'endocardite fœtale et montre que 192 fois la lésion a pu être constatée au niveau du cœur droit et 15 fois dans le cœur gauche. »

Bochdaleck (de Prague) va plus loin et suppose que, dans les cas où on trouve l'altération des parois vasculaires, il y a eu une artérite du fœtus.

La théorie de l'infection a été soutenue surtout par les cliniciens : Grancher, Larcher, Cadet de Gassicourt.

Elle nous semble invraisemblable pour les malformations proprement dites. « Si le rétrécissement de l'artère pulmonaire est très marqué, la perméabilité du canal sera conservée » (Moussous). Soit, mais qui est-ce qui a produit le rétrécissement pulmonaire?

Nous ne pensons pas qu'on puisse tout sacrifier à la théorie de l'infection, et adopter la proposition exclusive de Lancereaux : « La doctrine de Heckel et autres auteurs, suivant laquelle le rétrécissement des orifices cardiaques serait un effet de l'inocclusion des cloisons, est fortement prévenue de transformisme et n'est pas soutenable, tandis que la proposition suivante nous paraît profondément juste : La tératologie du cœur n'est autre que la pathologie de cet organe pendant le cours de la vie intra-utérine. »

Cette formule n'est pas à l'abri des objections.

Première objection : Dans aucune des observations (et nous avons pu en rassembler 64) on ne trouve signalée de maladie maternelle pendant la grossesse. C'est une lacune, dira-t-on. Mais peut-on admettre qu'on passe sous silence des faits aussi saillants que les maladies maternelles, quand il s'agit de lésions qu'on peut supposer congénitales? Jamais donc nous n'avons vu signaler d'infection fœtale, communiquée par la mère et ayant été susceptible de porter son action sur le cœur. Il est donc risqué d'admettre, dans ces cas, et *a priori*, une cardite ou une artérite fœtales, capables d'avoir persisté après la naissance en portant leur action sur les cloisons ou les vaisseaux du cœur.

Deuxième objection : Nous avons rapporté, dans notre thèse (p. 132), diverses anomalies du canal artériel que nous avons pu expliquer, soit par le transformisme, combattu par Lancereaux, soit par une persistance de dispositions embryonnaires habituellement transitoires, intéressant soit les vaisseaux de la base, soit certaines parties du cœur.

Voici sur quoi nous nous fondons :

a. D'après la loi tératologique des variations corrélatives (Cuvier, Darwin), une conformation ou modification organique en entraîne d'autres nécessairement. D'où les anomalies du canal artériel s'accompagnent toujours d'anomalies concomitantes du cœur ou des vaisseaux de la base; ou plutôt pour rétablir les faits suivant les raisons causales, les vaisseaux de la base ou certaines parties du cœur ne peuvent se développer anormalement sans entraîner une perturbation corrélative du canal artériel.

(1) A. PETIT. *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard), t. V, p. 159.

b. D'après la loi des connexions (J. Geoffroy-Saint-Hilaire), les organes, modifiés ou non, gardent toujours les relations qu'ils ont entre eux et conservent les mêmes connexions avec les organes voisins; c'est-à-dire que le canal artériel, même anormal, n'a jamais avec les divers vaisseaux que des relations qui peuvent s'expliquer par l'embryologie (persistance ou oblitération anormale de certains arcs artériels).

En résumé, l'endocardite fœtale existe, mais ne peut tout expliquer; on l'a surtout observée, en effet, sur des cœurs qui ne présentaient pas de malformations. Il est à supposer que, dans ces cas, elle avait évolué à une époque déjà avancée de la gestation, et au moins après le troisième mois, alors que le cœur ne pouvait plus être dérangé dans son développement, déjà esquissé d'une façon parfaite à ce moment.

Avant le troisième mois, incriminer l'infection est possible, si toutefois on ne range la cardite qu'au nombre des éléments de tératogénie. Les malformations s'expliquent plus logiquement par les arrêts de développement qui correspondent toujours aux divers stades du cœur. Vouloir expliquer les arrêts de développement, c'est reculer tout le problème et remonter à ces causes encore mystérieuses et mal connues, au nombre desquelles il est simplement logique de placer l'endocardite embryonnaire; c'est admettre que l'ébauche cardiaque a été entravée au début de sa formation, en un mot c'est accepter les conceptions tératologiques qui sont, à notre avis, très susceptibles d'expliquer les malformations du cœur. Nous adoptons pleinement cette théorie. (*A suivre.*)

L'EXPLORATION CLINIQUE DES FONCTIONS RÉNALES ET LA GLYCOSURIE PHLORHIDZIQUE (1)

Par M. Ch. ACHARD, médecin de l'hôpital Tenon.

L'examen des urines fournit au clinicien plusieurs moyens d'explorer les fonctions rénales. Par la recherche classique de l'albumine, il peut savoir si le rein malade laisse échapper une substance qu'il devrait retenir; par l'analyse quantitative de l'urine, si l'organe plus ou moins profondément lésé se prête, au contraire, avec une facilité moindre au passage des principes normaux.

La méthode que nous avons instituée, il y a deux ans, avec M. Castaigne, ne se borne pas, comme les précédentes, à la simple observation de ce que le rein peut spontanément éliminer : elle provoque, par une épreuve spéciale, le passage d'une substance déterminée à travers l'organe. Son principe peut se résumer ainsi : introduire sous la peau un corps facilement éliminable par l'urine, mais ne s'y rencontrant pas à l'état normal, et observer méthodiquement l'ensemble et les détails de son élimination. Le bleu de méthylène nous a paru convenir spécialement à cette exploration, mais il est clair que le choix du réactif indicateur ne saurait être exclusif et que le principe de la méthode subsiste, quel que soit le corps employé. Nous avons fait nous-même des recherches comparatives avec plusieurs substances et d'autres observateurs nous ont suivi dans cette voie.

Le choix des substances indicatrices devait nécessairement porter en première ligne sur celles qui n'entrent point dans la constitution de l'organisme et ne font guère que le traverser comme une sorte de corps étranger. Les éléments normaux de l'urine, en effet, conviendraient mal pour cette épreuve, car le taux de leur excrétion est influencé par le régime alimentaire, la nutrition générale, le fonctionnement d'autres organes que le rein.

Mais entre ces deux ordres de substances, les unes complètement étrangères à l'organisme, les autres rejetées normalement par l'urine après avoir fait partie intégrante des tissus et des humeurs, il existe une catégorie intermédiaire, que représente le glycose : substance existant dans le sang, mais ne passant pas néanmoins dans l'urine à l'état physiologique. Au cours de plusieurs séries de recherches faites avec M. Castaigne et M. E. Weil, soit dans le diabète, soit dans la glycosurie provoquée artificiellement pour explorer les fonctions hépatiques (glycosurie alimentaire) ou la capacité glycolytique des tissus (glycosurie par injection sous-cutanée), nous avons pu constater que le mauvais état des reins gêne dans une certaine mesure l'élimination du glycose. Comme, d'autre part, plusieurs conditions faciles à réaliser permettent de faire apparaître temporairement le glycose dans l'urine, on conçoit la possibilité de tirer parti de cette substance pour l'étude des fonctions rénales.

Seulement, on doit renoncer à opérer comme précédemment, car si l'on injecte du glycose sous la peau, il serait promptement arrêté par les tissus, et cela en des proportions très variables suivant l'état de leur nutrition. On peut même dire que l'apparition du sucre urinaire serait influencée beaucoup plus par l'aptitude glycolytique des tissus que par la perméabilité rénale.

Il faut donc provoquer la glycosurie sans introduire de sucre dans l'organisme. Or la phloridzine nous en fournit le moyen. Elle a l'avantage d'être inoffensive et, de plus, elle présente encore un intérêt particulier en ce qu'elle paraît déterminer la glycosurie en agissant sur le rein. Je ne rappellerai pas ici toutes les expériences physiologiques qui rendent vraisemblable cette manière de voir, mais je citerai seulement, comme se rapportant plus directement au sujet de la présente note, les observations de Klemperer, d'après lesquelles l'ingestion de phloridzine n'a pas produit de glycosurie chez un certain nombre de malades atteints de lésions avérées des reins.

Avec M. Delamare j'ai pu vérifier ces constatations et instituer, d'après ces données, une épreuve nouvelle, permettant d'explorer le rein au moyen de la glycosurie phloridzique. La phloridzine est injectée sous peau à la dose minime de 5 milligrammes et le sucre est recherché dans l'urine recueillie méthodiquement à partir du moment de l'injection. Il importe, bien entendu, de s'assurer au préalable que le sujet n'est pas atteint de glycosurie spontanée.

Quand les reins sont indemnes, le sucre passe dans l'urine pendant environ trois heures et sa quantité varie de 5 centigrammes à 2gr5. Dans la majorité des cas où l'ensemble des symptômes permet d'admettre un mauvais fonctionnement des reins, la glycosurie fait défaut ou bien elle est minime. Plusieurs autopsies, du reste, ont confirmé la valeur de l'épreuve.

Ce procédé, qui diffère quelque peu, dans son mode d'action, des autres moyens d'exploration du rein, n'exclut, d'ailleurs, aucun d'eux. Il est même très facile d'injecter en même temps du bleu de méthylène et de la phloridzine de

(1) Communication à l'Académie des sciences.

manière à contrôler les uns par les autres les résultats des deux épreuves.

Les éléments d'informations ne sont jamais trop nombreux, en effet, quand il s'agit de fonctions comme celles du rein, dont l'état n'offre pas moins d'intérêt pour la pratique de tous les jours que pour l'étude de mainte question de pathologie générale.

THÉRAPEUTIQUE

Solution caustique de protargol dans le traitement de la conjonctivite catarrhale (A. Darier).

Protargol. . . . . 1 à 2 grammes.
Eau distillée . . . . 10 —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 27 février au 4 mars 1899)

Examens de doctorat.

Lundi 27 février 1899, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Humbert et Lejars.

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus et Varnier; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e série) : MM. Blum, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Potain, Widal et Méry; — M. Teissier, suppléant.

Mardi 28 février, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Rémy, Hanriot et Gley.

2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Quénu, Bonnaire et Thiéry; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Hartmann et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Thiroloix; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Marfan; — M. Widal, suppléant.

Mercredi 1er mars, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blum, Lejars et Sébileau.

2e (nouveau régime) : MM. Gautier, Rémy et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Legueu et Lepage; — (2e partie) : MM. Joffroy, Lancereaux et Gilles de la Tourette; — M. Widal, suppléant.

Jeudi 2 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Richelot et Thiéry.

2e (nouveau régime) : MM. Rémy, Gley et André.

2e (2e partie) : MM. Raymond, Roger et Langlois.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Panas, Maygrier et Faure; — (2e série) : MM. Guyon, Bonnaire et Albarran.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Thoinot et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

Vendredi 3 mars, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Blanchard et Broca (André).

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Walther et Sébileau; — (2e série) : MM. Humbert, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Gaucher et Widal; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. André, suppléant.

Samedi 4 mars, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Raymond, Hanriot et André.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Hallopeau et Marfan; — (2e série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Roger.

4e : MM. Pouchet, Chantemesse et Widal; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Quénu et Bonnaire; — M. Albarran, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

96. M. Bressy. Contribution à l'étude des formes latentes de la maladie d'Addison. — 97. M. Trotin. De la ligature de l'hypogastrique comme méthode atrophiante. (Hypertrophie de la prostate. Cancer de l'utérus.) — 98. M. Malterre. Du manuel opératoire de la néphropexie. (Description d'un nouveau procédé.) — 99. M. Getten. Contribution à l'étude des kystes hydatiques rétro-vésicaux. — 100. M. Petit. Contribution à l'étude du pouls capillaire visible. — 101. M. Bertrand. Paralysie douloureuse chez l'enfant. Sa pathogénie. — 102. M. Deshayes. Contribution à l'étude des streptococcies par thrombo-phlébite du sinus latéra d'origine auriculaire. — 103. M. Mareschal. Du rôle musculaire dans la pathogénie des entorses du genou. — 104. M. Goizet. De la cystoscopie et des cystoscopes. — 105. M. Enard. Contribution à l'étude des délires multiples successifs ou coexistants. — 106. M. Bégué. Les consultations charitables de Renaudot. — 107. M. Fauquet. Essai sur le travail en chambre considéré au point de vue sanitaire. — 108. M. Labiche. Des pleurésies à bacille d'Éberth. — 109. M. Lapez. De l'hémiplégie des ataxiques. — 110. M. Bertin. Infections des nouveau-nés dans les couveuses. — 111. M. Tual. Traitement des fractures de la rotule par le cerclage. — 112. M. Gros. Contribution à l'étude des kystes hydatiques musculaires. — 113. M. Tulasne. Contribution à l'étude des kystes glandulaires du pancréas. — 114. M. Paumier. Contribution à l'étude du traitement des hernies crurales irréductibles. — 115. M. Bureau. Hémorragies traumatiques du foie chez le nouveau-né pendant l'accouchement. — 116. M. Meynier. Un cours provincial d'accouchement du XVIIIe siècle. — 117. M. Landau. Traitement des hémorragies post-partum. — 118. Mlle Chatermikoff. Contribution à l'étude du lait stérilisé chez les nourrissons. — 119. M. Thébault. Des troubles cardiaques dans la dysenterie. — 120. M. Mathieu. De la suppression du cristallin transparent dans le traitement de la myopie forte stationnaire et de la myopie progressive. — 121. M. Bachelier. Des métrorragies virginales essentielles. — 122. Mlle Lascowska. Contribution à l'étude de l'ecthyma térébrant infantile. — 123. M. Chartier. De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses. — 124. M. Noica. Contribution à l'étude de la fétidité dans les maladies de l'appareil respiratoire. — 125. M. Decroix. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse chez les femmes enceintes. — 126. M. Mouille. Des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme. — 127. M. Morandeau. Contribution à l'étude des arthropathies consécutives aux traumatismes médullaires et particulièrement aux fractures du rachis. — 128. M. Morely. Essai sur l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale. — 129. M. Lanfranchi. Les hématuries atypiques et la cystoscopie. — 130. M. Deschamps. Du sport vélocipédique. Effets physiologiques. — 131. M. G. Guérin. Syphilis du cœur. — 132. M. Métayer. Les injections intramusculaires de sublimé à doses rares et élevées dans la syphilis. Comparaison avec le calomel et l'huile grise. — 133. M. Bouteillier. De l'iridocyclite dans les tumeurs intra-oculaires. — 134. M. Ilieff. De la colpopexie abdominale dans le traitement radical du prolapsus utérin. — 135. M. Fassina. Des douleurs intermenstruelles. — 136. M. Follet. La réorganisation des hôpitaux du Havre. — 137. M. Yvert. Contribution à l'étude historique et séméiologique des délires religieux. — 138. M. Hauviller. Du suicide. Unité de son étiologie. Son traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En raison des obsèques de M. le président de la République, qui doivent avoir lieu jeudi prochain 23 février, la séance de distribution aux externes de première année (première moitié de la liste) des cartes de placement dans les services hospitaliers est remise au lendemain vendredi 24 février à une heure et demie, et pour la seconde moitié de la liste au samedi 25 février à deux heures et demie.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. Rigal est nommé médecin honoraire des hôpitaux. — MM. Polaillon, Périer et Théophile Anger sont nommés chirurgiens honoraires des hôpitaux.

— M. le docteur Chaslin est nommé médecin du quartier des aliénés, à l'hospice de Bicêtre.

— La subvention accordée par le Conseil municipal à l'Assistance publique pour les études médicales s'élève à la somme de 91 800 francs se décomposant comme suit :

1° Bibliothèque médicale des hôpitaux et hospices : 21 700 fr., dont 14 300 pour les bibliothèques des internes en médecine; et 7 400 pour les internes en pharmacie.

2° Laboratoires des hôpitaux : 58 700 fr., dont 6000 au laboratoire de photographie et de radiographie de la Salpêtrière ; — 3 800 à M. Robin, à la Pitié ; — 3 500 à M. Tenneson, à Saint-Louis, et à MM. Hutinel et Jalaguier, pour leur laboratoire commun des Enfants-Assistés ; — 3 000 au laboratoire de l'hôpital Boucicaut, commun aux trois chefs de service ; — 2 000 à M. Landouzy, à Laënnec ; — 2 000 à MM. Fernet, à Beaujon ; Kirmisson, à Trousseau ; Cornil, à l'Hôtel-Dieu ; Ballet et Gaucher, à Saint-Antoine ; — 1 800 à MM. Babinski, à la Pitié ; du Castel, à Saint-Louis ; Brocq, à Broca ; Blum, à Saint-Antoine ; Chantemesse, au bastion 29 ; — 1 500 à MM. Bazy, à Beaujon ; Gouguenheim, à Lariboisière ; Porak, à la Maternité ; Déjerine, à la Salpêtrière ; Maygrier, à la Charité ; Monod, à Saint-Antoine ; — 1 200 à MM. Hallopeau, à Saint-Louis ; Gilbert, à Broussais ; Lepage, à la Pitié ; Renaut, à Ricord ; Reynier, à Lariboisière ; Roger, à Aubervilliers ; Widal, à la Maison de santé ; — 500 à M. Bourneville (fondation Vallée).

3° 9 000 fr. aux bourses de voyage pour études à l'étranger, de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie.

4° Amphithéâtre : 2 400 fr. pour frais d'études physiologiques.

— Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1899, M. Zumbiehl, médecin-major de deuxième classe, a été mis à la disposition de M. le ministre des affaires étrangères pour être attaché à la mission militaire au Maroc.

— *Hôpitaux de Reims.* — Un concours pour une place de chirurgien-suppléant s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Reims, le mercredi 24 mai 1899, à huit heures et demie du matin.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours pour la nomination de deux médecins-adjoints des hôpitaux, ouvert le 2 février à l'Hospice-Général, s'est terminé par la nomination de MM. Hébert et Salles.

— *École de médecine de Poitiers.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale s'ouvrira le 1er mai 1899, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Trabaud, médecin principal du port de Rochefort, est autorisé à servir temporairement, jusqu'au 1er juillet 1899, au port de Toulon. — M. Rit, médecin principal au 5e régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, servira, sur sa demande, à compter du 1er mars 1899, au 4e régiment de garnison à Toulon. — MM. Bonnescuelle de Lespinois, médecin de première classe au 4e régiment, et Fournes, médecin de deuxième classe au 8e régiment, serviront, à compter du 1er mars 1899, au 4e régiment de garnison à Toulon.

— MM. les médecins de première classe Dufourcq, du 5e d'infanterie de marine à Cherbourg, et Lefebvre, destiné au bataillon de Diégo-Suarez, sont autorisés à permuter.

— M. le docteur Vincent, qui vient d'être promu médecin de première classe, est affecté au port de Brest.

— Liste de départ pour les colonies :

1° Médecins principaux : MM. 1 Négadelle, 2 Alix (P.-M.), 3 Burot, 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Hervé (H.-M.-V), 8 Rit, 9 Ludger.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Audibert (P.-H.), 2 Guitton, 3 Avrilleaud, 4 Roby, 5 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Poret, 2 Barot, 3 Prigent, 4 Préboist, 5 Mottin, 6 Porre, 7 Maillin, 8 Forgeot, 9 Denis (A.), 10 Merleau-Ponty, 11 Michollet, 12 Pellan, 13 Bartet, 14 Rejon, 15 Fournes, 16 Chalibert, 17 Berger, 18 Cassieu, 19 Lacombe, 20 Abbatucci, 21 Sarrat, 22 Palasne de Champeaux, 23 Auregan, 24 Foucherand, 25 Duranton.

— A partir du 1er janvier 1900, tuberculeux et tuberculeuses seront reçus dans des maisons spéciales que l'administration de l'Assistance publique de Paris doit organiser.

— La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira le lundi 1er mai 1899, à huit heures du soir, au palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, à Paris. — Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, à M. le docteur Joal, secrétaire général, 17, rue Cambacérès, à Paris.

A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa réunion prochaine la discussion des questions suivantes : 1° De l'anosmie (rapporteur : M. Collet) ; — 2° Les épreuves de l'ouïe (rapporteur : M. Bonnier).

— La prochaine réunion de la Société française d'ophtalmologie aura lieu cette année le lundi 1er mai, à huit heures et demie précises du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Prière d'envoyer, avant le 15 mars au plus tard, le titre de la communication que l'on désire faire, à M. Duboys de Lavigerie, secrétaire général, 56, rue de la Victoire.

Le rapport de cette année est le suivant : De la suppression du cristallin transparent. (M Pflüger, de Berne, rapporteur.)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Biarnès, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse ; Denis (d'Avignon), Guère (de Dijon), Ridreau (de Baugé), Tournon (d'Istres).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion des Régates internationales de Cannes et de Nice, du tir aux pigeons de Monaco et des vacances de Pâques, la Compagnie délivrera du 21 février au 4 avril 1899, des billets d'aller et retour, 1re classe, valables pendant vingt jours, et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes, 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.

On trouvera des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences spéciales

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence Desroches, deux excursions permettant de visiter :

La première, l'Algérie et la Tunisie. Départs de Paris les 8 et 29 mars. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 825 fr. ; 2e classe, 750 fr.

La deuxième, l'Égypte et le Nil. Départ de Paris le 22 février. Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1 850 fr. ; 2e classe, 1 625 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 23. — JEUDI 23 ET SAMEDI 25 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. — JEUDI 23 ET SAMEDI 25 FÉVRIER 1899. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine a levé sa séance en signe de deuil.

— Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — M. les docteurs Danjou, délégué cantonal à Boulogne-sur-Seine; Haelling, conseiller municipal, délégué cantonal à Montrouge.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Bergé, professeur à l'Association philotechnique de Paris; Gasne, chef de clinique à la Salpêtrière; Marty, médecin de la Société amicale et de prévoyance de la préfecture de police; Philippe, chef du laboratoire de la Salpêtrière; Sébillotte, médecin de la Société amicale de la préfecture de police.

— Par décret, en date du 21 février 1899, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Dedet, médecin de première classe de la marine en retraite.

— Par décision présidentielle, en date du 21 février 1899, la démission de son grade de médecin de première classe de la réserve de l'armée de mer, offerte par M. le docteur Boussac, du port de Toulon, a été acceptée.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Landrieux, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours de clinique annexe, en remplacement de M. Anger, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Sont nommés au laboratoire de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu : 1° chef de laboratoire M. le docteur Jolly, en remplacement de M. Du Pasquier, décédé ; — 2° Chef des travaux chimiques : M. Gandy, interne des hôpitaux, en remplacement de M. Jolly, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denucé, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Le Conseil de l'Université a décidé la création d'un cours de laryngologie à ladite Faculté, au traitement de 2000 francs.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Cestan, agrégé, est nommé chef des travaux de médecine opératoire en remplacement de M. Bauby, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Thibault, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie interne.

M. Brin, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe.

— *Corps de santé de la marine.* — Le jury du concours pour l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole de Bordeaux, dont l'ouverture doit avoir lieu à Brest, le 28 mars prochain, sera composé de : M. l'inspecteur général du service de santé, président; M. Barret, médecin en chef à Brest, membre; Chevalier, médecin principal, sous-directeur de l'école du service de santé à Bordeaux, membre.

M. le médecin de deuxième classe Denis est destiné pour le 15 mars prochain au croiseur l'*Isly*, à Brest.

M. Guérard, médecin de deuxième classe de réserve du port de Toulon, est maintenu, sur sa demande, dans les cadres de la réserve de l'armée de mer, à l'expiration du temps de service exigé par la loi du recrutement.

— S. M. I. le Sultan vient de conférer la deuxième classe de l'Osmanié à M. le docteur Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur.

— M. le docteur Bruchon fils est nommé médecin-adjoint au lycée de Besançon, en remplacement de M. le docteur Saillard, démissionnaire.

— M. le docteur Colin est nommé médecin-adjoint au lycée de Quimper, en remplacement de M. le docteur Giffo, dont la démission est acceptée.

— Le Ve Congrès français de médecine s'ouvrira à Lille, le vendredi 28 juillet 1899, sous la présidence de M. le professeur Grasset (de Montpellier).

Les trois questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès : 1° Des myocardites (rapporteurs : MM. Huchard et Renaut, de Lyon); — 2° Des adénites et leucémies (rapporteurs : MM. Denis, de Louvain, et Sabrazès, de Bordeaux); — 3° L'accoutumance aux médicaments (rapporteurs : MM. Simon, de Nancy, et Heymans, de Gand). — Ces rapports seront imprimés et distribués, un mois environ avant l'ouverture du Congrès, à tous les membres adhérents. Tous les membres du Congrès sont, en outre, libres de faire des communications sur un point quelconque des sciences médicales.

Toute demande de renseignements peut être, dès à présent, adressée à M. le docteur F. Combemale, secrétaire général du Congrès, 128, boulevard de la Liberté, à Lille.

— Le samedi 11 mars prochain, à deux heures, aura lieu au tribunal civil de la Seine, par le ministère de Mes Brunet et Gieules, avoués, la vente de l'établissement thermal et des sources de Bussang (Vosges). La mise à prix est de 500000 francs.

NOUVEAUX FAITS

RELATIFS A LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU COUDE ; AUTOPSIE D'UN COUDE RÉSÉQUÉ TOTALEMENT DEPUIS VINGT-HUIT ANS ET RECONSTITUÉ EN UNE NÉARTHROSE SOLIDE ET ÉNERGIQUEMENT MOBILE, AYANT TOUS LES CARACTÈRES D'UN GINGLYME PARFAIT (1).

Par M. le professeur OLLIER (de Lyon).

La régénération osseuse chez l'homme ne peut plus être mise en doute, mais la question est si étendue et si complexe qu'il me paraît utile d'apporter de nouveaux documents pour dissiper les incertitudes qui règnent encore sur certains points incomplètement étudiés jusqu'ici. Il y a, dans cet ordre d'idées, des vérifications anatomiques qu'on ne peut faire qu'avec le temps et par un concours de circonstances purement accidentelles. Il est, en outre, une démonstration que le temps seul permet de fournir : c'est celle de la permanence des résultats se prolongeant pendant trente ou trente-cinq ans (2), sans autre déchet que la diminution des forces dues à l'affaiblissement pathologique ou sénile portant sur l'ensemble de l'organisme.

Cette première communication a pour but de relater l'autopsie d'un coude réséqué par moi, le 17 juin 1870, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse avec fongosités très abondantes et fistules ossifluentes multiples. Mon opéré est mort en octobre 1898, c'est-à-dire vingt-huit ans et quatre mois après la résection. Il n'a pas succombé à la tuberculose, dont à plusieurs reprises on avait craint, depuis quelques années déjà, le retour dans le poumon. Son articulation réséquée a été absolument indemne. Il a succombé à une affection néoplasique des vertèbres complètement différente de la tuberculose.

Ce qui fait l'intérêt de cette autopsie, c'est qu'elle a porté sur un sujet présentant un des plus beaux résultats que j'ai obtenus, tant au point de vue orthopédique qu'au point de vue fonctionnel (*Traité des résections*, t. II, p. 350 et suiv.). Le coude était reconstitué en un ginglyme parfait; il présentait une solidité latérale absolue et jouissait de mouvements complets et très énergiques de flexion et d'extension (ces derniers s'étaient cependant limités depuis quelques années à la suite de douleurs rhumatoïdes). Des muscles puissants s'inséraient autour de l'articulation à leur place normale. La néarthrose était déterminée par la rencontre et l'exacte adaptation des nouvelles tubérosités humérales avec les extrémités, également de nouvelle formation, des os de l'avant-bras, et, en particulier, avec un olécrane large et épais qui se logeait, dans l'extension complète, dans une fosse olécranienne déterminée en arrière par la saillie des deux tubérosités latérales de l'humérus. C'est le coude gauche qui avait été réséqué. Or, notre opéré portait de ce côté avec la main, et « à bras tendu horizontalement », un poids de 17 kilogrammes. Le membre normal, c'est-à-dire le membre droit, en portait 20 dans les mêmes conditions. C'est à peu près la différence qu'on observe normalement entre le membre droit et le membre gauche, chez les droitiers.

Depuis sa guérison, notre opéré avait mené la vie la plus pénible, travaillant toujours soit comme ouvrier tuilier, soit comme vigneron. Il avait une telle ardeur au travail qu'il répétait volontiers qu'il gagnait 6 francs pendant que ses camarades en gagnaient 5. Il a continué de travailler juqu'en juin 1898. A ce moment, il vint à la clinique, se plaignant de douleurs sourdes et continues dans les reins et d'impossibilité de marcher.

Je crus d'abord à une poussée tuberculeuse dans les vertèbres, mais c'était une erreur. A l'autopsie, on trouva des masses cancéreuses dans les vertèbres, les côtes, la clavicule.

La principale tumeur avait détruit les corps des premières vertèbres lombaires et avait perforé le canal médullaire. Le tissu néoplasique était du cancer alvéolaire.

Malgré l'atrophie des muscles, qui avait progressé rapidement dans les trois derniers mois passés au lit avec des souffrances excessives dans le thorax et la région lombaire, la néarthrose avait conservé la conformation et la structure qu'elle avait acquises par le fait de la résection sous-capsulo-périostée, c'est-à-dire par le fait de la conservation du canal periosto-capsulaire, constitué à la fois par l'organe de la régénération osseuse et les tissus propres à assurer la forme, la solidité et en même temps la mobilité régulière des masses osseuses néoformées.

Cette autopsie va donc nous permettre de nous rendre compte des particularités anatomiques en rapport avec le fonctionnement d'une néarthrose qui avait réalisé tout ce qu'on peut espérer au point de vue orthopédique et fonctionnel.

On constate d'abord autour de l'articulation des muscles épais, encore bien nourris, malgré l'atrophie éprouvée dans les derniers mois de la vie, et régulièrement implantés sur les tubérosités nouvelles. Le triceps s'insère, par un large et épais tendon, sur un olécrane notablement plus épais que l'olécrane normal. Tous les autres muscles (sauf le petit anconé qui s'atrophie toujours par le fait de la section de son nerf) se trouvent dans les mêmes conditions; le brachial antérieur, entre autres, s'insère sur une apophyse coronoïde de nouvelle formation. Entre l'olécrane et la tubérosité interne de l'humérus se voit un canal dans lequel est logé le nerf cubital.

L'adaptation et l'articulation des tubérosités osseuses de nouvelle formation se font d'une manière qui rappelle complètement la disposition du coude normal, comme le montrent les aquarelles que je mets sous les yeux de l'Académie. La masse osseuse reproduite paraît plus volumineuse que la partie analogue du coude sain. L'olécrane est plus large et plus épais; du côté de l'humérus, le diamètre bicondylien mesure 75 millimètres pour le membre opéré et 70 millimètres pour le membre sain. Il y a cependant une modification, que j'ai depuis longtemps signalée, dans la forme des tubérosités humérales. Au lieu d'être transversales, elles se dirigent en bas, sous forme d'appendices malléolaires. Elles emboîtent les os de l'avant-bras, comme les malléoles tibiale et péronière emboîtent l'astragale, et augmentent ainsi la solidité de la néarthrose. L'apect extérieur de la néarthrose, dont les pièces constituantes sont exactement adaptées par la capsule et les ligaments périphériques, donne l'impression d'une articulation très solide, impression que confirme l'impossibilité d'imprimer le moindre mouvement de latéralité aux os de l'avant-bras.

La coupe des os présente des particularités importantes à signaler au point de vue de la structure des éléments constitutifs de la néarthrose. J'avais réséqué une hauteur de 64 millimètres de la colonne osseuse, 45 millimètres de l'humérus, 19 millimètres sur le cubitus au-dessous de la

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) La plus ancienne de mes résections du coude, faite sur des sujets actuellement vivants, remonte à trente-cinq ans (1864). Mon opérée, qui est bien portante d'ailleurs, a conservé une articulation mobile et gagne sa vie comme femme de ménage.

cavité sigmoïde, c'est-à-dire sans compter l'olécrane, hauteur un peu moindre du radius. Il est impossible de se rendre exactement compte sur l'humérus des limites de l'os ancien. La fusion est complète entre la masse osseuse nouvelle et l'os ancien, et ce n'est que par la mensuration des deux humérus qu'on voit que la néoformation a été surtout latérale. Du côté du cubitus, on peut mieux se rendre compte des limites de l'os ancien, et l'on voit alors que toute la masse olécranienne, la cavité sigmoïde et l'apophyse coronoïde sont de formation nouvelle. Le tissu de l'olécrane est compact en arrière, très dur, mamelonné extérieurement, mais lisse et recouvert d'un périoste très adhérent. La conformation intérieure est très irrégulière et l'on voit, sous l'apophyse coronoïde, un sillon vermiculaire pénétrant dans la masse olécranienne et rempli d'un tissu fibreux d'aspect chondroïde. Une nouvelle tête du radius s'articule avec l'humérus, mais au lieu d'une cupule circulaire, il y a une surface articulaire antéro-postérieure. L'irrégularité de cette surface et la présence de saillies irrégulières sur le bord externe de l'olécrane expliquent pourquoi les mouvements de pronation et de supination ne pouvaient pas atteindre leur amplitude normale.

La cavité articulaire n'existe pas, à proprement parler, sur toute l'étendue de la surface humérale. C'est seulement au milieu, dans l'espace trochléen, qu'il y a une cavité distincte. A ce niveau, la surface humérale est lisse, mais ne présente pas de cartilage; c'est une surface osseuse, lisse, polie comme la porcelaine, qui joue sur un ménisque fibreux interposé entre l'humérus et le cubitus.

Sur les côtés, au niveau des tubérosités humérales, c'est par un tissu fibreux lâche que les os sont unis. Les circonstances dans lesquelles a été pratiquée l'autopsie n'ont pas permis de s'assurer si la partie fibreuse de la loge articulaire était recouverte d'une véritable couche épithéliale.

Quant à la structure de l'ensemble des parties osseuses néoformées, je les ai trouvées moins compactes que dans des autopsies plus récentes; tout en restant compactes sur certains points (saillies malléoliformes), elles se sont raréfiées dans d'autres, et au niveau de la réunion probable des parties néoformées avec les parties anciennes, on retrouve une architecture qui rappelle la disposition normale des trabécules du tissu spongieux.

Telle est la constitution de cette néarthrose, qui démontre ce qu'on peut obtenir comme résultat définitif et permanent de la résection sous-périostée du coude. C'est la plus ancienne résection dont j'aie pu faire l'autopsie. Je n'en avais pas au delà de huit ans, et celle-ci nous donne l'état de la néarthrose vingt-huit ans et quatre mois après l'opération. Je ne connais pas, dans la littérature médicale, de cas qui puisse lui être comparé. C'est donc un fait unique jusqu'ici, et qui me paraît d'autant plus précieux que les circonstances me permettent d'en recueillir de semblables se rencontrent rarement. Dans tous les cas, il apporte, à cause de l'ancienneté de la résection, une preuve, encore plus décisive que celles que j'ai pu donner jusqu'ici, en faveur de la régénération osseuse et de la reconstitution des articulations chez l'homme. Ils montrent la permanence des résultats obtenus au point de vue orthopédique et fonctionnel. Et, d'autre part, au point de vue médico-chirurgical, il a une importance particulière puisqu'il démontre la persistance de la guérison locale chez un tuberculeux, malgré quelques retours offensifs de la tuberculose sur les organes internes, et malgré le fonctionnement constant et souvent excessif de l'articulation réséquée.

PATHOGÉNIE DES MALFORMATIONS DU CŒUR
EN PARTICULIER DE LA PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL (1)

Par le docteur G. Gérard,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lille,
Ancien interne des hôpitaux.

III

Pathogénie de la persistance du canal artériel. — Leudet (1855), à propos d'une observation de Luys (2), divise les faits de persistance en deux catégories : ceux où cette persistance est simplement un arrêt de développement et ceux où elle résulte de quelque maladie du fœtus.

Cette division peut être prise pour base.

Nous examinerons successivement :

La persistance isolée, primitive;

La persistance secondaire, consécutive quelquefois à une maladie du fœtus, — le fait est possible, — observée le plus souvent avec d'autres malformations cardiaques ou vasculaires plus ou moins complexes. La persistance dans ces cas est la conséquence de ces malformations; le canal artériel a alors un rôle de suppléance.

a. *Persistance simple du canal artériel.* — Elle peut être due à plusieurs causes :

α. Anomalie dans la physiologie circulatoire;

β. Anomalies dans la physiologie respiratoire.

γ. Absence du processus anatomique de l'oblitération.

Bien que cette dernière théorie ne repose sur aucun fait d'observation, l'hypothèse ne nous semble pas illogique et peut être soutenue avec quelque vraisemblance. Nous rappelons cependant qu'aucun examen histologique n'a été pratiqué dans les cas de persistance isolée, et qu'on peut simplement supposer que le canal avait la structure qu'on lui connaît avant la naissance.

Nous avons vu que, si la respiration ne s'établit pas dès la naissance, si les inspirations ne sont pas assez fortes, il ne se produit pas d'accolement intime de l'artère pulmonaire et de l'aorte, au-dessous du point d'émergence de la sous-clavière gauche; le canal artériel n'étant pas tiraillé reste béant et laisse passer le sang, conservant ainsi le rôle qu'il avait avant l'accouchement.

α. *Anomalies dans la physiologie circulatoire.* — Duroziez, se fondant sur une observation de Bénezerd Smith (1), admet que l'occlusion prématurée du trou de Botal peut entraîner la persistance du canal artériel. Rokitansky croit aussi à l'importance des troubles dans la circulation. « Dans les cas de beaucoup les plus nombreux, dit-il, le canal resté ouvert présente un segment vasculaire en entonnoir, vers lequel l'ouverture aortique est large et l'ouverture de l'artère pulmonaire est étroite.

Dans les cas rares, le canal plus large, plus court, est de même calibre à ses deux ouvertures. La direction du courant sanguin de l'aorte vers la pulmonaire est irréfutablement démontrée dans les premiers cas par la forme du canal et de ses ouvertures. L'orifice de l'artère pulmonaire a parfois un aspect qui pourrait s'expliquer par une réouverture violente effectuée du côté de l'aorte. »

Schanz n'admet pas cette étiologie.

β. *Anomalies dans la physiologie respiratoire.* — En 1847, ...

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 198

(2) Luys. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1855, p. 74.

(3) B. Smith. *Arch. gén. de méd.*, 4e s., t. XVII, p. 89.

propos de l'observation de Babington (v. plus haut), le docteur Gull (de Londres) remarqua que ce cas était intéressant par l'état des poumons dont la base présentait quelques points comparables à l'étal fœtal (*atelectatic from birth*). Il considérait cette circonstance comme une cause de l'obstruction considérable de la circulation pulmonaire; « car les poumons rejettent vers le cœur par l'artère pulmonaire une grande quantité de sang qui maintient un courant sanguin de ce dernier vaisseau vers l'aorte ». Une seule objection : il n'était pas prouvé que ces points atélectasiés fussent congénitaux.

Il nous semble que l'obstacle doit être cherché autre part que dans les poumons, qui sont préparés peu à peu à subir la présence de l'air à la naissance.

Il faudrait plutôt invoquer un rétrécissement des voies aériennes supérieures. M. Gallois (1) a montré que tous ses malades atteints d'hypertrophie de croissance du cœur étaient soit des naso-pharyngiens, soit des adénoïdiens récents ou anciens. N'est-il pas admissible que la persistance du canal artériel soit la conséquence d'un rétrécissement congénital de la trachée ou des bronches, ou d'une malformation quelconque des voies aériennes supérieures? Ces malformations seraient dans certains cas incompatibles avec la vie, dans d'autres cas, elles entraîneraient la persistance du canal artériel, isolée ou accompagnée de la persistance du trou de Botal, l'hypertrophie du cœur, et donneraient plus ou moins rapidement les symptômes de gêne respiratoire qu'on met habituellement, et à tort, sur le compte des lésions cardiaques.

b. *Persistance secondaire du canal artériel par malformations de voisinage.* — On a voulu poser en principe que la persistance du canal artériel ne pouvait s'observer isolément. Dans la littérature médicale, nous avons trouvé quinze cas de persistance isolée; et nous-même en avons observé un cas — à l'amphithéâtre — sur un enfant de neuf mois (2).

A part ces cas exceptionnels, nous admettons que la persistance du canal artériel est le plus souvent consécutive, et « se trouve *toujours* (?) combinée, soit avec la persistance du trou de Botal, soit avec la perforation de la cloison interventriculaire, soit avec les communications auriculaire et ventriculaire réunies. Cette persistance du canal artériel existe le plus souvent avec une artère pulmonaire congénitalement rétrécie et même oblitérée complètement, et dans ce cas la persistance du canal artériel, après la naissance, est évidemment destinée à suppléer l'artère pulmonaire qui est à l'état de vestige et dont l'orifice ventriculaire est alors extrêmement rétréci ou entièrement oblitéré » [Cruveilhier (3)].

Cruveilhier reprend son idée en 1857 : « Quand l'artère pulmonaire est oblitérée, le canal artériel est toujours perméable et cette condition est indispensable. »

Vidal, à propos d'une observation de Viaud-Grandmarais (4) admet que la persistance du canal artériel, « en l'absence d'une communication interauriculaire ou interventriculaire, implique presque nécessairement une altération congénitale de l'aorte ou de l'artère pulmonaire. »

Bernutz (5), rapportant un cas de persistance isolée, était tenté d'admettre que l'atrésie concomitante de l'orifice ventriculo-aortique avait pu mettre obstacle à la projection de l'ondée sanguine dans l'aorte ; puis il finit par croire qu'on ne devait pas rattacher l'un à l'autre les deux vices de conformation. Autre part, Bernutz (1) revient sur la question : « Dans le plus grand nombre des observations, mais non dans toutes, comme l'a professé Cruveilhier, la persistance du canal artériel se trouve associée à un vice de conformation du centre circulatoire, qui peut lui-même être simple ou complexe. » Dans le cas où on trouve persistance du trou de Botal et du canal artériel, « on doit considérer le maintien de ces deux dispositions du troisième mode de circulation fœtale, comme l'effet d'une seule et même cause qui a entravé le travail physiologique du trou ovale et du canal artériel et ne pas chercher à expliquer l'une de ces dispositions par le maintien de l'autre... La cause de cette persistance simultanée du trou et du canal de Botal est indéterminée. »

Pour Cadet de Gassicourt (2), la persistance du canal artériel est toujours secondaire ; « c'est plutôt une conséquence des autres anomalies cardiaques qu'une anomalie véritable. » Les observations de Bernutz, Babington, Peacock, Durozier, Crouset, Darier, Hochhaus, etc., abattent cette assertion. D'autre part, Chevers (3) nous dit : « ... Lorsque des enfants naissent avec un rétrécissement considérable de l'orifice pulmonaire, on peut poser en règle générale que l'obstacle à la circulation, quelque considérable qu'il puisse être, n'est pas toujours suffisant pour empêcher l'oblitération du canal artériel. »

Nous admettons que la persistance secondaire du canal artériel est souvent liée au rétrécissement de l'artère pulmonaire, qui « modifie profondément les conditions de développement du cœur par l'action qu'il exerce sur l'occlusion définitive des cloisons, sur la persistance du canal, et peut-être sur le calibre des vaisseaux capillaires... L'occlusion complète de l'artère pulmonaire ne pourrait se produire après la naissance sans amener la mort immédiatement, puisque le canal artériel n'existe plus et qu'aucune voie collatérale n'aurait le temps de se former pour permettre l'abord du sang aux poumons ».

Dans certains cas, le canal artériel persiste en même temps que le trou de Botal, sous l'influence de causes parfaitement inconnues.

IV

Une question accessoire se pose, qui a été soulevée par Barth (4). L'oblitération physiologique du canal artériel peut-elle retentir sur les vaisseaux voisins?

« Si l'on réfléchit, dit Barth, au siège de la lésion (rétrécissement de l'aorte), précisément au niveau de l'insertion du canal artériel, on est autorisé à penser avec Rémy et Reynaud que le travail d'oblitération normal de ce dernier a pu influer sur le rétrécissement de l'aorte elle-même, et qu'ainsi tous les cas de cette série paraissent remonter à une époque voisine de la naissance et peuvent être considérés comme des lésions congénitales. »

(1) Gallois. *Bull. méd.*, 22 déc. 1897.
(2) G. Gérard. *Bibliographie anatomique*, 1898, nº 4.
(3) Cruveilhier. *Anatomie pathologique*, 1852, t. II, p. 467.
(4) Viaud-Grandmarais. Soc. anat., déc. 1857.
(5) Bernutz. *Arch. gén. de méd.*, 4e s., 1847, t. XX, p. 415.

(1) Bernutz. *Dict. Jaccoud*, art. Artériel, p. 248.
(2) Cadet de Gassicourt. *Traité des maladies de l'enfance*, 1887, t. II.
(3) Norman Chevers. *Recherches sur les maladies de l'artère pulmonaire*, traduit dans les *Arch. gén. de méd.*, 4e s., 1847, p. 451.
(4) Barth. *Rétrécissement et oblitérations spontanées de l'aorte*, Th. de Paris, 1837, nº 189.

Nous avons vu : 1° que le rétrécissement de l'aorte peut être congénital, mais que loin d'être produit par l'oblitération du canal artériel, il entraînerait souvent sa persistance; 2° que le canal artériel pouvait s'oblitérer *malgré* un rétrécissement de l'aorte; 3° que le développement inégal de l'aorte et de la pulmonaire après la naissance dépendait, non pas de l'occlusion ou de la persistance du canal artériel, mais de l'établissement de la grande et de la petite circulation.

V

CONCLUSIONS. — Les malformations du cœur sont expliquées par deux théories :

1° La théorie tératologique, soutenue surtout par Peacock, Guinard et Rokitansky; elle incrimine les arrêts de développement, qui entraînent ensuite des lésions qu'on doit considérer comme secondaires.

2° La théorie de l'infection, soutenue par Deguise, Bouilland, Cruveilhier, Lancereaux, etc. Les endocardites fœtales ne sont pas rares; elles intéressent surtout le cœur droit.

Nous adoptons la première théorie, qui a le mérite surtout de s'appuyer toujours sur l'embryologie et de ramener toutes les malformations du cœur à divers arrêts dans les stades de son évolution. Il reste à démontrer que la tératologie n'est qu'une pathologie atteignant les organes qui commencent à se développer.

Pour ce qui est de la persistance du canal artériel primitive, nous admettons qu'il faut l'expliquer par des troubles dans la physiologie circulatoire ou respiratoire. Les observations ne donnent pas de renseignements bien utiles. Les sujets ayant présenté la persistance isolée, étaient nés à terme et bien constitués (sauf dans le cas de Babington). Nulle part, on ne trouve notés de vices de conformation dans les antécédents héréditaires, jamais n'a été signalée l'endocardite à la naissance. Les seuls renseignements portent sur la cyanose et les accès de suffocation qui ont été signalés au premier jour de la vie. Dans beaucoup de cas, nous croyons que l'endocardite s'est greffée sur des lésions congénitales, après une attaque de rhumatisme, par exemple [cas de Darier (1)].

La persistance secondaire du canal artériel est causée par des malformations cardiaques ou vasculaires : cœur simple, communications interauriculaires ou interventriculaires, transposition des vaisseaux, rétrécissement ou oblitération de la pulmonaire ou de l'aorte, etc., qui font d'un vaisseau normalement transitoire un organe de première nécessité, destiné à suppléer les vaisseaux importants, en créant une voie de dérivation trop souvent précaire et insuffisante.

Bibliographie.

Nous rapportons les observations de persistance primitive ou secondaire que nous avons pu trouver; nous les classons suivant la gravité des lésions concomitantes à la non-occlusion du canal.

A. *Persistance isolée du canal artériel.* — 1. BERNUTZ. *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ s., t, XX., p. 415, 1847. — 2. BABINGTON. *London méd. Gaz.* mai 1847. — 3. LUYS. *Mém. Soc. de biol.*, 1855, p. 74. — 4. SANDERS. *Edinburgh med. Journ.*, juillet 1860. — 5. PEACOCK. *The Lancet*, 1861, t. II, p. 475. — 6. ALMAGRO. Th. de Paris, 1862. — 7. DUROZIEZ. *Bull. Soc. biol.*, 1863, p. 279 (2 obs.). — 9. CROUZET. *Bull. Soc. anat.*, 1869, p. 323. — 10. Hilton FAGGE. *Guy's Hosp. Reports*, 3ᵉ s., t. XVIII, p. 23, 1873. — 11. MALHERBE. *Etudes cliniques.* Nantes, 1883, 2ᵉ f., p. 44. — 12. DARIER. *Bull. Soc. anat.*, 1855, p. 55. — 13. GILBERT. *Bull. Soc. clin.*, 1866, p. 105. — 14. HOCHHAUS. *Deuts. archiv fur klin. med.* Leipzig, 1892, p. 1. — 15. J. REID. *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1840, t. LIII, p. 101.

B. *Persistance du canal artériel et du trou de Botal.* — 16. James HUMES. *Mem. of the med. Soc. of London*, Spry, 1802, p. 137. — 17. SEILER. Th. de Wittemberg, 1802, rapporté par Deguise. — Allan BURNS. *Obs. important diseases of the heart.* Edinburgh, 1809, p. 16. — 19. ENGLISH. *Malf. of the human heart*, London 1814, p. 12 (in Deguise). — 20. JURINE. *Mém. de la Soc. royale de méd.*, t. X, p. 52. — 21. PIBRET. *Bull. Soc. anat.*, janv. 1853, p. 4. — 22. Graily HEWITT. *Soc. path.*, London, 20 octobre 1857 (in *The Lancet*, 1857, t. II, p. 422). — 23. Mattew BAILLIE. Transposition des artères de la base avec persistance, etc., *The morbid human anatomy*, London, 1783. — 24. FARRE. Id. *On malf. of the human heart*, London, 1814, p. 29. — 25. HOLL. Id. *Wien. med. Jahrb.*, 1882, t. IV, p. 505.

C. *Persistance du canal artériel et du trou de Botal avec communication interventriculaire.* — 26. RICHERAND. *Phys.*, 7ᵉ édit. t. I., p. 326. — 27. R. CHASSINAT. *Arch. gén. de méd.*, 1836, 2ᵉ s., t. II, p. 80. — 28. HOLST (de Christiania). *Gaz. méd.*, 1837, p. 357. — 29. HOFKINS. *New-York med. record*, 1888., V. 33, p. 369.

D. *Rétrécissement et oblitération pulmonaire. Persistance du canal artériel seule ou concomitante avec la persistance du trou de Botal ou une communication interventriculaire.* — 30. HUNTER. *Med. obs. and inquiries*, 1783, t. VI, p. 491. — 31. SEILER. *Horn's neu's Arch.*, 1805. — 32. HODGSON. *London med. review*, t. V, n° 19. — 33. OBET. *Bull. des sc. méd.*, 1808, t. II, p. 65. — 34. SCHULER. *Diss. de morbo cœruleo*, Eniponte, 1810. — 35. HOUSTON. *Dublin hospital reports*, t. V, p. 234. — 36. CHEERER. *New England Journ. of med.*, 1821, t. V, p. 218. — 37. BRESCHET. *Rép. gén. d'anat. et de phys. path.*, 1826, t. II, p. 7. — 38. LEDIBERDER. *Bull. Soc. anat.*, 1847. — 39. OLLIVIER. *Bull. Soc. anat.*, 1861, p. 320. — 40. GUÉNIOT. *Bull. Soc. anat.*, 1862, p. 259. — 41. PEACOCK. *On malf. of the human heart*, 2ᵉ éd., 1866, p. 72. — 42. W. RAUB. *Mediz. Jahrbucher*, 1878, Heft 3.

E. *Anomalies et malformations complexes. Arrêts de développement de la pulmonaire, des cloisons du cœur, transposition des vaisseaux, malformations de l'aorte, absence des cloisons ayant entraîné la persistance du canal artériel.* — 43. MAREY. *Bull. Soc. anat.*, nov. 1857, p. 313. — 44. SPITTAL. *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XLIX, p. 109. — 45. MAURAN. *Philadelphia Journ. of med. and phys. sc.*, t. XIV, p. 253. — 46. N. CHEVERS. Traduit in *Arch. gén. de méd.*, 1847, 4ᵉ s., t. XIV. — 47. Albert F. STIFEL. *American Journ. of the med. sc.*, avril 1880. — 48. Haberson S. HERBERT. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1888, t. XXXIX, p. 67. — 49. FRENKEL. *Bull. Soc. anat.*, 1896, p. 277. — 50. HOWSHIP. *Practical obs. in surgery and morbid anatomy by cases.* London, 1816, p. 192. — 51. R. L. NIXON. *Dublin med. Journ.*, t. V. — 52. CANTON. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1848-1850, t. II, p. 38. — 53. VIAUD-GRANDMARAIS. *Bull. Soc. anat.*, décembre 1857, p. 417. — 54. Von ETLINGER. *Saint-Petersburger medicinische Woschenschrift*, 1891, n° 42, p. 371. — 55. W. HOWARD. *Arch. Pediat.* Philadelphia 1892, p. 22. — 56. SANDERS. *Philosophical trans.*, t. XCV, et *Arch. gén. méd.*, t. XIII, p. 424. — 57. RAMSBOTHAM. *Med. and physical Journ.*, t. LXI, p. 548. — 58. Norman CHEVERS. *London med. Gaz.*, juillet 1847, et *Arch. gén. de méd.*, 1847, 4ᵉ s., t. XIII, p. 503. — 59. FARRE. *Pathological researches*, p. 27. — 60. W. NORTHRUP. *New-York med. record*, p. 353, mars 1888,

(1) DARIER. *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 55.

rapporté dans la *Rev. des Sc. médic.*, t. XXXIII, p. 512, 1889. — 61. Howship. *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. IX, p. 299. — 62. Holot. *Hufeland's Journ.*, janv. 1837, et *Gaz. méd.*, 1837, p. 337. — 63. Jane. *On malformations of the human heart*, p. 27, London, 1814.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la tuberculose commençante chez l'enfant. (Landouzy.)

Faire habiter l'enfant à la campagne, sur un plateau abrité des vents les plus communs (plutôt qu'en plaine), où il vivra le plus possible en plein air, en évitant les refroidissements plutôt que le froid. En tous temps, porter de la flanelle, appliquée directement sur la peau ; en cas d'humidité, chausser des sabots ou des chaussures à semelles de bois plutôt que de caoutchouc. La nuit, coucher dans une vaste chambre aérée, exclusivement réservée au coucher et où l'enfant sera seul ; neuf heures de lit sur vingt-quatre.

Habituer l'enfant à respirer exclusivement par le nez ; lui faire faire, matin et soir, de grands lavages de la gorge, avec une solution chaude :

Eau bouillie . . . . 500 grammes
Acide borique . . . . 15 —

Pour l'usage externe.

Le matin au lever, le soir avant le coucher, faire pratiquer sur tout le corps une friction énergique, avec un gant de flanelle imbibé d'alcoolat de lavande.

Administrer, cinq minutes avant le premier déjeuner du matin, une cuillerée à soupe de :

Sirop de raifort composé du Codex. 500 grammes

Tous les matins, après la friction, appliquer un cataplasme sinapisé sur la région comprise entre la ligne des apophyses épineuses dorsales et le scapulum à droite.

En commençant le déjeuner de midi, administrer une cuillerée à soupe de la solution :

Eau distillée . . . . 300 grammes
Tannin. . . . . 20 —

Faire entrer dans l'alimentation de chaque jour, en plus d'une nourriture mi-carnée, bien mastiquée et bien insalivée, des tartines beurrées, deux sardines à l'huile et deux œufs frais peu cuits.

A la fin des deux principaux repas, donner une cuillerée à soupe de :

Vin de quinquina au Malaga . . 450 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . . . 40 —
Phosphate de soude . . . . . . 10 —

Surveiller les garde-robes, et, en cas de constipation, donner, le matin, un lavement d'un demi-litre d'eau bouillie, additionnée d'une cuillerée à soupe de glycérine.

Traitement des hémorroïdes.

Vaseline . . . . 15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne . . 20 centigrammes.
Antipyrine 1gr50
Salol. . . . . 1 gramme.
Cire . . . . Q. S.

pour obtenir une consistance assez solide.

Appliquer dans l'anus, deux ou trois fois par jour, gros comme une petite noisette. (*Presse médicale.*)

Injection au protargol dans la blennorragie (Neisser).

Protargol . . . . 1 à 3 grammes.
Eau distillée bouillie . . . 200 —

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATION

Savon gynécologique. — M. le secrétaire général donne lecture d'une note de M. Auguste Reverdin, dans laquelle l'auteur, après avoir insisté sur l'importance de la désinfection du vagin et sur l'insuffisance des moyens dont on dispose, fait connaître un appareil particulier, dont il est l'inventeur, et qui est destiné à obtenir un savonnage et un nettoyage parfait de la cavité vaginale jusque dans ses replis les plus inaccessibles.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. Michaux fait observer que, dans cette discussion, la plupart des chirurgiens finissent par se trouver d'accord sur ce point que, en présence d'un cas déterminé d'appendicite, presque tous opéraient de la même façon. Quant à lui, il se rallie complètement à la formule défendue par Roux, Jalaguier, Broca. Le conseil qu'ils ont donné relativement au traitement médical de la crise aiguë d'appendicite est certainement un bon conseil, à condition que l'on suive le malade de très près, pour ainsi dire de minute en minute, et qu'il n'hésite pas à prendre le bistouri dès qu'apparaît le moindre symptôme. C'est dans ces conditions seules que peut être défendu le traitement médical de la crise appendiculaire. Mais si M. Michaux se trouve d'accord avec les collègues qu'il vient de citer sur ce point, il s'en sépare relativement à l'attitude que doit prendre le chirurgien vis-à-vis des familles et des malades. L'incompétence des familles et des malades est absolue en pareille matière, et le public n'a que trop de tendance à repousser toute intervention chirurgicale et à se raccrocher à tout ce qui n'est pas une opération pour qu'un pareil langage relatif au traitement médical ne soit pas un danger. C'est alors que le traitement médical devient néfaste et que, alors que le chirurgien voudrait intervenir, les familles et les malades s'autorisent de cette concession faite par la Société de chirurgie au traitement médical, pour repousser toute intervention chirurgicale.

M. Michaux, dans cette communication, veut insister sur deux points : 1° la fréquence relative des péritonites diffuses; 2° le danger, quand on attend, de laisser se former des ulcérations, des perforations des plus dangereuses, et qui sont à la charge de la temporisation.

Les péritonites diffuses, dit M. Michaux, sont relativement fréquentes au cours d'une appendicite. En effet, si l'on veut bien se rappeler les chiffres fournis par plusieurs des orateurs qui ont pris la parole, on voit que M. Broca a eu affaire à 32 péritonites, sur lesquelles il en a perdu 28; M. Kirmisson avait 12 péritonites avec 12 morts; M. Chaput 17 avec 17 morts. Enfin M. Michaux n'a pu en sauver que 2. La péritonite diffuse est donc loin d'être rare, et on peut dire que, sur la totalité des appendicites, il y a un cas de péritonite sur 10 cas. Ces cas de péritonite diffuse doivent donc entrer en ligne de compte au point de vue de l'indication de l'intervention. Quand on se rend compte de la gravité de ces péritonites, on conçoit que le chirurgien préfère opérer sans les prévenir que d'avoir à intervenir en pleine péritonite, avec des chances presque fatales d'insuccès. La symptomatologie du début de la péritonite est très obscure; il n'existe pas de signes nets qui nous permettent de la dépister de bonne heure. Souvent, on observe un appareil symptomatique très bénin et le cas n'en est pas moins grave. Si on attend des signes très nets, on se trouve alors en présence d'une situation tellement grave que l'opération elle-même ne peut plus sauver les malades. C'est pour toutes ces

raisons que M. Michaux est partisan de l'intervention hâtive, car pour peu qu'on attende dans les cas graves on se trouve avoir trop attendu.

M. Michaux cite plusieurs exemples dans lesquels la mort a dû être mise à la charge de la temporisation. Il termine donc par la conclusion suivante : L'intervention hâtive est le seul traitement rationnel de l'appendicite aiguë.

M. GÉRARD MARCHANT estime qu'il serait très intéressant de faire une enquête comparative à la Société médicale des hôpitaux comme celle qui se poursuit en ce moment à la Société de chirurgie. Il serait, en effet, très utile de savoir dans quelles proportions les médecins guérissent les cas d'appendicite. Jusqu'ici, en effet, la question a été envisagée presque exclusivement au point de vue chirurgical. M. Marchant a opéré 58 cas d'appendicite dont 14 à froid avec 14 guérisons. Il a eu cinq morts.

Faut-il opérer tous les cas douteux, sans abcès, sans péritonite ? M. Marchant répond non. Il rappelle les cas dans lesquels il n'est pas intervenu, n'ayant pas trouvé de motifs suffisants d'intervention. Les six malades ont guéri, mais au moindre retour d'accidents M. Marchant n'hésiterait pas à les opérer. Une seule crise de moyenne intensité n'est donc pas, à ses yeux, suffisante pour justifier l'intervention. Il faut aussi compter avec les erreurs de diagnostic. M. Gérard Marchant cite l'exemple d'un enfant chez lequel on avait diagnostiqué une appendicite et chez lequel les douleurs étaient causées par un testicule s'engageant dans le canal inguinal droit. Il y a des cas où le diagnostic d'appendicite est difficile, incertain. Ces restrictions étant faites, M. Marchant reste partisan de l'intervention dans les cas d'empâtement, d'abcès et de péritonite ; temporiser dans ces cas, c'est illogique et dangereux. M. Marchant rappelle plusieurs cas dans lesquels la temporisation peut être considérée comme la cause de la mort. Quand il existe une péritonite généralisée, il ne faut pas hésiter à intervenir le plus tôt possible.

En résumé, M. Gérard Marchant est partisan de l'intervention hâtive dans les cas d'abcès, de péritonite, mais la simple douleur ne suffit pas, à ses yeux, pour justifier l'intervention. C'est ainsi qu'on peut dire que, bien traitée, bien opérée et opérée à temps, l'appendicite doit guérir.

M. HARTMANN considère que la discussion actuelle a eu une mauvaise influence sur la question du traitement de l'appendicite. On a pu dire, en effet, que les chirurgiens eux-mêmes revenaient au traitement médical de cette affection. N'a-t-on pas vu dans la dernière séance de l'Académie M. Ferrand s'appuyer sur les chirurgiens pour vanter le traitement médical ? Tandis qu'il serait de notre devoir, au contraire, de soutenir que l'appendicite n'est pas une affection médicale et qu'elle doit être traitée chirurgicalement. L'appendicite est une maladie d'ordre chirurgical. L'accord doit être unanime sur ce point. Tout appendice malade réclame une opération. Il se passe ici ce qui s'est passé pour les plaies pénétrantes de l'abdomen et M. Hartmann suit la même conduite dans les deux cas. Pour l'appendicite, il adopte sans restriction la formule de M. Dieulafoy. Il estime qu'on doit intervenir dans les vingt-quatre heures, dès qu'une appendicite a été diagnostiquée. Il ne faut pas attendre pour voir comment elle va évoluer. Il est impossible de le savoir, comment elle évoluera. Tout ce que nous devons savoir c'est que, le lendemain, il peut être trop tard. M. Hartmann a opéré 81 cas d'appendicite avec 13 morts. En réunissant les 360 cas qui ont été publiés, M. Hartmann trouve 66 décès soit environ 1 mort pour 5 cas. Or, il n'est pas douteux que cette statistique serait singulièrement améliorée si on opérait plus souvent et plus tôt.

M. Hartmann est donc d'accord avec M. Tuffier pour vanter l'intervention immédiate dans tous les cas et il considère comme dangereuse la ligne de conduite suivie par M. Brun. M. Hartmann ne veut plus retomber dans l'erreur où il est déjà tombé : il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'appendicite chez laquelle il y avait une détente. MM. Dieulafoy et Gilbert étaient partisans de l'intervention. M. Hartmann, préférant opérer cette malade à froid, conseilla d'attendre. On attendit et cette jeune fille mourut en trente heures de péritonite généralisée. M. Hartmann se déclare donc, comme MM. Poirier, Chaput et Tuffier, partisan de l'intervention constante et hâtive.

COMMUNICATION

Masque pour opération. — M. BERGER, en recherchant les causes multiples de ces infections accidentelles qu'on observe parfois sur le trajet des fils à la suite des opérations les plus compliquées, a cru pouvoir incriminer, parmi ces causes, la projection de la salive toujours inévitable quand le chirurgien parle au cours d'une opération. Pour éviter cet inconvénient, M. Berger a adopté un masque très léger et très simple, consistant en six épaisseurs de gaze réunies en un seul morceau qu'on fixe par un cordon sur la racine du nez, et qui descend jusque sur le tablier de l'opérateur. Ce masque n'est nullement gênant et garantit très bien le champ opératoire contre le danger de l'infection par la salive projetée. M. Berger a comparé un nombre donné de cures radicales de hernies opérées avant qu'il n'adoptât ce masque, avec une série des mêmes opérations pratiquées depuis qu'il l'a adopté. Or, il n'est pas douteux pour lui que l'absence complète d'infection secondaire des fils, dans la seconde série, doit être attribuée à l'efficacité de la nouvelle mesure qu'il a adoptée.

M. TERRIER ne met pas de masque et n'en mettra jamais. Il est parfaitement vrai que, quelque précaution qu'on prenne, on a parfois des fils qui suppurent. Bloch (de Copenhague) a démontré que tels fils qui, au commencement d'une opération, étaient parfaitement aseptiques, ne l'étaient plus à la fin de l'opération.

M. Terrier se lave les mains au moment de faire une opération, il imprime ses mains sur une préparation de gélatine. Les cultures faites sur celle-ci ne donnent rien. Mais s'il fait la même expérience à la fin de l'opération, les cultures prennent. Les fils eux-mêmes peuvent donc être infectés par les mains de l'opérateur. Il s'agit, dans ces cas, de staphylocoques blancs peu toxiques. L'infection de la plaie ne se fait qu'après dix ou onze jours. Un abcès peut aussi se développer sans élévation de température. Bloch n'a qu'un seul aide qui puisse toucher à ses fils et encore avec une pince aseptique. Le chirurgien lui-même ne prend ces fils qu'avec une pince stérilisée. Voilà donc la cause de ces suppurations accidentelles. C'est dans les mains de l'opérateur qu'il faut les chercher. Si, d'autre part, ces suppurations sont plus fréquentes dans les hôpitaux, et surtout dans les services de clinique, cela tient à ce que nous ne pouvons que très difficilement obtenir la séparation complète des malades qui suppurent d'avec ceux qui ne suppurent pas.

M. BERGER est complètement d'accord avec M. Terrier sur les causes d'infection dont il vient de parler, mais il croit qu'il faut y ajouter celle de la salive du chirurgien quand il parle, et qu'il n'est pas inutile de chercher à supprimer cette cause d'infection, si rare et si minime soit-elle. C'est pourquoi il prescrit ce masque qui n'est nullement gênant et qui, d'après les faits observés et rapportés par M. Berger, est efficace.

PRÉSENTATIONS

Amputation interscapulo-thoracique. — M. BERGER présente un malade auquel il a pratiqué, il y a deux ans, cette opération pour un myxome central de l'humérus avec infec-

tion ganglionnaire. Ce malade est resté parfaitement guéri depuis deux ans.

Luxation congénitale de la hanche. — M. MONOD présente une petite fille chez laquelle il est parvenu à réduire une luxation congénitale de la hanche, par le procédé de Lorenz, immobilisation dans l'abduction.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance (1), publié sous la direction de MM. J. GRANCHER, COMBY et MARFAN.

Ce volume est le dernier de cet ouvrage.

On y trouvera les maladies des sens spéciaux, la vue et l'ouïe, les maladies spéciales au fœtus et au nouveau-né, les maladies de la peau et les maladies chirurgicales des os et des articulations.

Les maladies des yeux ont été rédigées par M. Valude, celles de l'oreille par M. J. Moure.

M. L. W. Ballantine, fellow du Collège des médecins d'Édimbourg, a fait l'histoire des maladies du fœtus, et M. Comby celle des maladies du nouveau-né. Le même auteur s'est chargé d'une partie des maladies de la peau : affections des glandes sudoripares et sébacées, kératoses, verrues, molluscum, eczéma, herpès, érythèmes infectieux.

Les autres chapitres de la pathologie cutanée ont été confiés à MM. Ch. Leroux, R. Millon, L. Baumel, J. Renault, Hulot, W. Dubreuilh.

M. Sabouraud a écrit, avec sa compétence toute spéciale, l'histoire de la pelade, des teignes et du pityriasis versicolor.

Les maladies chirurgicales des os et des articulations occupent les 200 dernières pages du volume, elles ont été rédigées par MM. P. Piéchaud, A. Broca et Delanglade.

Ainsi se trouve terminé ce remarquable ouvrage qui est venu combler le plus heureusement une regrettable lacune dans les publications didactiques relatives à la pathologie. Il a été mené à bien en deux ans, et il faut féliciter les directeurs et les éditeurs de ce Traité de l'avoir publié aussi rapidement. En ce temps de production scientifique intensive, c'est un sérieux inconvénient pour un ouvrage encyclopédique que de paraître trop lentement : les premiers volumes seraient à refaire déjà, alors que les derniers n'ont pas encore paru : de là des contrastes choquants entre les théories émises.

Des péricardites (2), par le docteur C. GIRAUDEAU.

M. Giraudeau a glissé volontairement, dans ce livre, sur les points de l'histoire des péricardites aujourd'hui élucidés, de façon à insister plus longuement sur ceux qui prêtent à discussion.

Après avoir, à propos de chaque question, exposé les diverses théories ayant cours, il a décrit ce qu'il croit être l'expression de la vérité.

Parmi les chapitres sur lesquels ses recherches ont plus particulièrement porté, nous signalerons celui ayant trait à la pathogénie, dans lequel il a montré tout ce que la division des péricardites en aseptiques, infectieuses et toxiques avait d'aléatoire. Aux points de vue clinique et anatomo-pathologique, il a établi une différence fondamentale entre la symphyse cardiaque pure et celle compliquée de péricardite calleuse.

L'étude des péricardites à grand épanchement l'a arrêté tout particulièrement, et il s'est efforcé de grouper les symptômes qui les caractérisent. Enfin, dans le chapitre consacré au traitement, il a fait la critique des diverses médications souvent illusoires, proposées pour faire disparaître les épanchements péricardiques, et indiqué tout le parti que l'on peut tirer de la paracentèse du péricarde : opération bénigne, trop rarement et trop tardivement pratiquée d'habitude.

(1) T. V, gr. in-8°. Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Petit in-8°. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La néphrite des saturnins (1), par H. LAVRAND, professeur à la Faculté catholique de Lille, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. — N° 13 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (Dr Critzman, directeur).

La « Néphrite des saturnins », qui forme le n° 13 de l' « Œuvre médico-chirurgical », résume d'une manière originale les études intéressantes parues sur ce point de pathologie rénale.

L'auteur, M. Lavrand, consacre à la pathogénie et à l'anatomie pathologique des chapitres spéciaux appuyés sur des expériences personnelles; puis il passe en revue la symptomatologie, le diagnostic et finit par une étude complète du traitement des inflammations rénales dans le saturnisme.

Cette monographie intéressera au plus haut point tous ceux qu'attirent les descriptions cliniques et anatomiques de certaines affections appliquées à l'étude de la pathologie générale.

VARIÉTÉS

Le reproche adressé à un médecin dans un journal d'avoir « négligé » de donner ses soins à un adversaire politique grièvement blessé constitue une atteinte à l'honneur de l'homme de l'art.

Les luttes électorales amènent souvent des polémiques dans les journaux qui parfois ne craignent pas de confondre ensemble et l'homme politique et l'homme de l'art et de diriger des imputations qui sont de nature à porter atteinte à la considération professionnelle du médecin.

C'est dans une affaire de ce genre que le tribunal correctionnel de Vesoul a eu à se prononcer dernièrement; les faits sont suffisamment expliqués dans les motifs du jugement rendu le 17 novembre 1898 et que nous reproduisons ci-dessous :

« Attendu que Dupont, docteur en médecine à Saint-Loup-sur-Sémouse, exerce contre Mariotte pris en sa qualité de gérant du *Nouvelliste de la Haute-Saône*, se publiant à Vesoul, des poursuites en diffamations et injures, à l'occasion d'un article non signé, intitulé : « Morale radicale, » et inséré dans le numéro du *Nouvelliste* du 30 juillet 1898 ;

Que le demandeur relève dans cet article comme constituant la diffamation et l'injure à son égard le passage suivant : « L'expression cynique de ces sentiments ne nous étonnerait nullement dans la bouche du sectaire Joseph Dupont; mais elle éclairerait d'un jour nouveau son attitude louche pendant l'émeute du 8 mai et le fait que le médecin politicien ait négligé de donner ses soins à la personne grièvement blessée par les partisans de M. Genoux »;

Attendu que Mariotte soutient par l'organe de son défenseur que le tribunal correctionnel n'est pas compétent pour connaître de la poursuite; que l'article incriminé, qui

(1) Gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

n'avait pas pour but de viser en la personne de Dupont, l'homme privé, mais l'homme public, maire de Saint-Loup, constitue un tout indivisible et qu'il n'est pas permis d'en détacher un passage pour l'apprécier isolément, d'en faire sortir un fait de diffamation à l'égard d'un particulier;

Mais attendu qu'il suffit de lire l'article visé par la citation pour s'apercevoir qu'il est dirigé non pas contre Dupont, maire de Saint-Loup, fonctionnaire public ou citoyen chargé d'un service ou d'un mandat public, mais contre le chef d'un parti politique à Saint-Loup; que de cette simple constation découle la compétence du tribunal correctionnel;

Qu'au surplus le passage dont se plaint spécialement le docteur Dupont contient à l'encontre du médecin, homme privé, une allégation nettement formulée qui ne se rattache pas au surplus à l'article par un lien d'indivisibilité absolue et peut isolément servir de base à l'action telle qu'elle est intentée; que le tribunal doit donc se déclarer compétent;

Attendu, sur le fond de la plainte, que reprocher dans un journal à un médecin d'avoir « négligé » (en soulignant ce mot) de donner ses soins à une personne grièvement blessée au cours d'une émeute ou plutôt d'une bagarre électorale, parce que cette personne est un adversaire politique, constitue d'une manière évidente l'imputation précise d'une mauvaise action et d'une bassesse de sentiments de nature à porter atteinte à l'honneur de l'homme et à la considération professionnelle du médecin; que les mots « expression cynique, sectaire, attitude louche » employés par le rédacteur de l'article sont blessants et constituent une injure punissable;

Attendu, sur la fixation de la peine et des dommages-intérêts, que Mariotte a déclaré spontanément à l'audience, que son journal, faisant œuvre de polémique électorale, n'avait jamais eu l'intention d'attaquer en Dupont le médecin et sa pratique médicale et que lui-même était tout disposé à rendre hommage à son dévouement professionnel;

Qu'il convient, d'autre part, de noter que les faits se sont produits au cours d'une période électorale animée, à la veille du scrutin et à un moment où les allégations diffamatoires comme celle qui fait l'objet de la plainte sont justement tenues pour sujettes à caution et ne laissent pas dans l'esprit de traces durables;

Attendu enfin que le demandeur ne paraît pas faire de sa poursuite une question d'argent et que la meilleure réparation du préjudice qu'il a pu subir consiste dans la publicité à donner à la présente décision;

Par ces motifs, dit que la poursuite est à bon droit portée devant la juridiction correctionnelle; déclare Mariotte, pris en qualité de gérant responsable du *Nouvelliste de la Haute-Saône*, auteur et convaincu du délit qui lui est reproché; le condamne à la peine de 16 francs d'amende et à 1 franc de dommages-intérêts envers Dupont; dit qu'à titre de supplément de dommages-intérêts les motifs et le dispositif du présent jugement seront publiés aux frais de Mariotte dans un numéro du *Nouvelliste de la Haute-Saône* et dans un numéro d'un autre journal de la région au choix du demandeur. » (*Gaz. hebd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

139. M. Broussain. Manifestations nerveuses de l'alcoolisme. — 140. M. Masson. Hystérectomies vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes. Indications. — 141. M. Fernandez. Tuberculose des organes génitaux de la femme. — 142. M. Léon. Contribution à l'étude clinique de l'œdème bleu hystérique. — 143. M. Le Chaix. Paralysies du nerf radial liées aux fractures de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Leur mécanisme. — 144. M. Druon. Néoplasmes kystiques de l'utérus (cysto-fibromes, cysto-sarcomes). — 145. M. Stora. Contribution à l'étude de la médication éthéro-opiacée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique. — 146. M. Cavasse. Sur la coqueluche. — 147. M. Traverse. Etude sur les dispensaires pour enfants malades à Paris. — 148. M. Goidin. Contribution à l'étude de l'encéphalopathie saturnine. Son traitement par les injections de sérum artificiel. — 149. Mlle Goldman. La confusion morbide chez les hystériques. — 150. M. Chenouard. Névralgie intercostale. Traitement chirurgical appliqué à certains cas rebelles. — 151. M. Simon. Etude expérimentale et clinique sur la tolérance et l'intolérance de l'organisme à l'égard de la créosote et le mode d'action de ce médicament. — 152. M. Bousquet. Recherches cryoscopiques sur le sérum sanguin. L'isotomie et la session asmotique chez les êtres vivants. — 153. M. Parcaud. La couveuse artificielle chez les nouveau-nés.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 14 mars 1899 : 1° à l'Ecole pratique de la Faculté, sous la direction de M. le professeur Terrier et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux; 2° à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, 17), sous la direction de M. Quénu, agrégé, directeur des travaux. Ils auront lieu tous les jours, à une heure.

Ces exercices sont obligatoires : 1° pour les élèves docteurs de troisième année (nouveau régime) en vue de la douzième inscription; 2° pour les élèves docteurs (ancien régime) et les élèves officiers de santé de quatrième année, en vue de la seizième inscription.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de dix inscriptions au moins s'ils appartiennent au nouveau régime, les docteurs français peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves docteurs de troisième année (nouveau régime) et de quatrième année (ancien régime) sont inscrits d'office sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier (dixième du nouveau régime et quatorzième de l'ancien régime) et de la carte d'immatriculation;

2° Les élèves officiers de santé de quatrième année sont inscrits dans les mêmes conditions (quatorzième inscription);

3° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins (ancien régime) ou de dix inscriptions au moins (nouveau régime), les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir;

4° Les élèves obligés devront se faire inscrire au guichet n° 2 du secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, jusqu'au 28 février. — Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants;

5° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 24. — MARDI 28 FÉVRIER 1899. 72e ANNÉE. MARDI 28 FÉVRIER 1899. — N° 24

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 février 1899.

Le président du jury de l'internat vient de publier les réflexions que lui a suggérées le concours qui vient de se terminer. Ces réflexions sont toutes intéressantes. La plupart sont exactes. Quelques-unes nous paraissent erronées.

Le principal défaut des candidats serait l'inexpérience. « On sent que les candidats ne connaissent pas, ne possèdent pas ce dont ils ont à parler ; ce qu'ils en savent a été appris par cœur ; c'est plus ou moins bien entrevu, ce n'est pas vu, ce n'est pas vécu. » Nous sommes tout à fait d'accord sur ce fait; mais, nous ne voyons pas comment il pourrait en être autrement.

C'est à des jeunes gens qui doivent avoir moins de vingt-sept ans, sous peine de tomber sous le coup de la loi militaire, qu'on demande la connaissance de toute l'anatomie, l'histologie, la pathologie médicale, la chirurgie, l'obstétrique et même la pathologie mentale; et l'on veut qu'ils aient tout vu! Mais le malheureux candidat qui se présenterait an concours avec les seules leçons de choses qu'il aurait vécues, n'écrirait pas une demi-heure sur les deux heures qui lui sont concédées!

« Sans doute, les connaissances acquises par la mémoire seule sont fugaces et éphémères, et celles qui ont été acquises par l'expérience pratique demeurent seules fixées dans l'esprit. » Mais, à de jeunes candidats qui n'arrivent à embrasser leur programme que grâce à un surmenage déjà excessif, demander l'expérience pratique, c'est demander l'impossible.

A notre avis, le jury doit justement se contenter de connaissances théoriques, superficielles sans doute, mais qui sont les éléments sur lesquels le futur interne va s'appuyer pour profiter au mieux de ses quatre années de pratique hospitalière. C'est pendant ces quatre années qu'il acquerra l'expérience clinique et non avant.

Il nous souvient, ayant été juge d'un précédent concours, de quelques malheureux candidats ayant voulu donner leur note personnelle dans la question posée, faisant allusion à des cas que le hasard leur avait fait observer. Leur appréciation enfantine, gauche et souvent maladroite, produisait le plus déplorable effet, non seulement pour le jury, mais vis-à-vis de l'auditoire formé des autres candidats.

Aussi, si le hasard du sort nous donne à juger de nouveaux candidats, jamais nous ne leur reprocherons leur inévitable inexpérience clinique.

Le deuxième défaut est « l'insuffisance des connaissances élémentaires ». Cette fois le reproche est plus justifié : la direction donnée aux candidats est faussée à cet égard. C'est sur une base solide que peuvent seulement s'édifier de solides connaissances. Mais les jurys précédents ne sont-ils pas un peu la cause involontaire de cet état de choses? Sont-ils restés dans la note élémentaire, la seule vraie pour ce concours? Des questions bizarres autant qu'imprévues ne sont-elles pas venues surprendre les candidats et causer des désastres? Il en est résulté que cette exception est devenue la terreur, la question redoutée, le « casse-cou » et peu à peu, les questions classiques à peine ébauchées, les candidats se sont préparés et armés en guerre contre ces casse-cou qui risquaient, en une minute, de briser leurs deux ou trois années de préparation. Que Messieurs du jury commencent et ne sortent pas du terrain purement classique, nous ne doutons point que les candidats ne demandent pas mieux que de s'y cantonner plus solidement.

Comme remède à cet état de choses, le président du jury conseille aux jeunes candidals de disséquer pendant deux ans et de suivre l'hôpital. Mais, c'est ce que font les candidats, ils dissèquent pendant les deux années exigées, et cela obligatoirement de par la Faculté, mais sur de trop rares cadavres : voulussent-ils disséquer davantage, ils ne le pourraient; les amphithéâtres regorgent d'élèves et sont déjà trop petits pour ceux qui sont réglementairement astreints aux exercices anatomiques.

Quant à ne pas fréquenter l'hôpital, comment les candidats peuvent-ils mériter ce reproche? Ce sont des externes, et les meilleurs de nos externes, sauf de rares exceptions. Tous les matins, ils vont à l'hôpital, mais ne sauraient en une année de médecine et une année de chirurgie, voir de leurs yeux tous les cas de médecine et tous les cas de chirurgie. Or, c'est après deux années d'externat le plus souvent, quelquefois trois, que l'élève est prêt pour l'internat. Où aurait-il vu l'obstétrique, les maladies des voies urinaires, les affections de l'œil, et la pathologie nerveuse? S'il s'est confiné dans les cas qu'il aura pu voir par lui-même, son bagage sera bien restreint, et il risque de se briser au premier casse-cou qui sortira de l'urne.

Enfin, il n'y a pas que des services généraux il est certains services spécialisés, où le chef s'adonne au laboratoire, l'anatomie pathologique, aux autopsies, à la thérapeutique; il est des services où l'on ne s'occupe que de gynécologie, de maladies de l'estomac, du système nerveux, des yeux, du larynx, etc. Que deviendront les externes de ces services spécialisés si on exige d'eux une leçon « vécue »? Malgré les desiderata de la conférence si critiquée par le président du jury, c'est encore elle qui prépare le mieux le candidat à l'internat. Sans aucun doute elle donne une instruction surchauffée, artificielle, truquée disons le mot; mais, il faut reconnaître qu'elle met entre les mains du futur interne les instruments dont il aura à se servir pratiquement pendant son temps d'exercice. Tant pis si l'interne une fois nommé néglige son hôpital pour s'en tenir à l'érudition factice de la conférence. Sur ce point nous sommes tout à fait de l'avis du président du dernier concours.

Un troisième défaut signalé est « l'existence de lacunes fâcheuses dans les questions les plus importantes ». Ce reproche est exact et nous ne saurions trop le signaler aux chefs de conférence qui sont trop habitués à donner les questions par morceaux détachés et à ne pas traiter d'ensemble un sujet : « A propos de la scarlatine on prépare les complications et on ne s'occupe pas de la maladie elle-même, et s'il arrive, comme cette année, que le jury donne à traiter les symptômes et le diagnostic, voilà les candidats déroutés; ils ne savent guère l'évolution régulière de la maladie, et la plupart d'entre eux, après quelques mots sur la question proposée, versent dans les complications qu'on ne demandait pas. »

Comme remède aux desiderata signalés par l'honorable président du jury, nous ne voyons qu'une chose : c'est une exhortation aux jurys ultérieurs de ne pas sortir des notions élémentaires de la vraie et bonne anatomie, et de rester dans le classique en pathologie. De bonnes questions bien nettes, bien simples, plutôt courtes que longues, en tous cas, bien précises, permettent mieux de juger un candidat qu'une finasserie sur un point d'actualité ou sur une curiosité pathologique. Aussi comme conclusion, nous voudrions que la lettre ouverte du président du jury fût adressée aux juges de l'avenir plutôt qu'aux candidats, qui subissent les événements mais ne les dirigent pas.

GLANTENAY

C'est avec une peine profonde et un sentiment d'indicible émotion que nous avons vu disparaître Glantenay, si cruellement et si rapidement fauché en quelques jours, malgré le dévouement éclairé et infatigable de ses amis et de ses collègues.

Glantenay était le type du jeune chirurgien de nos hôpitaux parisiens. Modeste autant qu'instruit, il n'avait dû qu'à lui-même ses brillants et rapides succès. Il était la preuve vivante de la valeur de nos concours si injustement décriés. D'une nature plutôt timide, évitant le bruit, insoucieux du savoir-faire, il fût resté dans l'ombre si le favoritisme seul eût ouvert les portes de nos hôpitaux. Sa nomination fut saluée par tous, amis et concurrents, maîtres et élèves.

Ce n'était pas un favorisé de la fortune. Ses débuts avaient été difficiles, et il n'avait pu mener à bien la longue préparation des concours qu'en luttant pour subvenir à ses besoins. La veille même de sa mort, ses leçons si appréciées l'aidaient à subvenir aux exigences de la vie. La clientèle fût venue, certes, plus tard, le placer au premier rang, car il avait ce qu'il faut pour réussir, science, talent, habileté et consciencieuse honnêteté. Mais ceux-là qui fuient la réclame, fût-elle même d'allure scientifique, ne font pas de fortune rapide. Ce n'est que peu à peu qu'ils se font aimer et apprécier. Aussi Glantenay est-il mort, n'ayant rien récolté, n'ayant connu de la vie que les rudes labeurs, et c'est au moment où l'avenir allait s'ouvrir brillant, inespéré, qu'il est mort. Ceux qui l'ont connu en conserveront longtemps le souvenir, et songeront avec tristesse à sa pauvre mère si justement fière d'un tel fils, qu'un cruel caprice du destin vient subitement de lui ravir.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Évidemment, pour un nègre, le comble de la malchance est d'être atteint de **maladie d'Addison!** Or, tout peut arriver, même cela. M. Thibierge présente un nègre chez lequel l'examen de la muqueuse buccale montre de nombreuses taches pigmentaires disséminées sur les lèvres, les joues, le palais, la langue, répondant à la description des pigmentations buccales de la maladie d'Addison. Ce malade affirme que, depuis trois ans, sa peau a pris une coloration encore plus foncée et que, de plus, il éprouve depuis la même époque quelques douleurs lombaires, et cette sensation d'asthénie générale si caractéristique de la maladie d'Addison. Il est, en outre, atteint de tuberculose pulmonaire. Donc, aucun doute sur le diagnostic; mais le fait est curieux.

A propos encore de la maladie d'Addison, M. Rendu rapporte deux exemples, dont l'un est intéressant par les enseignements thérapeutiques qu'il comporte. Chez ce malade, âgé de dix-neuf ans, présentant tous les symptômes classiques de l'addisonisme, on institua le traitement par l'arséniate de soude et les bains sulfureux, et par l'opothérapie. On administra, chaque jour, une capsule surrénale de veau, hachée menu. Or, dès l'institution de cette dernière méthode, on constata une diminution très notable de la quantité des urines, l'apparition de l'albumine, qui atteignit rapidement 2 grammes par litre, de la somnolence, de l'œdème des membres inférieurs. Dix jours après l'administration de la première capsule, on trouva le malade mort dans son lit, et l'on est en droit de se demander si, dans ce cas particulier, le traitement n'a pas été plus nuisible qu'utile. En tout cas, cet exemple prouve avec quel ménagement il faut employer les nouveaux médicaments organiques.

MM. Marie et Levi présentent à la fois un malade atteint de **spondylose rhyzomélique**, et les pièces anatomiques qui proviennent d'un sujet mort à Bicêtre de la même affection. L'étude de ces os altérés est fort instructive. (Je n'affirmerai pas, cependant, que ces pièces anatomiques aient aussi fort intéressé le malade qui les regardait, que les membres de la Société médicale.)

La colonne vertébrale, dans cette affection, est absolument soudée dans toute son étendue; l'examen superficiel ne montre que des ponts osseux plus ou moins larges,

unissant entre elles les vertèbres lombaires au niveau des disques. Ce qui est ossifié, ce sont surtout les ligaments jaunes, de sorte que les lames et les ligaments jaunes ne forment plus qu'une longue lame osseuse. De plus, les apophyses articulaires sont soudées par ankylose osseuse et ne forment plus qu'une colonne unique. Les apophyses épineuses ont leur extrémité épaissie et allongée et tendent à s'unir.

Des radiographies de la colonne lombaire et du bassin d'autres malades atteints de spondylose rhizomélique, montrent les mêmes lésions.

M. Gilles de la Tourette appelle l'attention sur **quelques particularités du regard chez les tabétiques.** On sait que les manifestations oculaires du tabes sont nombreuses, puisqu'elles peuvent atteindre la rétine, la musculature externe, et aussi, les voies lacrymales. Mais il y a autre chose, et cette autre chose c'est l'aspect particulier du regard chez ces malades. Chez eux l'œil prend un aspect très particulier, en dehors du myosis. L'œil est brillant, mais le regard paraît sans expression, ce qui peut s'exprimer dans cette formule : *Œil brillant, regard atone.*

MM. Achard et Castaigne étudient **l'élimination prolongée du bleu de méthylène.** Dans l'épreuve du bleu de méthylène, il importe de considérer non pas seulement le moment d'apparition du bleu dans l'urine, mais aussi les autres éléments de l'épreuve : la quantité éliminée et la durée de l'élimination.

L'élimination peut être prolongée d'une façon anormale. Les auteurs en ont recueilli 52 cas, comprenant 5 autopsies avec des lésions profondes des reins, et 34 faits avec des signes de lésions rénales et de l'albuminurie. Chez 13 malades exempts d'albumine, il y a lieu d'admettre le plus souvent soit des lésions rénales, soit des troubles fonctionnels. L'existence de ceux-ci n'est d'ailleurs pas douteuse : en particulier, MM. Achard et Castaigne ont vu un malade atteint de fièvre typhoïde avec albuminurie qui, en pleine période d'état, présenta une élimination prolongée pendant quatorze jours ; lorsqu'il fut complètement guéri, l'élimination redevint normale et fut complète en trois jours.

L'élimination prolongée s'observe dans des variétés très différentes de lésions rénales. Elle est souvent plus facile à constater que le début de l'élimination et surtout que la quantité de bleu éliminé. Elle existe aussi chez des malades atteints du mal de Bright, mais n'ayant pas, au moment de l'épreuve, d'albuminurie.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er mars 1899.

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy; chef de clinique : M. Kahn; chef de clinique adjoint : M. Apert; interne : M. Griffon; externes : MM. Talon, J. Mathieu, Cruveilhier, Faure-Beaulieu, A. Lévi, Mlle Delporto, MM. Maillard, Lardennois, Millon.

2. Médecin : M. le professeur Proust; interne : M. Ribierre; externes : MM. Manet, Bertrand, Halgan, Lejeune.

3. Médecin : M. le professeur Cornil; interne : M. Monthus; externes : MM. Dufour Labastide, Ricoulet, Chastanet de Géry, Demargue, Kiener, Giraudet.

4. Médecin : M. Audhoui; interne : M. Caubet; externes : MM. Da Silva Paranhos, Riss, Bonnefous.

5. Médecin : M. Ferrand; interne : M. Follet; externes : MM. Adeline, Renaud, Laborde, Desmarest, Lévy-Davicion.

6. Médecin : M. Gingeot; interne : M. Nicaise; externes : MM. de Léon, François, G. Lemaître, Chaignot, Cabon.

7. Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. X...; chef de clinique adjoint : M. X...; internes : MM. Coché, Célos, de Font-Réault, Maubert; externes : MM. Linard, J. Mallet, P. Sée, Barbier, Magitot, Le Louët, Blanluet, Cléret.

8. Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Terrien; chef de clinique adjoint : M. Pley; internes : MM. Druault, Neveu, Sikora; externes : MM. Dauban, Joseph, Gros, Loubier, Pelloquin, Mougenc de Saint-Avid.

9. Chirurgien : M. Championnière; internes : MM. Kendirdjy, Bisch; externes : MM. Maigrot, Merle, Bourgeau, Escande, Chateau, A. Guyon.

Consultations. — 10. Médecin : M. Caussade; interne provisoire : M. Lecornu; externe : MM. Teisseire, Renlos, Solacolu.

11. Chirurgien : M. Chevalier; externes : MM. Leenhardt, Tournay, L. Lièvre.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Dalché; interne provisoire : M. F. Dainville; externes : MM. Beaujard, Nicolaïdi, Ch. Guichard, Goulard.

2. Médecin : M. Klippel; interne provisoire : M. Fernique; externes : MM. Rodocanachi, Guénot, Trénaunay, Theulet-Luzié.

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Sauvage; externes : MM. Iribarne, C. Fouquet, Ferras.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Achalme; chef de clinique adjoint : M. Gouget; interne : M. Dambrin; externes : MM. R. Guillot, Guillemain, Lorenzo, Cochet, Delom, Dausset.

2. Médecin : M. Robin; interne : M. E. Weill; externes : MM. Bloch, Berst, Fayou, Savage, Bosc, R. Roger, Soularue.

3. Médecin : M. Faisans; interne : M. Bourgeois; externes : MM. Bourlot, Denis, Barnsby, Depoutre, Andrieu, Froment, G. Ferry.

4. Médecin : M. Petit; interne : M. Quiserne; externes : MM. Boissier, Delage, Rollin, Duclaux, Mauban.

5. Médecin : M. Babinski; interne : M. L. Le Sourd; externes : MM. Housquains, R. Lemaître, L. Gibert, Barre.

6. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Pagniez; externes : MM. Rivet, Gachet, Pernot, Vinsonneau.

7. Chirurgien : M. le professeur Berger; chef de clinique : M. Banzet; internes : MM. F. Monod, Luys, Léo; externes : MM. Roussel, Portemer, Mouras, Broc, Espitallier, Boulouneix, Deniker, Dabout.

8. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Grosjean, Bluysen, Levesque; externes : MM. Menet, J. Mallet, Duplessier, Vermeil, Batiste, Fargin-Fayolle, Valaix.

9. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Mouchotte; externes : MM. Vanutberghe, Navarre.

Consultations. — 10. Médecin : M. Marie; externes : MM. Gabail, Cau, Delbos.

11. Chirurgien : M. Thiéry; externes : Mlle Mouroux, MM. Podevin, Sainton.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Lamy; chef de clinique adjoint : M. L. Brodier; interne : M. Laroche; externes : MM. Chaix, Blum, Dionys du Séjour, Lecène.

2. Médecin : M. Gouraud; interne : M. Audard; externes : MM. A. Garrigues, Saillant, Aubin, Lagleize, Roland.

3. Médecin : M. le professeur Bouchard; interne : M. Leven; externes : MM. Lequeux, Baudran, Lecoconnier, Chomet.

Service temporaire. — Externes : MM. Camus, Ravary.

4. Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Lefas; externes : MM. Pallegoix, Lerembourg, Gargaud, J. Tixier.

5. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Laubry; externes : M[lle] Francillon, MM. Gottschalk, J. Fabre, Sagot.

6. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Tourlet; externes : MM. Okinczye, Dauchez, d'Œlnitz, Lucet.

7. Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Auvray; internes : MM. Marcille, Alexandre, Silhol; externes : MM. Le Sauvage, Boullet, E. Guérin, H. Lemaire, Delion, Chastagnol, Lestelle.

8. Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Croisier, Bruandet; externes : MM. Tillaye, Roger de Saint-Ange, Boulommier, Lebhard.

9. Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Rastouil; externes : MM. A Gillot, Boileau, Viard, Mazeyrie.

Consultations. — 10. Médecin : M. Souques; externes : MM. Ducot, Aitoff.

11 Chirurgien : M. Arrou; externes : MM. Ayrignac, Lebreton.

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. Hayem; chef de clinique : M. Thiercelin; chef de clinique adjoint : M. Hulot; interne : M. Théohari; interne provisoire : M. Netter; externes : MM. Bachimont, Damaye, Pater, Lhermitte, Mermier, Athanasiu.

2. Médecin : M. Brissaud; interne : M. Lereboullet; externes : MM. Rabourdin, Auburtin, Bourguignon, André.

3. Médecin : M. Ballet; interne : M. H. Bernard; externes : MM. Lacroix, Le Couëdic, Bouchaud, Dromart.

4. Médecin : M. Gaucher; interne : M. Coyon; externes : MM. Quillier, Rostaine, Tribaudeau, Louste, Verbeck.

5. Médecin : M. Siredey; interne : M. Chalochet; externes : MM. Cazès, Sueur, Thomin, Giroux, Braunberger.

6. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Laurens; interne : M. Stanculéanu; externes : MM. Baup, Furet, Dubar, Mahoudeau, Hémet.

7. Médecin : M. Galliard; interne : M. R. Monod; externes : MM. Phalip, Lacombe, Blondin, Perpère.

8. Médecin : M. Gilles de la Tourette; interne : M. Mousseaux; externes : MM. Ruillier, Léculier, Saurain, Grosset, Wagon.

9. Médecin : M. Béclère; interne : M. Degorce; externes : MM. A. Thomas, Zarzick, Remoussenard, J. Dupuy, Davaux.

10. Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Sicard, Pétron, Jalaguier; externes : MM. Baumgartner, Bordenave, Brizard, P. Thomas, Sambon, Cerise.

11. Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Berthelier, Huguier et Nollet; externes : MM. Delfau, Cointepas, Moineau, Poupault, Decreuse, Alquier.

12. Accoucheur : M. Bar; interne : M. Bufnoir; externes : MM. Ouvrier, Sevray, Eloy, M.-J. Bloch.

Consultations. — 13. Médecin : M. Sergent; interne provisoire : M. Chevrey; externes : MM. Jomart, Pophillat.

14. Chirurgien : M. Sebileau; externes : MM. Lhuillier, E. Bloch, Ripart, Devraigne.

F. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Rendu; interne : M. Mercier; externes : MM. R. Français, Mouraisse, J. Legros, Trastour, M. Petit.

2. Médecin : M. Huchard; interne : M. Guéniot; externes : MM. Levassort, Hahn, Crouzet, Béneteau.

3. Médecin : M. Cuffer; interne : M. Camus; externes : MM. J. Jamet, Pelliza, Guilloire, Dobritch.

4 Médecin : M. Barth; interne : M. G. Michaux; externes : MM. Pelicier, Pellagot, Plantard, Cornélius, Gourmand.

5. Chirurgien : M. Le Dentu; chef de clinique : M. P. Delbet; internes : MM. Fresson, Labey, Girard; externes : MM. Ariès, Quillon, Berthaux, J. Talon, Martin, Bing, Lafossa, Bailleul.

6. Chirurgien : M. Guyon; chef de clinique : M. Genouville; chef de clinique adjoint : M. Michon; interne : MM. Tesson, Zadoc, Duval; externes : MM. Vian, Bonamy, Javal, Moreau, Mortier, Colombet, P. Lemaître, Gauquelin.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Ferron, Roger; externes : MM. Cattier, Diard, Boudreaux, Astengo, Arloing, Aron.

Consultations. — 8. Médecin : M. Mosny; externes : MM. Radiguer, Hollande, Merry.

9. Chirurgien : M. Albarran; externes : MM. Arnoux, Ch. Durand.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard; internes : MM. Lesné (méd. d'or), Jousset, Ravaut; externes : MM. R. Thorel, Courtellemont, Poujade, Genevrier, Horteloup, Verliac, E. Benoît.

2. Médecin : M. Delpeuch; interne : M. Géraudel; externes : MM. M. Petit, Cucherousset, Baudoin, Gaudéau, Tardif-Bardinet, Lemarchand.

3. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Jacomet, Loubet; externes : MM. Giffard, Demarque, A. Petit, J. Gillot, Pédebidou, Chevassu.

4. Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Masbrenier, Iselin, Schwartz : externes : MM. Georget, Jay, Tassin, Nicolas, Piquans, Debets de Lacroutille, Méheut.

5. Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. A. Mauger, Judet; externes : MM. Asselineau, Brunschwig, Duroisel, Pastour.

Service temporaire. — 6. Interne provisoire : M. Gennet; externes : MM. Barbin, Hubert.

Consultations. — 7. Médecin : M. Lesage; interne provisoire : M. Pécharmant; externe : M. Mélin.

8. Chirurgien : M. Rieffel; externes : MM. Larré, Braillon, Gambier, Lorier.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. Fernet; interne : M. Bacaloglu; externes : MM. Barlerin, Guillemet, Gleize, Metzger.

2. Médecin : M. Debove; interne : M. Millet; externes : MM. F. Chevé, Juquelier, Trémolières, Vergniaud, Zacchiri, Detot.

3. Médecin : M. Troisier; interne : M. Fossard; externes : MM. Fontanié, Cottard, Goyard, A. Berthier.

4. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Civatte; externes : MM. Forestier, Besson, Gosselin.

5. Chirurgien : M. B. Anger; internes : MM. Bergouignan, Bosvieux; externes : MM. E. Sée, Tabary, Rauzy, Bouzanquet, G. Courtois.

6. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Audion, Blandin; externes : MM. Gillet, L. Barré, Sénéchal, Menuisier, Perrody, d'Heilly.

7. Chirurgien : M. A. Marchand; internes : MM. Percheron, J. Roché; externes : MM. Carlotti, Guichard, H. Molinsky, Dubois, Béal, Brésard, Dumény, Romanesco.

8. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Cathala; externe : M. Morand.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes.

Consultations. — 10. Médecin : M. Lion; interne provisoire : M. de Gorsse; externes : MM. Ecoffet, Rousseau, Lemierre.

11. Chirurgien : M. Lyot; externes : MM. Dabasse, Doo-Huu, Bouquet.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Duguet; interne : M. Brécy; externes : MM. P. Bloch, Glatard, Brisard, Mercadé, Lemaire, Fumouze, Ribadeau-Dumas.

2. Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Caboche; externes : MM. Merlet, Bourg, Beauvois, Bochory.

3. Médecin : M. Landrieux; interne : M. Herrenschmidt; externes : MM. Lafond, Duval, Papillon, Barret, G. Lutaud, Zwibel.

4. Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Véron; externes : MM. Roustau, Bibet, d'Abbadie, Perreau, H. Dreyfus, Aboulker, A. Petit.

5. Médecin : M. Tapret; interne : M. Mettetal; externes : MM. Savornin, Paisseau, Bué, Osty, Damotte.

6. Médecin : M. Muselier; interne : M. du Pasquier; externes : MM. Ermenge, Rouet, Blanchet, G. Renoult, Blavot.

7. Chirurgien : M. Peyrot; assistant : M. Souligoux; internes : MM. Ardoin, Leroy; externes : MM. Chapon, Coutenau, Durieux, Wormser, Debidour, Tixier.

7 *bis*. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Mettey; externes : MM. Brissard, Lombard.

8. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Clermont, d'Herbécourt, Audistère; externes : MM. Bernheim, Le Meur, Stahl, Blanquinque, Janin, Caldaguès.

9. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Cadol, Ch. Michaut; externes : MM. Nathan, Cailleau, Deglos, Lavenant, E. Vaillant.

10. Chirurgien : M. Delens; assistant : M. Sauvineau; internes : MM. Lance, Le Roux; externes : MM. Boutin, Grandjean, Grelley.

11. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Keim; externes : MM. Jeannet, Lefer, Dropet, Marmasse.

Consultations. — 12. Médecin : M. Triboulet; interne provisoire : M. Kahn; externes : MM. Jacowski, Lorot, Baldenwecker, Ch. Roche.

13. Chirurgien : M. Beurnier; externes : MM. Baron, Rabuel, Gilbert.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Brault; interne : M. Lœper; externes : MM. Hazard, G. Chazet, J. Courtois, Bertier, P.-A. Mathieu, G. Claude, Lobligeois.

2. Médecin : M. Martin-Roux; interne : M. Simon; externes : MM. Audy, H. Chevalier, Choutet, Foisy, David.

3. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Laignel-Lavastine; externes : MM. Provins, de Lacombe, C. Chevalier, Pignot.

4. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Mauger (Noël); externes : MM. Barcat, Dieu, Duflos, Petitjean.

Service temporaire de médecine. — 4 *bis*. Externes : MM. Privat de Fortunié, Ruais.

5. Médecin : M. Giraudeau; interne : M. Mantoux; externes : MM. Paulouch, R. Roux, de Saint-Mathieu, Mlle Maugeret.

6. Médecin : M. Achard; interne : M. Clerc; externes : MM. Fiot, Bouchez, Preciado, Jullien, Mlle Volovatz.

7. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Oppenheim; externes : MM. Delaage, F. Lévy, Valentin, Vrain.

8. Médecin : M. Duflocq; interne : M. Lippman; externes : MM. Chardin, Bidel, Oppert, Dehérain, Liné.

9. Chirurgien : M. Félizet; internes : MM. Delaunay, Grivot, Assicot; externes : MM. Bardon, Monnamy, Prunier, Cistrier, Alb. Cailleux, Boirivant.

10. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Jeannin, Janot, Guillemot, Prat; externes : MM. Loiselet, L. Chazet, Wicart, Arrault, Hamard, Crotet.

11. Chirurgien : M. Poirier; internes : MM. Cathelin, Lœwy, Chifoliau; externes : MM. de Frumery, P. Dupuy, Morchoisne, Heitz-Boyer, Lefilliâtre, P. Cailleux.

12. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Petit; externes : MM. Henriot, Bidault, A. Ferry.

Consultations. — 13. Médecin : M. Auscher; interne provisoire : M. Jomier; externe : M. Marchand.

14. Chirurgien : M. X.; externes : MM. Degrais, Courgeon, Dommartin.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; interne : M. L. Bernard; externes : MM. Raoult, Fouqué, Mlle Birfeld, MM. Berruyer, P. Algret, Israël, Pfister.

2. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Rénon; externes : MM. Ch. Durey, Sempé, Gros Dévaud, Haret, Maurice Rénon.

3. Médecin : M. Merklen; interne : M. Roques; externes : MM. Vacquerie, Lavergne, E. Mettey, P. Tissier, Doazan, Guillaume.

4. Médecin : M. Barié; interne : M. Durand-Viel; externes : MM. de la Volpilière, Rondeau, Delaunay, Marsov, H. Français.

Service temporaire. — 5. Médecin : M. Florand; interne provisoire : M. Le Gambier; externes : MM. Leroux, Grélault, Mulon, Ertzbischoff, Metoz, Mlle Pissaref.

6. Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Lenormant, Tissot, Desjardins; externes : MM. Nau, Rabier, Anibard, Gerst, Courchet, Matsoukis.

Consultations. — 7. Médecin : M. Claisse; externes : MM. Philippet, Berre.

8. Chirurgien : M. Faure; externes : MM. Paugam, Baillon.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Roques; interne : M. Meuriot; externes : MM. Boyer, Chateau, Tansard, Ducoudray, Canton.

2. Médecin : M. Talamon; interne : M. Hauser; externes : MM. Ferrand, E. Roland, Dennecé, Lafoy, Autefage.

3. Chirurgien : M. Terrier; assistant : M. Hartmann; internes : MM. Gosset (méd. d'or), J. Chaillous, A. Bernard, Veau; externes : MM. Patry, Stépinski, Friedel, Ménard, Saintingnon, Philibert, H. Méret, Bornait-Legueule.

Consultations. — 4. Médecin : M. Barbier; interne provisoire : M. A. Garrigues; externes : MM. Cresson, Ambrosi.

5. Chirurgien : M. Guillemain; externes : MM. Laisné, Prou.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; interne : M. Castaigne; externes : MM. Marais, Roques, Chesnau, Mlle Medvednikoff, M. Croizet.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Poulain; externes : MM. Descomps, Foulon, Gernez, Pied, Vialle.

3. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Gouraud, Courcoux; externes : MM. Tostivint, Taguet, Burgaud, Jouany, Fessard.

Consultations. — 4. Médecin : M. Wurtz; externes : MM. F. Rabant, O. Claude.

5. Chirurgien : Assistant : M. Bouglé; externes : MM. Inglessi, Alb. Leclerc.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Tissier; externes : MM. Landowsky, Grillot, Lambert, Boisseau, A. Lévy, Boidin, Mlle Majérézac, M. Sabaréanu.

2. Chirurgien : M. Gérard Marchant; internes : MM. Guéry, Tournemelle, Géraud; externes : MM. Crépin, R. Jamet, Jullian, Le Breton de la Pelière, Pillet, Cotar.

3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Turner; externes : MM. Loisel, Girard, L. Legrand.

Consultations. — 4. Médecin : M. de Gennes; interne provisoire : M. Hulleu; externes : MM. Cholet, Nivet.

5. Chirurgien : M. Demoulin; externes : MM. P. Gibert, Morlet, Leh, Degris.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Fournier; internes : MM. Chauveau, Herscher; externes :

MM. Claeys, Philippe, Viteman, de Cisternes, de Clomesnil.

2. Médecin : M. Hallopeau; interne : M. P. Hallopeau; interne provisoire : M. Léri; externes : MM. Ach. Audy, Piton, Compain, Brunat, Roblot.

3. Médecin : M. Tenneson; interne : M. Lortat-Jacob; externes : MM. Loustau, Norero, Raoux, Capette, Omiécinsky, Guillemard, de Chadzynski, P. Roche.

4. Médecin : M. du Castel; interne : M. Froussard; interne provisoire : M. Loin; externes : MM. Bailey, Druelle, Chéruy, Rambaud, Béguinot.

5. Médecin : M. Danlos; interne : M. Sabatié; externes : MM. Morisseau, G. Martin, Coussieu, Delhommeau, Mlle Horowitz.

6. Médecin : M. Balzer; interne : M. Gauchery; externes : MM. Darbois, Eonnet, Mathé, Demerson.

Service temporaire. — 7. Médecin : M. Jacquet; interne provisoire : M. Vivier; externes : MM. Gimbal, Manoussi, Masmonteil.

8. Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Hivet, Ménier, Milhiet; externes : MM. Tissot, Balatre, Duparc, Jouhaud, Duclos, Phellipon.

9. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Guibé, Pédeprade, Pestemalzoglu; externes : MM. Merklen, Guérault, Lelong, Papin, Duvernoy, Rouault, Dromard.

10. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Minet, Guillot, Malartic; externes : MM. Villaret, Halbron, Figuiera, Longin, Devé, Klein.

11. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Theuveny; externes : MM. Murer, Glin, Cuqu, Warin.

Consultations. — 12. Chirurgien : M. Legueu; externes : MM. L. Lévy, Morel.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Delherm; externes : MM. Ortel, Eltchaninoff, P. Guyot, Le Jemtel, Houdeville, Dupret, Pierrhugues.

2. Médecin : M. Brocq; interne : M. Mauté; externes : MM. Vaïas, Petresco, Walter, Aupoix, Jacquot, Bourée, Lemercier, Gratiot.

3. Chirurgien : M. Pozzi; chirurgien adjoint : M. Jayle; internes : MM. Géorghiu, Zimmern; externes : MM. Sineau, Dinet, Caruette, Mac-Auliffe, Devouassoux, G. Petit.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Widal; interne : M. Merklen; externes : MM. Jarvis, Hervoit, Gaillard.

2. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Esmonet; externes : MM. Digne, Granzon, Ladevèze.

3. Chirurgien : M. Walther; internes : MM. Mesnard, Guisez; interne provisoire : M. P. Chevalier; externes : MM. Séguin, Bournisien de Valmont, Desbiez, Mlle Rabaut, MM. Morin, Regnard, Dalmas, Montais.

4. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Férouelle, E. Coudert; externes : MM. Gascheau, E.-P. Mathieu, Darré, Lacasse, Forné, Toupet.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; interne : M. Rosenthal; externes : Mlle Thyss, M. L. Durey, Mlle Gorowitz, MM. Le Play, Salmon.

2. Médecin : M. Descroizilles; interne : M. Katz; externes : MM. Trolley, Barthélemy, Brelet, Jousselin, Brillaud.

3. Médecin : M. d'Heilly; interne : M. Langevin; interne provisoire : M. Mircouche; externes : MM. Costes, Laffargue, G. Grellet, Pamard, Contet.

4. Médecin : M. Moizard; interne : M. Ulmann; externes : MM. Vassor, Soullard, Mlle Sérard, M. Claret.

5. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Deguy; externes : MM. Napiéralski, Joubert, Barrier, Stettiner.

6. Médecin : M. Comby; interne : M. Ferrand; externes : MM. Colin, Sentex, Blotin, V. Legros.

7. Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Alglave, Roche; externes : MM. Lemonnier, Calvé, Gagey, Tanon, Hébert, Royer.

8. Chirurgien : M. le professeur Lannelongue; internes : MM. Auffret, Guénard; externes : MM. Morisetti, Rivière, Sourdille, J. Fabre, Verneau, Parant, Brenot.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Josias; interne : M. A. Herrenschmidt; externes : MM. de Ribier, Imbault, Arrivé, Vernet, Paon.

2. Médecin : M. Netter; interne : M. Nattan; externes : MM. Bour, Sudaka, Mlle Ziegel, M. Fildermann.

3. Médecin : M. Variot; interne : M. Dévé; interne provisoire : Mlle Pariselle; externes : MM. P. Guibal, Robin, Mage, E. Maillard, Bony.

4. Médecin : M. Richardière; internes : MM. Labbé, Balthazard; externes : Mlle Iscovesco, MM. Lavie, Reynaud, Mlle Martin.

5. Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Jouon, Grosse; interne provisoire : M. Dardeau; externes : Mme Margouliès, MM. Valette, Darcaune, Cauchoix, Louveau, Fournier, Herr, Mlle Stein.

6. Chirurgien : M. Broca; internes : MM. Barbarin, Grisel; externes : MM. Cauzard, Barbarin, Cottu, Ricou, Al. Masson, Lauvinerie.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; internes : MM. Bigard, Delestre; externes : MM. Vitry, A. Chevé, Cruet, C. Daniel, Mlle Przeciszewski.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Bonnel, Deschamps; externes : MM. Brissy, E. Roger, Bréal, Lagarde, Robinet.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu; adjoint M. Soupault; internes : MM. Alquier, Morichau-Beauchant; externes : MM. Houzel, Bournaret, Bougenot, Mesley, Voillemin, Goujon.

Consultations. — 2. Médecin : M. L. Lévi; externes : MM. Berton, L. Rousseau.

W. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; interne : M. Couvelaire; interne provisoire : M. Crouzon.

2. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Leuret, Belgrand; interne provisoire : M. Roy.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Bellin, Poulard; interne provisoire : M. Aubertin.

4. Médecin : M. Féré; interne : M. Lutier; interne provisoire : M. Dauzats.

5. Médecin : M. Séglas; interne : M. F. Le Sourd; interne provisoire : M. Demaldent.

6. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Maury; interne provisoire : M. Aubourg.

Y. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Gombault; interne : M. Lejonne; interne provisoire : M. Cahen; externe : M. Milanoff.

2. Chirurgien : M. Guinard; interne : M. Godineau; interne provisoire : M. Carton; externe : M. Latron.

Z. Hôpital de la Maternité. — 1. Médecin : M. Charrin; interne : M. Paris.

2. Accoucheur : M. Porak; internes : MM. Lamouroux, Calmels.

Aa. Hôpital Ricord. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Delamare; externes : MM. Mannoni, Ferreux, Rozier.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Bergeron; externes : MM. Cœlays, Appraillé, Perrier.

3. Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Grégoire; externes : MM. Lacaille, Thiollier, Mieulet, Fromageot.

Ab. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Gasne; internes : MM. Constensoux, Guillain, Dupuy-Dutemps; externes : MM. Dreyfus-Rose, Halberchtadt, Maringer, Guiard, Parrot, Chardin, Guérin-Beaupré, Jouamin.

2. Médecin : M. Déjerine; internes : MM. Roux, Bernheim; externes : MM. Amieux, Bauer, Lœw, Perrin, Boussy.

3. Chirurgien : M. Segond; interne : MM. Dartigues, Durieux; externes : MM. Bonneau, Reliquet, Roubaud, Saison.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. G. Legros; externes : MM. J. Roux, Jacquot.

5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Gadaud; externe : M. Dupinet.

6. Médecin : M. Deny; interne : M. Legroux; externes : MM. Lépine, de Lacroix.

Consultations. — 7. Chirurgien : M. Lapointe; externes : MM. Gianetti, Erlanger.

Ac. Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin; chef de clinique : M. Chavanne; externes : Mme Donzeau, MM. Ducourneau, Roglet, Slatinéanu, Frumusanu, Saint-Cyr.

Ad. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Funk-Brentano; externes : MM. Bruder, Aribat, Bigex, Rumpelmayer, G. Lévy, Neviasjski.

Ae. Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — 1. Médecin : M. Marfan; interne : M. Chapotin; interne provisoire : M. Guihal; externe : M. Mayer.

Af. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Launois; interne : M. Lacapère; interne provisoire : M. Mahar; externes : MM. Vicq, Bacaresse, Mlle Debanis, MM. Gauckler, Bentz.

Ag. Hôpital d'Aubervilliers. — 1. Médecin : M. Roger; interne : M. Ghika; interne provisoire : M. Le Lorier; externes : MM. Mainguy, Rivet, Couréménos, P. Fabre.

Ah. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Aguinet.

Ai. Bastion 29. — 1. Médecin : M. le professeur Chantemesse; interne : M. Armand-Delille; externes : MM. Bussard, J. Monod, Billard, Beaufumé, Moureyre.

Ak. Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Lebreton; internes : MM. Le Roy des Barres (Sainte-Périne et Rossini), Bender (Chardon-Lagache).

Al. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Darier; interne : M. Lenglet; externes : MM. Blairon, Labussière.

Am. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; internes : MM. Boricaud, Guibal, Mützner.

An. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. Touche; internes : MM. Cruchaudeau, Peyre, N...

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : Menet, C-8 = C. Hôpital de la Pitié, 8. Service de de M. Picqué.

Malherbe, M-5.
Rieffel, G-8.
Sebileau, E-14.
Thiéry, C-11.

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Achalme, C-1.
Apert, A-1.
Gasne, Ab-1.
Kahn, A-1.
Lamy, D-1.
Thiercelin, E-1.

Adjoints.

Brodier, D-1.
Gouget, C-1.
Hulot, E-1.

CHIRURGIE

Auvray, D-7.
Banzet, C-7.
Delbet, F-5.
Genouville, F-6.
Terrien, A-8.

Adjoints.

Michon, F-6.
Pley, A-8.

ACCOUCHEMENTS

Chavannes, Ac-1.
Funk-Brentano, Ad-1.
Rudaux, H-8.

INTERNES

Aguinet, Ah-1.
Alexandre, D-7.
Alglave, S-7.
Alquier, L.-V-1.
Ardoin, I-7.
Assicot, J-9.
Audard, D-2.
Audion, H-7.
Audistère, T-8.
Auffret, S-8.
Bacaloglu, H-1.
Balthazar, T-4.
Barbarin, T-6.
Belgrand, W-2.
Bellin, W-3.
Bender, Ak-1.
Bergouignan, H-5.
Bergeron, Aa-2.
Bernard (A.), L-3.
Bernard (H.), E-3.
Bernard (L.), K-1.
Bernheim, Ab-2.
Berthelier, E-1.
Bigard, U-1.
Bisch, A-9.
Blandin, H-7.
Bluysen, C-8.
Bonnel, U-2.
Boricaud, Am-9.
Bosvieux, H-5.
Bourgeois, C-3.
Brécy, I-1.
Bruandet, D-8.
Bufnoir, E-12.
Caboche, I-2.
Cadol, I-9.
Calmels, Z-2.
Camus, F-3.
Castaigne, M-1.
Cathelin, J-11.
Caubet, A-4.
Célos, A-7.
Chaillous (J.), L-3.
Chalochet, E-5.
Chapotin, Ae-1.
Chauveau, O-1.
Chifoliau, J-11.
Civatte, H-4.
Clerc, J-6.
Clermont, I-8.
Cochemé, A-7.
Constensoux, Ab-1.
Coudert (E.), R-4.
Courcoux, M-3.
Couvelaire, W-1.
Coyon, E-4.
Croisier, D-8.
Cruchaudeau, An-1.
Dambrin, C-1.
Dartigues, Ab-3.
Degorce, E-7.
Deguy, S-5.
Delamarre, Aa-1.
Delaunay, J-9.
Delestre, U-1.
Delherm, P-1.
Delille (A.), Ai-1.
Deschamps, U-2.
Desjardins, K-6.
Dévé, T-3.
Druault, A-8.
Dupuy-Dutemps, Ab-1.
Durand-Viel, K-4.
Durieux, Ab-3.
Duval, F-6.
Esmonet, R-2.
Ferrand, S-6.
Ferron, F-7.
Férouelle, R-4.
Follet, A-5.
Font-Reaulx (de), A-7.
Fossard, H-3.
Fresson, F-5.
Froussard, O-4.
Gadaud, Ab-5.
Gauchery, O-6,
Géraud, N-2.
Géraudel, G-2.
Gheorghiu, P-3.
Ghika, Ag-1.
Girard, F-5.
Godineau, Y-2.
Gosset, L-3.
Gouraud, M-3.
Grégoire, Aa-3.
Griffon, A-1.
Grisel, T-6.
Grivot, J-9.
Grosjean, C-8.
Grosse, T-5.
Guénard, S-8.
Gueniot, F-2.
Guéry, N-2.
Guibal, Am-1.
Guibé, O-9.
Guillain, Ab-1.
Guillemot, J-10.
Guillot, O-10.
Guisez, R-3.
Hallopeau, O-2.
Hauser, L-2.
Herbécourt (d'), I-8.
Herrenschmidt (A.), T-1.
Herrenschmidt, I-3.
Herscher, O-1.
Hivet, O-8.
Huguier, E.-11.
Iselin, G-4.
Jacomet, G-3.
Jalaguier, E-10.
Janot, J-10.
Jeannin, J-10.
Joüon, T-5.
Jousset, G-1.
Judet, G-5.
Katz, S-2.
Keim, I-11.
Kendirdjy, A-9.
Labbé, T-4.
Labey, F-5.
Lacapère, Af-1.
Laignel-Lavastine, J-3.
Lamouroux, Z-1.
Lance, I-10.
Langevin, S-3.
Laroche, D-1.
Laubry, D-5.
Lefas, D-4.
Legros (G.), Ab-4.
Legroux, Ab-6.
Lejonne, Y-1.
Lenglet, Ge-1.
Lenormant, K-6.
Léo, C-7.
Lereboullet, E-2.
Le Roux, I-10.
Le Roy des Barres, Ak-1.
Leroy, I-7.
Lesné, G-1.
Le Sourd (F.), W-5.
Le Sourd (L.), C-5.
Leuret, W-2.
Leven, D-3.
Levesque, C-8.
Lippmann, J-8.
Lœper, Je-1.
Lœvy, J-11.
Lortat-Jacob, O-3.
Loubet, G-3.
Lutier, W-4.
Luys, C-7.
Malartic, O-10.
Mantoux, J-5.
Marcille, D-7.
Masbrenier, G-4.
Maubert, A-7.
Mauger (A.), G-5.
Mauger (N.), J-4.
Maury, W-6.
Mauté, P-2.
Ménier, O-8.
Mercier, F-1.
Merklen, R-1.
Mesnard, R-3.
Mettetal, I-5.
Meuriot, L-1.
Michaut (Ch.), I-9.
Michaux (G.), F-4.
Milhiet, O-8.
Milian, A-3.
Millet, H-2.
Minet, O-10.
Monod (F.), C-7.
Monod (R.), E-8.
Monthus, A-3.
Morichau-Beauchan, V-1.
Mouchotte, C-9.
Mousseaux, E-9.
Mützner, Am-1.
Nattan, T-2.
Neveu, A-8.
Nicaise, A-6.
Nollet, E-11.
Oppenheim, J-7.
Pagniez, C-6.
Paris, Z-1.
Pasquier (du) J-6.
Pédeprade, O-9.
Percheron, H-7.
Pestemalzoglu, O-9.
Petit, J-12.
Pétron, E-10.
Peyre, An-1.
Poulain, M-2.
Poulard, W-3.
Prat, J-10.
Quiserne, C-4.
Rastouil, D-9.
Ravaut, G-1.
Renon, K-2.
Ribière, A-2.
Roche, S-7.
Roché (J.), H-7.
Roger, F-7.
Roques, K-3.
Rosenthal, S-1.
Roux, Ab-2.
Sabatié O-5.
Sauvage, B-3.
Schwartz, C-4.
Sicard E-10.
Sikora, A-8.
Silhol, D-7.
Simon, J-2.
Stanculéanu, E-6.
Theohari, E-1.
Theuveny, O-11.
Tesson, F-6.
Tissier, N-1.
Tissot, K-6.
Tourlet, D-6.
Tournemelle, N-2.
Turner, N-3.
Ulmann, S-4.
Veau, L-3.
Véron, I-4.
Weil (E.), C-2.
Zadoc, F-6.
Zimmern, P.3.

INTERNES PROVISOIRES

Aubertin, W-3.
Aubourg, W-6.
Cahen, Y-1.
Carton, Y-2.
Cathala, H-7.
Chevalier (P.), R-3.
Chevrey, E-13.
Crouzon, W-1.
Dardeau, T-5.
Dauzats, W-4.
Demaldent, W-5.
Fernique, B-2.
François-Dainville, B-1.
Guarrigue (A.) L-4.
Gennet (R.), G-5.
Gorsse (de), H-9.
Guihal (E.), Ae-1.
Hulleu, N-4.
Jomier, J-13.
Kahn, I-12.
Lecornu, A-10.
Le Gambier, K-5.
Lelorier, Ag-1.
Léri, O-2.
Loin, O-4.
Mahar, Af-1.
Mettey, I-7.
Mircouche, S-3.
Netter, E-1.
Pariselle (Mlle), T-3.
Pécharmant, G-6.
Roy, W-2.
Vivier, O-7.

EXTERNES

Abbadie (d'), I-4.
Aboulker, I-4.
Adeline, A-5.
Aïtoff, D-10.
Algret (P.), K-1.
Alquier, E-11.
Ambrosi, L-4.
Amieux, Ab-2.
André, E-7.
Andrieu, C-3.
Anibart, K-6.
Appraillé, Aa-2.
Aribat, Ad-1.
Aries, F-5.
Arloing, F-7.
Arnoux, F-9.
Aron, F-7.
Arraul, J-10.
Arrivé, T-1.
Asselineau, G-5.
Astengo, F-7.
Athanasiu, E-1.
Aubin (R.), D-2.
Auburtin, E-2.
Audy (Ach.), O-2.
Audy, J-2.
Aupoix, P-2.
Autefage, L-2.
Ayrignac, D-10.
Bacaresse, Af-1.
Bachimont, E-1.
Bailey, O-4.
Bailleul, F-5.
Baillon, K-0.
Balatre, O-8.
Baldenwecker, I-12.
Barbarin, T-6.
Barbier (P.), A-7.
Barbin, G-5.
Barcat, J-4.
Bardon, J-9.
Barlerin, H-1.
Barnsby, C-3.
Baron, I-13.
Barré (L.), H-6.
Barre, C-5.
Barret, I-3.
Barrier, S-5.
Barthélemy, S-2.
Batiste, C-8.
Baudran, D-3.
Baudoin, G-2.
Bauer, Ab-2.
Baumgartner, E-10.
Baup, E-6.
Béal, H-6.
Beaufumé, An-1.
Beaujard B-1.
Beauvois, I-2.
Béguinot, O-4.
Béneteau, F-2.
Benoit (E), G-1.
Bentz, Af-1.
Bernheim, I-8.
Berre, K-7.
Berruyer, K-1.
Berthaux, F-5.
Berthier (A), H-3.
Bertier, J-1.
Berton, V-2.
Bertrand (M.), A-2.
Besson, H-4.
Bibet, L-4.
Bidault, J-12.
Bidel, J-8.
Bigex, Ad-1.
Billard, Ai-1.
Bing, F-5.
Birfeld (Mlle), K-1.
Blairon, Al-1.
Blanchet, I-6.
Blanluet, A-7
Blanquinque, I-8.
Blavot, I-6.
Bloch (E.), E-13.
Bloch (M.-J.), E-12.
Bloch (P.), I-1.
Bloch, C-2,
Blondin, E-8.
Blotin, S-6.
Blum, D-1.
Bochary, J-2.
Boidin, N-1.
Boileau, D-9.
Boirivant, J-9.
Boisseau, N-1.
Boissier, C-4.
Bonamy, F-6.
Bonneau, Ab-3.
Bonnefous, A-4.
Bony, T-3.
Bordenave, E-10.
Bornait-Legueule, L-3.
Borst, C-2.
Bosc, C-2.
Bouchaud, E-3.
Bouchez, J-6.
Boudréaux, F-7.
Bougenot, V-1.
Boullet, D-7.
Boulommier, D-8.
Boulouneix, C-7.
Bouquet, H-10.
Bour, T-2.
Bourée, P-2.
Bourg, I-2.
Bourgeau, A-9.
Bourguignon, E-2.
Bourlot, C-3.
Bournaret, V-1.
Bournissien de Valmont, R-3.
Boussy, Ab-2.
Boutin, I-10.
Bouzanquet, H-5.
Boyer, L-1.
Braillon, G-7.
Braunberger, E-5.
Bréal, U-2.
Brelet, S-2.
Brenot, S-8.
Brésard, H-6.
Brillaud, S-2.
Brisard, I-1.
Brissard, I-7.
Brissy, U-2.
Brizard, E-10.
Broc, C-7.
Bruder, Ad-1.
Brunat, O-2.
Brunschwig, G-5.
Bué, I-5.
Burgaud, M-3.
Bussard, Ai-1.
Cabon, A-6.
Cailleau, I-9.
Cailleux (A.), J-9.
Cailleux (P.), J-4.
Caldagués, I-8.
Calvé, S-7.
Camus, D-3.
Canton, L-1.
Capette, O-3.
Carlotti, H-6.
Caruette, P-3.
Cattier, F-7.
Cau, C-10.
Cauchoix, T-5.
Cauzard, T-6.
Cazès, E-5.
Cerise, E-10.
Chadzinski, O-3.
Chaignot, A-6.
Chaix, D.
Chapon, I-7.
Chardin, J-8.
Chardin, Ab-1.
Chastagnol, D-7.
Chastenet de Géry, A-3.
Chateau (M.), A-9.
Chateau, L-1.
Chazet (G). J-1.
Chazet (L.) J-10.
Chéruy, O-4.
Chesneau, M-1.
Chevalier (Ch.), J-3.
Chevalier (H.), J-2.
Chevassu, G-3.
Chevé (A.), H-2.
Chevé (F.), H-1.
Cholet, N-4.
Chomet, D-3.
Choutet, J-2.
Cisterne, O-1.
Cistrier, J-9.
Claeys, O-1.
Claret, S-4.
Claude (G.), J-1.
Claude (O.), M-4.
Cléret, A-7.
Clomesnil (de), O-1.
Cochet, C-1.
Cœlays, Aa-2.
Cointepas, E-11.
Colin, S-6.
Colombet, F-6.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Aillaud, médecin-inspecteur des écoles, délégué cantonal à la Ciotat; Benoit du Martouret, médecin du théâtre de l'Opéra; Blache, médecin-inspecteur des enfants du premier âge à Paris; Boëll, médecin-inspecteur des écoles, délégué cantonal à Baugé; Buisson, vice-président de la Société de secours mutuel des médecins du département du Nord, à Auberchicourt; Cassius, maire de Layrac, délégué cantonal; Chabrier, médecin de l'École normale d'instituteurs d'Aix-en-Provence, délégué cantonal; Debierre, médecin-oculiste de l'Institut départemental des sourds-muets d'Asnières, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris; Dubrisay, délégué cantonal à Paris; Gautier, directeur du laboratoire d'électrothérapie; Gibard, délégué cantonal à Paris; Gillet, maire de la Marche, délégué cantonal; Guillié, délégué cantonal à Villeneuve-la-Guyard; Guiller, conseiller général de la Sarthe, médecin du bureau du bienfaisance du VIe arrondissement à Paris; Josias, médecin à l'hôpital Trousseau; Juranville, médecin-inspecteur des écoles de Paris; Lafage, médecin à Neuilly-sur-Seine; Leclère, médecin du bureau de bienfaisance, délégué cantonal à Toul; Ledermann, membre de diverses œuvres de philanthropie et d'instruction populaire à Sèvres; Le Guellant, à Paris; Lemoine, dit John, à Paris; Loves, à Paris; Gaston Lyon, professeur à l'Union des femmes de France à Paris; Macqret, médecin-inspecteur des enfants du premier âge à Nogent-le-Rotrou; Marianelli, conseiller municipal, délégué cantonal à Rochefort; Martelli, médecin à Rugles, délégué cantonal; Martha, à Paris; Martin, à Paris; Ménard, à Saint-Gervais-les-trois-Clochers, délégué cantonal; Mercereau, membre des jurys d'examen pour le brevet de capacité à Paris; Métaxas Stavror, président de la commission des hôpitaux civils de Marseille, officier de la Légion d'honneur; Mora, médecins-inspecteur des enfants du premier âge, délégué cantonal à Paris; Noël, à Machault, délégué cantonal; Ozenne, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris; Petit, conseiller général, maire de Pont-sur-Yonne, président de la délégation cantonale; Peton, maire de Saumur, délégué cantonal; Phocas, chirurgien en chef du sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer; Plateau, médecin de l'état civil du VIIIe arrondissement à Paris; Régnier, publiciste scientifique à Paris; Ribard, à Paris; Richard, professeur d'hygiène à l'Institut industriel de Lille, délégué cantonal; Rueff, délégué cantonal à Paris; Samalens, médecin en chef du lycée d'Auch; Suss, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris; Trapenard, médecin-inspecteur des services médicaux à la préfecture de la Seine; Vallon, médecin en chef de l'hôpital de Villejuif.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Allix, médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement, à Paris; Amor, conseiller municipal, médecin des écoles de Bône; Arnaud, médecin-major de deuxième classe; Barbulée, dit Bulot, professeur à l'Union des femmes de France de Paris; Baudet, à Paris; Bayvel, médecin-major au 7e chasseurs à cheval; Beaulavon, à Paris, publiciste scientifique; Bernard, à Forcalquier, délégué cantonal; Bert, à Aurillac; Biat, délégué cantonal, à Liévin; Blanchard, maire de Presles, président de la délégation cantonale; Blin, médecin en chef de la colonie de Vaucluse; Bompard, conseiller municipal, délégué cantonal, à Briançon; Bosselut, publiciste scientifique, à Nontron; Boulland, médecin de l'hospice, directeur du bureau municipal d'hygiène de Limoges; Bourdon, président de la délégation cantonale, à Méru; Boussac, médecin de l'école normale d'institutrices d'Albi; Braine, attaché au dispensaire du IIe arrondissement de Paris; Brière, à Morteaux-Coulibœuf, délégué cantonal; Caire, à Nanterre; Callé, à Saint-Céré; Capdepont, médecin-dentiste des asiles de la Seine, à Paris; Cazenave, à Paris; Cayla, professeur à la Société des secouristes français, à Neuilly-sur-Seine; Chatinière, médecin du bureau de bienfaisance de Saint-Mandé; Chazardin, à Paris, publiciste scientifique; Chéruy, à Hautvillers; Concaix, adjoint au maire de Felletin; Coquerelle, à Beauvais; Cornet, délégué cantonal, à Marennes; Courront, délégué cantonal, à Tuchau; Crônier, maire de Gacé.

MM. Dandrieu, médecin-inspecteur des écoles, à Verfeil; Darras, publiciste scientifique; Darses, à Paris, fondateur de plusieurs sociétés de secours mutuels; David, à Nice; Delarue, médecin du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement de Paris; Demelin, à Paris, professeur à l'Union des femmes de France; Mlle Desmolières, médecin de la crèche du XVIIIe arrondissement de Paris; MM. Doucy, médecin du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement de Paris; Ducloux, chirurgien en chef de l'hôpital de Cette; Dufaur, délégué cantonal, à Valence-d'Agen; Dufour, publiciste scientifique à Fécamp; Dumas, délégué cantonal, à Nangis; Dumoret, à Paris, professeur à l'Association des dames françaises; Dunogier, à Paris; Durville, publiciste scientifique, à Paris; Farina, à Menton, publiciste scientifique; Fissiaux, médecin du bureau de bienfaisance et des crèches du Xe arrondissement de Paris; Fleys, médecin principal du lycée d'Aurillac.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les médecins et les chirurgiens sont tous d'accord, aujourd'hui, sur ce point, qu'en matière d'appendicite il importe avant tout de faire un diagnostic aussi précis et aussi précoce que possible. Ce diagnostic posé, les uns, avec M. Dieulafoy, disent qu'il ne faut plus perdre un jour, une heure, et qu'il faut opérer immédiatement et indistinctement tous les cas. Reconnaissons que les partisans de l'intervention immédiate deviennent de plus en plus nombreux. Les autres disent : Attendons, observons de très près nos malades, suivons-les heure par heure. Appliquons rigoureusement le traitement médical, aujourd'hui classique, et, aussitôt qu'apparaît la moindre aggravation, intervenons.

Quelle que soit celle de ces deux opinions que l'on adopte, il importe, avant tout, de savoir dépister une appendicite dès son apparition. On ne saurait donc étudier de trop près les moindres signes qui peuvent mettre sur la voie de ce diagnostic parfois difficile.

C'est à cela que s'est appliqué M. Dieulafoy dans la nouvelle communication qu'il vient de faire à l'Académie, tout en répondant à MM. Pinard et Ferrand. Il a parfaitement établi le diagnostic différentiel de l'appendicite, avec la simple indigestion et l'entéro-typhlo-colite. Au milieu des nombreux symptômes qui peuvent amener la confusion dans l'esprit du médecin, il en est trois sur lesquels insiste particulièrement M. Dieulafoy, comme pouvant être dégagés des autres et comme plaidant en faveur de l'appendicite : Ce sont la douleur, toujours plus accentuée, au niveau du point de Mac Burney, la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée au niveau de ce même point. Retenons donc ces trois signes et, aussitôt que nous les aurons constatés, ne perdons pas trop de temps à nous demander si nous devons entrer dans le camp des radicaux ou dans celui des opportunistes ou des temporisateurs. Nous ne surprendrons personne en disant que M. Dieulafoy n'a pas borné sa communication à la question du diagnostic et qu'il a cité de nouveaux faits à l'appui de la thèse qu'il soutient, toujours avec plus d'énergie, à savoir qu'aussitôt l'appendicite dépistée, il faut chercher l'appendice et ne pas attendre le refroidissement, soit de l'appendicite, soit du malade.

M. Le Dentu a présenté un malade chez lequel il a pratiqué, avec M. Albarran, l'extirpation totale d'un uretère atteint de papillome.

M. Hallopeau, à propos d'un travail de M. Patron Espada (de Yucatan), sur le traitement de la lèpre par l'huile de chaulmoogra à hautes doses, accompagnée du régime lacté, déclare ne pas partager l'optimisme de l'auteur. Jusqu'ici, d'après M. Hallopeau, il n'existe pas de traitement spécifique de la lèpre.

L'Académie a élu, à l'unanimité des suffrages exprimés, membres associés étrangers, MM. Lister et Koch.

SÉROTHÉRAPIE DANS LA PLEURÉSIE SÉREUSE

Par le docteur A. BRETON (de Dijon),
Ancien interne des hôpitaux.

I

Pendant notre semestre de service à l'hôpital, nous avons eu la bonne fortune d'observer trois cas de pleurésie séreuse, dont un grave, puisqu'il s'agissait d'un vaste épanchement du côté gauche avec déviation complète du cœur.

Le professeur Landouzy a dit : « Toute pleurésie qui n'a pas fait sa preuve (traumatisme, rhumatisme, etc.), est suspecte de tuberculose, même pour un avenir éloigné. » Pour lui, la pleurésie franche, causée par un refroidissement, est fonction de tuberculose. Cette opinion a été confirmée par les travaux de Kelsch, Vaillard, Netter.

Fort de cette doctrine, nous basant sur les expériences du professeur Debove avec J. Renaut et A. Rémond (de Metz), sur les inoculations pratiquées par Netter, nous avons pensé que le liquide pleural, renfermant de la tuberculine comme les produits de culture du bacille tuberculeux, pouvait être utilisé à l'instar d'un vaccin. C'est ainsi que nous avons eu l'idée de l'employer en injection sous-cutanée, comme traitement de la pleurésie séreuse. A l'aide d'une seringue stérilisable, de la contenance de 5 centimètres cubes, nous avons pratiqué des ponctions exploratrices dans la plèvre et, sans retirer complètement la canule, nous avons injecté, dans le tissu sous-cutané péri-costal, le liquide pleural retiré.

Les suites de notre expérimentation justifièrent la théorie, car sous l'influence de cet unique traitement, nos malades

ont guéri et rapidement. Comme adjuvant de cette méthode thérapeutique, nous nous sommes borné à garder les malades au lit jusqu'à la disparition du liquide et nous les avons nourris le plus possible. Aucun médicament ne fut administré.

En compulsant la littérature médicale, nous avons trouvé deux auteurs nous ayant précédé dans cette voie. En 1893, Gilbert (de Genève) publie un travail « sur un nouveau traitement de la pleurésie tuberculeuse par la sérothérapie ». L'auteur a traité douze pleurétiques par les injections sous-cutanées de liquide pleural. Deux fois l'injection n'a produit ni réaction, ni modification. Dans les autres cas, il y eut une réaction variant de 38°5 à 40 degrés. Mais à partir du jour de l'injection on constata la diminution de l'épanchement pleurétique, l'atténuation des symptômes, l'amélioration générale et la résorption définitive du liquide en six ou dix jours. Tous les malades guérirent *complètement* en l'espace de quinze jours à trois semaines.

En 1896, Scarpa, reprenant cette méthode, publia une note sur « l'autosérothérapie dans la pleurésie séro-fibrineuse d'origine tuberculeuse ». Sur les neuf cas ainsi traités, il y eut six guérisons complètes et trois insuccès. Mais dans ces derniers, le sérum pleurétique aurait exercé une action favorable sur les lésions tuberculeuses concomitantes.

On pourra nous faire le reproche de n'avoir point contrôlé la nature tuberculeuse de nos trois épanchements. Pour des motifs indépendants de notre volonté, nous n'avons pu faire d'inoculations à des cobayes. Aucun des malades de la salle, tuberculeux ou non, n'a voulu consentir à servir de témoin au point de vue de la réaction et à se laisser inoculer une petite quantité de ce liquide pleural.

Mais ce que nous n'avons pu réaliser, d'autres l'ont fait et, en recueillant les statistiques sur la nature de l'épanchement pleural séreux, nous voyons que tous les auteurs qui se sont occupés de la question, sont arrivés à des résultats concordants. En 1888, Ricochon, sur 32 cas de pleurésie dite *a frigore*, n'en trouve qu'une ou deux seulement pouvant être dites franches, toutes les autres sont prodromes de l'infection tuberculeuse.

Dans le travail de Netter (1891) sur « les effets de la tuberculine dans les pleurésies », nous lisons que, dans les observations publiées en Allemagne, 87 p. 100, l'inoculation de lymphe de Koch a causé la réaction dans la pleurésie; 96 p. 100, la réaction a été notée chez des sujets manifestement tuberculeux, 59 p. 100 chez des sujets suspects de tuberculose, 27 p. 100 chez des malades non tuberculeux, et 8,5 p. 100 chez des sujets sains. D'où la conclusion, que les pleurétiques réagissent comme les sujets notoirement tuberculeux. Netter a obtenu 58 p. 100 un résultat positif dans ses inoculations aux animaux.

En 1893, les travaux du prince Ferdinand-Louis de Bavière; en 1895, ceux d'Eichhorst (de Zurich), de Lemoine; en 1896, ceux d'Aschoff; en 1897, ceux de Le Damany, arrivent à la même solution, à savoir : que la pleurésie séro-fibrineuse que rien ne justifie est d'origine tuberculeuse. Récemment, Péron communiquait à la Société de biologie une note sur la sérothérapie de la tuberculose. Ce travail confirme notre façon d'envisager le liquide pleural, car un chien inoculé par ce sérum pleural, recevant avec un témoin non inoculé une culture très virulente de bacilles tuberculeux, est mort moins rapidement et a présenté des lésions moins avancées que l'autre.

De ceci, nous pouvons donc induire la pathogénie tuberculeuse des trois cas que nous allons rapporter.

Observation I. — Félix N..., 57 ans, manouvrier, entré salle Eudes III n° 6, le 14 mai 1898, pour une pleurésie séreuse gauche.

Antécédents héréditaires. — Père, mort d'affection cardiaque. Mère, morte d'affection de poitrine (!).

Antécédents personnels. — Rien à relever qu'une pleurésie gauche séreuse, pour laquelle il fut soigné à l'hôpital le 14 mars de cette année. Malheureusement l'observation détaillée de ce premier séjour n'existe pas. Tout ce que nous savons c'est qu'il fut ponctionné deux fois. D'abord le 20 mars, on lui retira 2 litres de liquide séreux, puis le 28, 250 grammes. Fin avril, le malade quittait le service se sentant capable de reprendre ses occupations.

Il revient le 14 mai, parce qu'il est fatigué, essoufflé et incapable de travailler. Il est encore atteint d'épanchement séreux gauche. L'examen clinique du malade, à son entrée, permet de constater un épanchement moyen ne remontant pas au delà des deux tiers de la hauteur de l'omoplate.

Apyrexie complète. Pas de troubles cardiaques. Pas de lésions pulmonaires.

17 mai, ponction et injection de 5 centimètres cubes de liquide séreux pleural. T. R., matin 37 degrés, soir 37°3.

18 mai. T. R., matin 37 degrés, soir 38 degrés.

19 mai. T. R., matin 36°9, soir 37°5.

23 mai. Deuxième ponction et injection de liquide pleural. T. R., matin, 36°8, soir 37°4.

24 mai. T. R., matin 37°1, soir 37°8.

2 juin. Ponction faite à la pointe de l'omoplate. On ne peut retirer et injecter que 2 centimètres cubes de liquide. T. R., matin 37 degrés, soir 37°5.

3 juin. T. R., matin 37°2, soir 37°3.

8 juin. Ponction et injection de 4 centimètres cubes de liquide. T. R., matin 36°8, soir 37°4.

9 juin. T. R., matin 37 degrés, soir 37°7.

14 juin. Ponction et injection de 5 centimètres cubes de liquide. T. R., matin 36°5, soir 37°7.

15 juin. T. R., matin 36°8, soir 37°2.

22 juin. Ponction et injection de 5 centimètres cubes de liquide. T. R., matin 36°7, soir 36°8.

23 juin. T. R., matin 36°7, soir 36°9.

A partir de ce moment le liquide disparaît complètement et on ne peut plus en retirer par les ponctions exploratrices. L'examen clinique vient d'ailleurs confirmer la résorption de l'épanchement pleurétique.

Le 9 juillet, le malade quittait l'hôpital bien guéri.

Durant cette longue période de séjour, la courbe thermique ne s'est élevée qu'à 38 degrés, deux fois seulement, le 18 mai et le 12 juin, elle a oscillé sans cesse entre 36°6 et 37°8.

En résumé, entre la première ponction et la constatation de la disparition du liquide, il s'est écoulé un laps de temps de trente-six jours.

Obs. II. — D... (Antoinette), vingt-deux ans, employée de commerce, entrée à l'hôpital le 26 août 1898, lit n° 40, de la salle des femmes fiévreuses, pour une pleurésie droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fièvre typhoïde, mère bien portante, a eu cinq enfants, dont notre malade est la seconde. Ces cinq enfants sont vivants et bien portants, sauf Antoinette.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à treize ans; depuis, menstruation régulière, mais peu abondante.

Elle est employée de commerce depuis l'âge de quinze

ans. La vie a été souvent pénible pour elle. Elle a dû fournir jusqu'à quinze heures de travail par jour, et toujours elle s'est beaucoup fatiguée. Pendant onze mois, elle habita Paris et y mena une dure existence. Son appétit a toujours été capricieux. Il n'est donc pas surprenant de la voir soignée en 1895 pour de l'anémie.

En novembre 1896, elle fut prise de bronchite, qui dura six semaines. Toussant beaucoup, elle n'eut ni hémoptysie, ni expectoration. En 1897, pendant son séjour à Paris, elle fut reprise de cette même toux sèche qui dura trois semaines, sans être obligée de quitter ses occupations.

Le début de la pleurésie actuelle remonte au 18 août. Elle fut prise alors de malaise général, de frissons, de fièvre, d'étouffement et perdit l'appétit. Néanmoins, elle continua de vaquer à ses affaires, jusqu'au moment de son admission, bien qu'elle pût à peine marcher, et qu'elle fût très essoufflée au moindre effort.

A son entrée, c'est la dyspnée qui prime tout. Cette femme qui est grande, brune, assez forte, se plaint de points de côté droits; la respiration est très pénible (28 mouvements respiratoires par minute), entrecoupée de la toux spéciale à la pleurésie. Au repos absolu au lit, la situation est tolérable, elle ne l'est plus au moindre mouvement. P. à 90. T. R. 38°1 le soir de l'admission.

L'examen clinique permet d'assigner l'épine de l'omoplate, comme limite supérieure à l'épanchement.

3 septembre. Ponction et injection de 5cc de liquide pleural. Jusqu'à ce jour la température a oscillé entre 37°7 et 38°5. Le jour de l'injection : T. R. matin 38°1 et soir 38°4. Consécutivement à cette inoculation, la malade a eu un état de malaise général avec vomissements, qui persista jusqu'au lendemain.

4 septembre. T. R. matin et soir 38°1, P. à 76, respiration à 26.

7 septembre. Ponction et injection de 5cc de liquide. T. R. matin et soir 37°9.

8 septembre. T. R. matin 37°9, soir 38°1, P. à 70, respiration à 20.

A partir de ce moment la température oscille entre 37°4 et 37°9.

Deux jours après la première injection, l'amélioration se fait sentir et l'épanchement tend à disparaître. Le mieux progresse encore après la seconde inoculation et avec une rapidité telle que le 10 septembre une ponction exploratrice, faite à divers points de hauteur, reste absolument négative. Il n'est plus possible, dès lors, de retrouver trace de l'épanchement, malgré des ponctions faites encore le 12, le 27 septembre et le 1er octobre.

Localement, voici quel était le résultat de l'examen au 10 septembre. La respiration pouvait être entendue de haut en bas du poumon droit, et à la base existaient des frottements. A cette base seule il y avait de la submatité. Les deux sommets ne donnaient lieu à aucun signe stéthoscopique.

21 septembre. Grâce à l'obligeance de notre excellent confrère, le docteur Dubard, nous avons pu faire un examen radiographique de notre malade. A l'écran, on voyait nettement les deux sommets pulmonaires très clairs. A gauche, cette clarté était très nette de haut en bas. A droite, au niveau de la zone de submatité, il y avait une teinte ombrée. Cette ombre n'était cependant point opaque, car la lumière pouvait passer. Le poumon droit avait repris sa forme et son expansion normales. La teinte sombre de la base du thorax, à droite, vu l'absence de liquide constatée par des ponctions exploratrices, devait être rattachée à des fausses membranes épaissies, dont la sensation de résistance était facilement appréciée au passage de l'aiguille exploratrice.

La malade est restée en observation jusqu'au 14 octobre. Elle allait très bien, avait bon appétit et pesait 59 kilos.

Le périmètre thoracique était alors à gauche de 38 centimètres et demi, et à droite de 37 et demi.

De tous les symptômes thoraciques observés, il ne restait, lors de l'*exeat*, qu'un peu de submatité à la base droite et de respiration légèrement voilée. Ce qui devait tenir aux fausses membranes.

En résumé, l'épanchement a disparu complètement en sept jours après la première inoculation. *(A suivre.)*

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE QUELQUES PARALYSIES FACIALES D'ORIGINE OTIQUE

Par M. le docteur E.-J. Moure, chargé du cours d'otologie à la Faculté de médecine de Bordeaux,
et M. G. Liaras, premier interne à l'hôpital Saint-André.

Conclusions. — Dans le traitement chirurgical des paralysies faciales dues à une otorrhée ancienne (celles que nous avons surtout en vue) on a généralement affaire à une compression due à des fongosités ou à un séquestre.

La localisation de ce dernier, qui paraît indispensable *a priori* pour le traitement, n'est pas toujours aisée à faire. Les signes subjectifs et les signes objectifs tirés de l'envahissement des branches qui, successivement, naissent du facial dans sa traversée osseuse, ne permettent qu'exceptionnellement d'établir le point précis de la compression.

L'examen électrique préalable n'est pas d'un secours aussi précieux qn'on pourrait l'espérer : la réaction de dégénérescence ne veut pas dire que le nerf ne reviendra pas et qu'on ne doit pas opérer.

Quand on intervient, il n'est pas nécessaire d'aller systématiquement à la recherche du facial et faire, comme l'ont préconisé certains auteurs, une sorte de sculpture du canal de Fallope. Il suffit d'ouvrir l'antre mastoïdien, de gratter, de cureter, de réséquer et enlever tout ce qui paraît malade dans l'os, particulièrement dans la région du canal de Fallope correspondant à la loge des osselets et au-dessus de la fenêtre ovale, point où le nerf est tout à fait superficiel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1899. — Présidence de M. Panas.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers. MM. Lister et Koch sont élus à l'unanimité des suffrages.

PRÉSENTATION DE MALADE

Extirpation totale de l'uretère atteint de papillome. — M. LE DENTU a montré un malade chez lequel il a pratiqué, avec M. Albarran, l'extirpation complète de l'uretère.

Il s'agit d'un homme âgé de trente-quatre ans, qui ne présentait pas les symptômes ordinaires de l'hydronéphrose, et chez lequel il hésitait entre la lithiase sans crises, et la néphrite douloureuse. L'incision exploratrice du rein lui fit constater que l'uretère était dilaté. Ce point acquis, il sutura en partie le rein, et plaça un tube à drainage.

Il pria alors M. Albarran d'examiner l'uretère. A la cystoscopie, il constata la présence d'un papillome au niveau de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. La sonde ne fut

introduite qu'avec difficulté, et elle fut arrêtée à peu près au niveau du bassinet. M. Albarran, s'appuyant sur ces données, conclut à un papillome de l'uretère, papillome peut-être multiple.

M. Le Dentu se rangea à ce diagnostic et pratiqua l'urétérectomie totale. Le décollement du péritoine fut facile, car il n'y avait pas eu d'inflammation ; l'uretère fut coupé le plus possible au ras de la vessie. La guérison fut extrêmement rapide, et la réunion s'obtint par première intention et sans incident, sauf, le sixième jour, une crise d'urémie, dont l'origine a échappé, car l'autre rein avait été trouvé sain à l'examen.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de papillome pur de l'uretère.

COMMUNICATIONS

Traitement de la lèpre. — M. HALLOPEAU, à propos d'un travail de M. Patron Espada (de Yucatan) sur le traitement de la lèpre par l'huile de chaulmoogra à hautes doses associée au régime lacté, déclare qu'il ne partage pas l'optimisme des conclusions de l'auteur ; il a dû combattre déjà des assertions semblables formulées en faveur du hoang-nan par les missionnaires du Tonkin, et des injections de sérum par Carasquilla : tous ces observateurs lui paraissent, avec la meilleure foi, victimes de ce que l'on peut appeler l'illusion thérapeutique de la lèpre ; c'est-à-dire qu'ils rapportent à leur thérapie les rémissions si considérables qui sont de règle dans cette maladie. Pour ce qui est en particulier de l'huile de chaulmoogra, M. Hallopeau a vu dans son service M. Janselme l'administrer à hautes doses, soit par les voies digestives, avec régime lacté, soit en injections hypodermiques, et des poussées intenses survenir pendant ce traitement. Aussi, sans nier en aucune mesure l'importance du rôle du médecin dans le traitement de cette maladie, M. Hallopeau ne croit pas démontré qu'aucun des médicaments, préconisés contre elle, ait une action réellement spécifique et il n'ose même pas faire exception pour le traitement mercuriel qu'il a vu plusieurs fois suivi d'étonnantes améliorations.

Radioscopie du pied. — MM. HALLOPEAU et TOSTIVINT ont étudié par la radioscopie une déformation considérable des pieds d'origine cicatricielle ; ces extrémités ont l'aspect de moignons ; du côté gauche, les orteils semblent avoir complètement disparu : on n'en voit d'autre trace que l'ongle du gros orteil faisant saillie à la face plantaire de l'articulation tarso-métatarsienne. La figure radioscopique montre que cette disparition n'est qu'apparente ; les phalanges persistent en partie, mais elles sont atrophiées et englobées dans le tissu de cicatrice, en extensions ou en flexion forcées.

Cette atrophie n'est pas la conséquence directe de la brûlure ; elle doit être rapportée au trouble apporté, dans la première enfance, au développement du squelette du pied par la rétraction du tissu de cicatrice. Ce fait résulte en toute évidence de l'étude comparative des photographies, des radiographies et du moulage fait par M. Barretta.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. DIEULAFOY prend de nouveau la parole pour répondre aux communications de MM. Pinard et Ferrand.

M. Pinard a dit avec raison que le traitement chirurgical de l'appendicite devait être basé sur un diagnostic précis. Ce diagnostic est-il donc si difficile? Sur 64 malades opérés d'appendicite qu'a observés M. Dieulafoy, l'opération a montré, dans les 64 cas, que le diagnostic avait été exact. Cependant, il est des cas où ce diagnostic peut présenter quelques difficultés, quelque obscurité. Voyons donc quels peuvent être les jalons qui permettent de se reconnaître dans ces cas obscurs.

M. Dieulafoy, pour chercher à élucider cette question, admet une division artificielle des appendicites en trois catégories. Il y a une première variété d'appendicite, bénigne en apparence ; le malade a quelques douleurs dans la fosse iliaque droite, pas de fièvre, pas de vomissements ; trois signes seulement peuvent et doivent être retenus dans ces cas : douleur un peu vive au niveau du point de Mac Burney, défense musculaire, hyperesthésie cutanée sur le même point. M. Dieulafoy cite plusieurs exemples dans lesquels, malgré le peu de gravité apparente, il insista pour qu'on fît l'opération et celle-ci montra qu'il s'agissait déjà d'une gangrène de l'appendice avec péritonite.

Il est une autre série de faits dans lesquels le malade a de la fièvre, 39 degrés, des nausées, des vomissements, de vives douleurs dans le ventre, surtout du côté droit, en un mot des symptômes bruyants et un état général grave. Le lendemain, le malade est mieux, la température tombe à 38 degrés, il souffre moins.

M. Dieulafoy cite ainsi des cas dans lesquels il est arrivé, trente-six heures apres le début des accidents et, en faisant pratiquer l'opération, il a pu voir que les malades étaient en pleine péritonite.

Enfin, dans une troisième variété, il s'agit d'appendicites larvées, dans lesquelles les symptômes sont masqués par d'autres symptômes, ceux d'une indigestion, par exemple, qui ont fait que la famille a temporisé pour appeler le médecin, que le médecin a temporisé pour appeler le chirurgien. Si on observe bien ces malades, on retrouve cependant la triade de symptômes qui permet de diagnostiquer l'appendicite, c'est-à-dire la douleur au point de Mac Burney, la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée. C'est ici que M. Dieulafoy, insistant sur ces signes, établit le diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'entéro-typhlo-colite. Ce sont même ces cas d'entéro-typhlo-colite, pris pour des appendicites, qui viennent grossir les statistiques en faveur du traitement médical. Voyons donc quels sont les signes distinctifs qui permettent de distinguer ces deux affections :

Dans l'entéro-typhlo-colite, les malades se tournent et se retournent, souffrent dans tout le ventre, indiquent, quand on les presse de bien désigner les points douloureux, tout le trajet du côlon ascendant, du côlon transverse, du côlon descendant. Dans l'appendicite, au contraire, le malade reste couché sur le dos, souffre surtout à droite et accuse, quand on l'examine de ce côté, une douleur beaucoup plus vive que partout ailleurs. En outre, tandis que les premiers ont toujours un passé intestinal, les malades atteints d'appendicite n'en ont pas. Aucun des 64 malades observés par M. Dieulafoy n'avait de passé intestinal. En quoi consiste ce passé? Les malades ont eu déjà des crises analogues, ont rendu des glaires, des mucosités ou du sable dans les selles. Il faut donc tenir compte de tout cela : la nature, la localisation de la douleur, dans un cas ; la dissémination de la douleur, l'existence d'un passé intestinal dans l'autre cas.

S'appuyant sur ce fait et sur les exemples qu'il a cités, M. Dieulafoy s'applique à montrer de nouveau combien est dangereuse la temporisation dans les cas d'appendicite.

Répondant ensuite à M. Ferrand, M. Dieulafoy repousse l'opinion qu'il a émise, relativement au traitement médical, qu'on emploie ou non les purgatifs, qu'on préfère la belladone à l'opium. Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite. Au premier cri d'alarme de l'appendicite, il est déjà trop tard, le mal est fait, le canal est obstrué, la cavité close est formée, la toxi-infection se fait. M. Ferrand s'est appuyé, pour défendre son opinion, sur les chirurgiens temporisateurs.

M. Dieulafoy rappelle ici la discussion qui se poursuit à

la Société de chirurgie, et se félicite de voir que les chirurgiens, dits radicaux, deviennent de plus en plus nombreux, tandis que diminue le nombre des chirurgiens dits opportunistes ou temporisateurs.

Il rappelle les formules si bien défendues par MM. Reclus, Pinard, Segond, Chaput, Poirier, Tuffier, Michaux, Hartmann, etc., et termine par les conclusions suivantes :

Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Avec un diagnostic bien fait, avec l'opération pratiquée au moment voulu et suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 MARS 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 6 MARS 1899, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Blum et Sébileau.

3e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Terrier, Reclus et Varnier; — (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Potain, Gaucher et Teissier; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Humbert, Lejars et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Hayem, Dupré et Méry; — M. Walther, suppléant.

MARDI 7 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Richelot, Quénu et Poirier.

3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Cornil, Rémy et Bonnaire.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Ménétrier et André; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Thiéry et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Vaquez; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Marfan; — M. Widal, suppléant.

MERCREDI 8 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Rémy et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Reclus, Sébileau et Lepage; — (2e partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 3* : MM. Fournier, Lancereaux et Méry.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Landouzy, Wurtz et André ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

VENDREDI 10 MARS, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Delens, Legueu et Wallich.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Blum, Humbert et Lejars; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Lancereaux et Gaucher; — (2e série) : MM. Joffroy, Widal et Teissier; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 11 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Richelot, Rémy et Albarran.

3e (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Troisier, Thiroloix et Launois.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Le Dentu, Berger et Faure; — (2e partie) : MM. Raymond, Chantemesse et Widal; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Hallopeau, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecins des hôpitaux de Paris s'est ouvert mercredi 22 février. Question écrite : « Anatomie pathologique et symptomatologie des pleurésies putrides. » — Questions restées dans l'urne : « Des tumeurs malignes du rein. — Des épilepsies symptomatiques. »

— DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'Académie les docteurs dont les noms suivent :

M. Forfer, à Vitry-le-François; Mme Fouré, médecin du lycée Victor-Hugo, à Paris; MM. Fustier, médecin-inspecteur des écoles, délégué cantonal, à Thizy; Gallot, à Menton; Galzain, médecin-inspecteur des écoles de Pontivy, délégué cantonal; Gauchas, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris; Gautier, à Bordeaux, vice-président de la commission des logements insalubres; Giustiniani, directeur de la santé, à Ajaccio; Grellière, à Neauphle-le-Château; Heiser, professeur à l'association de sauvetage, à Paris; Herck, médecin à l'association des instituteurs de la Seine, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris; Jagu, délégué cantonal, à Saint-Pol-de-Léon; Jeannin, médecin de diverses associations, à Paris; Jouliard, délégué cantonal, à Paris; Jourdan, publiciste scientifique, à Paris; Joy, à Boulogne-sur-Seine; Kinzelbach, médecin-inspecteur des écoles à Paris; Lacaze, professeur à l'Association des dames françaises, à Paris ; Lathoud, médecin-inspecteur des écoles d'Yonne, délégué cantonal; Laurent, médecin des écoles, à Paris; Laurent, délégué cantonal, à Broons; Lemesle, à Paris, publiciste et conférencier, chargé de missions scientifiques; Lenoir, à Paris; Leriche, médecin des enfants assistés indigents à la Souterraine; Le Roy, médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris; Long, médecin-adjoint au lycée de Toulon; Magnan, conseiller général, délégué cantonal, à Die; Malphettes, publiciste scientifique, à Albi; Marchesi, à la Belgodère ; Mathieu, médecin-inspecteur des Enfants assistés, à Wassy, membre du conseil départemental de l'instruction publique; Mattrais, à Chinon, conseiller général, délégué cantonal; Mazery, à Paris; Mercier, chirurgien de l'hôpital de Montluçon, médecin du lycée; Moiroud, médecin-chirurgien-dentiste de l'hôpital Cochin et de la Maternité, à Paris; Monin, à Neuilly-sur-Seine; Mulette, médecin-inspecteur des écoles, à Pont-Sainte-Maxence; Naïs, délégué cantonal, à Sermaises; Naudet, médecin-inspecteur des écoles, à Paris; Orlanduci, à Vescovato; Parizot, médecin-inspecteur des écoles, administrateur de la caisse des écoles du Ve arrondissement de Paris; Pascalin, médecin-chef du sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer; Pertat, à Paris; Petit, à Paris, publiciste scientifique; Petit, médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris ; Petrolacci, conseiller général, à Bône; Peyrat, à Villefranche-Lauraguais, président de la délégation cantonale; Peyré, à Paris; Piquet, à Constantine ; Pomel, médecin de l'hospice de Joué-les-Tours, délégué cantonal; Pomme de Mirimonde, médecin-inspecteur de la Société protectrice de l'enfance du Xe arrondissement, à Paris; Pons, délégué cantonal, à Ille-sur-le-Tet; Queyssac, à Paris; Rabaud, publiciste scientifique, chef des travaux anatomiques à l'asile Sainte-Anne; Ramond, à Paris, membre de la Société anatomique; Recht, médecin de diverses sociétés de secours mutuels, à Paris; Record, conseiller général, délégué cantonal, médecin-inspecteur des écoles à Vélines; Renault, à Paris; Rivière, médecin de diverses sociétés philanthropiques, à Paris; Rivière, moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon; de Rothschild, à Paris, vice-président du comité directeur de l'Association des ambulanciers de France; Roubinovitch, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef de l'asile du sauvetage de l'enfance; Rouillon, fondateur de la section de l'Association philotechnique, à la Varenne-Saint-Hilaire; Rouveix, à Saint-Germain-Lembron, délégué cantonal; Saint-Agnès, à Toulouse; Soubise, médecin-inspecteur des écoles, à Fontenay-sous-Bois; Tapie, délégué

cantonal, à Paris; Tariel, à Issy-les-Moulineaux, membre de la commission d'hygiène et de salubrité; Tessier, à Paris, services rendus au dispensaire de Vaugirard, publiciste scientifique; Thévenon, conseiller d'arrondissement, délégué cantonal, à Craponne; Thibout, médecin-inspecteur des écoles, à Enghien-les-Bains; Veillard, à Lorris, adjoint au maire, délégué cantonal; Vercoustre, à Paris; Vimont, médecin de la crèche Bonne-Nouvelle, à Paris; Vincent, médecin du bureau de bienfaisance du IIIe arrondissement, à Lyon.

— Par décision présidentielle, en date du 25 février 1899, a été acceptée la démission de son grade de médecin de deuxième classe de la marine, offerte par M. le docteur Aubert.

Par décret de même date, M. le docteur Aubert a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer. Cet officier de réserve est affecté au port de Cherbourg.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 février 1899, ont été nommés médecins stagiaires des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent :

MM. Violle, Vallet, Mongie, Normet, Baillif, Georges, Lasserre, Kérambrun, Aubert et Rousseau.

— La commission nommée par le Conseil municipal de Paris pour établir des relations entre la Ville et l'Université de Paris a décidé, à l'unanimité, de proposer au Conseil la création, à la Faculté de médecine, de deux chaires nouvelles : 1° clinique gynécologique ; 2° clinique de chirurgie infantile.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Debédat est nommé directeur du service annexe d'électrothérapie à l'hôpital des Enfants.

M. le docteur Gourdon est nommé directeur du service annexe du massage et de gymnastique audit hôpital.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Doué, médecin principal du port de Toulon, a été désigné, au dixième tour, pour aller remplacer, sur le *Carnot*, M. le docteur Breton, qui terminera, le 1er mars prochain, une période réglementaire d'embarquement.

M. Cartier, médecin principal du port de Brest, a été désigné, au onzième tour, pour aller remplacer, au 5e régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, M. le docteur Rit, passé, sur sa demande, au 4e régiment de garnison à Toulon.

M. Degroote, médecin de deuxième classe du port de Toulon, a été désigné, au dixième tour, pour aller remplacer, sur la *Melpomène*, école des gabiers, à Brest, M. le docteur Hamo, qui terminera, le 4 mars prochain, une période réglementaire d'embarquement.

Mutations parmi les médecins de la réserve de l'armée de mer : MM. Canoville, médecin principal; Loussot, Dusault et Dupin, médecins de deuxième classe, du port de Cherbourg, sont affectés : le premier à Toulon, le second à Brest, le troisième à Rochefort, le quatrième à Lorient.

M. d'Avril, médecin de première classe du port de Brest, est affecté à Lorient.

M. Caradec, médecin principal du port de Lorient, est affecté à Toulon.

M. Narbonne, médecin de première classe du port de Rochefort, est affecté à Toulon.

M. Marévéry, médecin de deuxième classe de réserve, est rayé, sur sa demande, des cadres de la réserve de l'armée de mer comme ayant accompli le temps de service exigé par la loi de recrutement.

MM. Seguin et Gaiffe, médecins de deuxième classe de réserve, sont rayés, sur leur demande, des cadres de la réserve de l'armée de mer, comme ayant atteint l'époque du passage légal dans l'armée territoriale.

M. le médecin de première classe Barrat, du port de Rochefort, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest le 28 mars prochain, pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'École de Bordeaux.

M. le docteur Dédet, nommé médecin de première classe de la réserve de l'armée de mer, est affecté au port de Cherbourg.

MM. les médecins de première classe Gandelin, médecin résidant à l'hôpital de Cherbourg, et Dessemond-Sicard, du service général au même corps, sont autorisés à permuter.

— M. Almon-Phelipon, ancien médecin de la marine, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Luçon.

— M. le docteur Meunier est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Pontoise.

— *Dixième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.* — I. Les confrères qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion sont priés de le faire sans retard s'ils veulent profiter des réductions de demi-place pour se rendre à Marseille et participer à tous les avantages des excursions qui doivent avoir lieu aux environs.

II. Des démarches actives sont faites près des Compagnies de chemins de fer pour obtenir les réductions de tarifs qu'elles ont bien voulu accorder les années précédentes, pour MM. les congressistes et les personnes qui les accompagneront (femmes ou fils étudiants).

III. Pour bénéficier des billets à prix réduits, chaque adhérent devra faire parvenir à M. le docteur Boubila, secrétaire général, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Marseille, une note indiquant exactement ses nom, prénoms et adresse, son point de départ et son point d'arrivée sur chacun des réseaux qu'il aura à prendre.

M. le secrétaire général coordonnera ces indications et les transmettra à M. le docteur Doutrebente, qui les adressera aux Compagnies et fera ensuite distribuer en temps utile, aux intéressés, leurs divers bons individuels.

IV. Les adhérents qui se proposent de faire des communications au Congrès sont priés d'en envoyer sans retard les titres, afin que les ordres du jour puissent être préparés. La lecture de ces communications sera faite au Congrès dans l'ordre d'inscription. Toute communication dont le titre aurait été envoyé à M. le secrétaire général après le 15 mars serait exclue de l'ordre du jour et considérée comme non avenue.

V. La plupart des asiles ont coutume d'acheter pour leurs bibliothèques les rapports et comptes rendus des Congrès. Jusqu'ici ils se les sont procurés chez le libraire dépositaire. Le secrétaire général signale, à MM. les directeurs, l'initiative prise l'année dernière par quelques-uns ; elle présente pour les Congrès des avantages moraux et matériels; elle consiste à inscrire les asiles comme adhérents du Congrès, leur donnant ainsi droit, sur versement de la cotisation, de recevoir toutes les publications.

VI. Ceux des adhérents qui n'ont pas encore versé leur cotisation sont priés d'en envoyer dès maintenant le montant, 20 francs, en un bon ou un mandat-poste, adressé à M. le secrétaire général.

— *Hôpital Broca (annexe Pascal*, 111, rue Broca). — M. Pozzi reprendra ses leçons cliniques de gynécologie le vendredi 3 mars, à dix heures du matin, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

Un cours complet de gynécologie, en vingt-quatre leçons, sera fait sous sa direction, les lundis et mercredis à dix heures, à partir du lundi 6 mars.

Démonstrations d'histologie tous les samedis à dix heures, à partir du samedi 4 mars, par le chef de laboratoire du service.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 26. — SAMEDI 4 MARS 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 4 MARS 1899. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Par M. J. CASTAIGNE,
Interne des hôpitaux de Paris, moniteur d'anatomie pathologique à la Faculté.

I

L'idée première de l'épreuve de la glycosurie alimentaire se trouve dans les œuvres mémorables de Claude Bernard (1). Après avoir découvert et décrit la fonction glycogénique du foie, il montra, par l'expérimentation, que la même quantité de sucre qui, introduite dans l'intestin, ne donne pas lieu à la glycosurie, la provoque au contraire si l'on a pris soin de lier préalablement le tronc de la veine porte. C'est Colrat (2) qui, le premier, appliqua ce mode d'examen à la clinique humaine, en partant de ce principe que les cirrhoses étant équivalentes à des ligatures de la veine porte, les cirrhotiques doivent se conduire vis-à-vis du sucre absorbé par la voie gastro-intestinale comme les animaux auxquels on lie la veine porte. Pour se rendre compte de l'exactitude de sa théorie, il fit absorber à ses malades 150 grammes de sirop de sucre, recueillit les urines émises après l'ingestion et constata qu'elles contenaient du glucose, dans les cas de cirrhose atrophique. Il en conclut que « la glycosurie alimentaire est un signe d'obstruction partielle ou totale de la veine porte, soit par pyléphlébite ou compression, soit par cirrhose ».

A son origine donc, l'épreuve de la glycosurie alimentaire est considérée, quand elle est positive, *comme un signe de l'oblitération totale ou partielle de la veine porte*. Les travaux de Lépine (3), les observations de Couturier (4) semblent d'ailleurs confirmer cette manière d'interpréter l'épreuve : il y avait chez leurs malades, dont la glycosurie fut positive, un développement plus ou moins considérable de la circulation sous-cutanée abdominale, en même temps qu'une ascite très abondante ; ils en ont conclu, eux aussi, que l'épreuve est positive, quand il y a obstruction du système porte, parce que le sucre passe directement dans la circulation générale sans avoir à traverser le foie. Mais des résultats contradictoires ne tardèrent pas à affluer : d'abord Robineau (1) montre que les diverses cirrhoses ne sont pas toutes égales devant la glycosurie alimentaire : l'épreuve est positive dans les cas de cirrhoses hépatiques, négative au contraire dans les hypertrophiques. L'année suivante, Valmont (2) rapporte plusieurs cas de cirrhose, sans glycosurie alimentaire ; en revanche, il constate que l'épreuve est positive chez un de ses malades arrivé à une période très avancée de la péritonite tuberculeuse ; aussi l'auteur conclut que, « si l'on donne du glucose à un sujet arrivé à une période avancée de cachexie, on peut produire la glycosurie ; il n'est pas besoin, pour cela, que le malade soit cirrhotique. »

Ces travaux de Valmont avaient le mérite de montrer que la signification de la glycosurie alimentaire est tout autre que celle indiquée par Colrat et que, notamment, l'épreuve ne peut nullement servir à faire le diagnostic étiologique de l'ascite, à reconnaître si l'on est en présence d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, ou bien d'une cirrhose de Laënnec. En somme, ces recherches indiquaient ce que n'était pas l'épreuve, elles n'établissaient pas sa réelle signification.

C'est à M. Roger (3) qu'on est redevable de l'interprétation classique de la glycosurie alimentaire. Il ne s'est pas contenté de faire l'épreuve sur des malades atteints de cirrhoses, il l'a tentée dans diverses affections du foie, et c'est en se basant sur douze observations nouvelles et sur des expériences, faites au laboratoire et sous la direction de M. Bouchard, qu'il arrive à cette double conclusion : que les résultats positifs de la glycosurie alimentaire indiquent une insuffisance de la cellule hépatique, et que la suppression de la fonction glycogénique dans le foie est, en général, parallèle à la disparition de la fonction antitoxique. « Il semble donc, dit-il, que l'épreuve ait une grande importance au point de vue du pronostic. L'action antitoxique ne s'exerce qu'à la condition que la fonction glycogénique soit intacte ; un foie qui laisse passer la glycose laisse passer

(1) CL. BERNARD. *Leçons sur le diabète et la glycosurie animale.*
(2) COLRAT. *Lyon méd.*, 1875.
(3) LÉPINE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1876, p. 55.
(4) COUTURIER. Th. de Paris, 1875.

(1) ROBINEAU. Th. de Paris, 1878.
(2) VALMONT. Th. de Paris, 1879.
(3) G.-H. ROGER. Contribution à l'étude des glycosuries d'origine hépatique, *Rev. de méd.*, 1886, p. 935 et suiv.

également les poisons qu'il doit retenir et transformer. Qu'en résulte-t-il? Que le poison s'accumule dans le sang, qu'il y a menace d'auto-intoxication. »

L'épreuve de la glycosurie alimentaire acquiert donc ainsi une valeur de premier ordre dans la séméiologie hépatique : *elle indique l'insuffisance de la cellule hépatique* dans son rôle glycogénétique et, du même coup, dans sa fonction antitoxique; aussi tous les auteurs classiques attachent-ils une importance de premier ordre à sa recherche, et, pour ne citer que les noms qui font autorité en pathologie hépatique, nous rappellerons que M. Chauffard (1), consacrant un chapitre d'ensemble aux facteurs de gravité dans les maladies du foie, conseille « de faire l'épreuve de la glycosurie alimentaire pour juger de la fonction glycogénique. Du même coup, et par voie indirecte, on pourra, dit-il, apprécier le taux de la fonction d'arrêt du foie pour les poisons intestinaux. On pourrait presque dire, à ce point de vue, que tout sujet capable de glycosurie alimentaire est, par cela seul, en imminence d'intoxication ».

Hanot attachait également une grande importance à la glycosurie alimentaire; il la recherchait chez tous ses hépatiques et, dans son admirable rapport du Congrès de Bordeaux (2), il prenait la défense de l'épreuve, déjà attaquée par MM. Roque et Linossier. « Tout en reconnaissant, dit-il, la haute compétence des savants lyonnais, je pense que, jusqu'à nouvel ordre, la glycosurie alimentaire, surtout si elle coexiste avec l'urobilinurie et l'hypoazoturie, reste un élément séméiologique important. »

M. Gilbert, de même, dans son service hospitalier et dans son enseignement, a toujours conseillé de rechercher avec soin la glycosurie alimentaire chez tous les hépatiques. Récemment encore, depuis que de toutes parts se sont élevées des objections sur la valeur de l'épreuve, il n'en conclut pas moins de la façon suivante : « L'épreuve de la glycosurie alimentaire a une valeur clinique incontestable, surtout lorsque la non-fixation du glycose s'ajoute aux troubles des autres fonctions hépatiques (3). »

Contre la valeur clinique de la glycosurie alimentaire se sont élevées cependant, ces dernières années, des objections qui, pour certains auteurs, ne tendraient à rien moins qu'à rendre illusoire toute conclusion tirée de l'épreuve. Les observations qui plaident dans ce sens peuvent être divisées en deux groupes : l'un comprend des cas très nets d'insuffisance hépatique, dans lesquels la glycosurie est négative; l'autre groupe de faits est composé de cas dans lesquels l'épreuve est positive, quoiqu'il ne s'agisse pas de lésions hépatiques. Ces faits, signalés par de nombreux auteurs, dont nous retrouverons les noms à l'occasion de la description des cas particuliers, ont été groupés dans une étude d'ensemble par M. Linossier (4), qui y ajoute ses travaux personnels et ceux faits en collaboration avec M. Roque (5). De l'ensemble de ces documents, M. Linossier croit pouvoir conclure que la glycosurie alimentaire « est le symptôme d'une myopragie de la fonction d'assimilation du sucre, qui semble moins l'indice d'une vulnérabilité spéciale du foie que la manifestation d'un état de la nutrition générale, comparable à celui des diabétiques ».

Si l'opinion de M. Linossier est admise, la glycosurie alimentaire a perdu toute sa valeur en tant que symptôme d'insuffisance hépatique. Nous devons ajouter, il est vrai, qu'avant le dernier mémoire de cet auteur, nous avons cherché à expliquer, avec notre excellent maître, M. Achard, les prétendues contradictions signalées dans les résultats de la glycosurie (1). Nous avons montré, en nous appuyant sur de nombreux cas cliniques, que, pour apprécier les résultats de l'épreuve, il faut tenir compte particulièrement de l'absorption digestive et de l'élimination rénale, dont les troubles peuvent mettre obstacle à l'apparition de la glycosurie, alors même que le foie est profondément altéré. Depuis ces premières recherches, MM. Achard et Weill (2) ont étudié, dans une série de travaux, le pouvoir glycolytique des tissus et la saccharosurie alimentaire que nous n'avions fait qu'indiquer dans notre mémoire.

C'est ainsi que la question de la glycosurie alimentaire, qui apparut très simple aux premiers observateurs, s'est compliquée à mesure qu'on l'étudiait davantage et que, partant, on la connaissait mieux. A l'heure actuelle, ce que l'on peut dire avec certitude, c'est que *l'interprétation de cette épreuve est certainement complexe;* mais peut-elle oui ou non permettre de conclure à l'insuffisance hépatique? C'est la question que nous nous sommes proposé d'envisager dans cette revue d'ensemble.

II

Technique de l'épreuve. — Rien de plus simple que l'épreuve de la glycosurie alimentaire : elle consiste à faire absorber du sucre à un malade et à en surveiller ensuite l'apparition dans l'urine.

Tel est le procédé dans toute sa simplicité; mais, pour que les résultats soient toujours comparables d'un sujet à un autre, il faut se mettre dans des conditions toujours les mêmes, qui assurent ainsi à l'épreuve une rigueur scientifique.

Le *moment de l'absorption du sucre* a son importance; et cependant, si l'on compulse à ce point de vue les observations des divers auteurs, on constate que les uns donnent le sucre à jeun, d'autres après le repas; quelques-uns l'administrent en plusieurs doses réparties dans la journée entière, les autres le font prendre en une seule fois. La pratique qui, selon nous, est la meilleure consiste à faire absorber au malade à son réveil, avant l'ingestion de tout autre aliment, la dose de sucre en une seule fois. Nous conseillons à l'expérimentateur de surveiller lui-même l'ingestion du sucre, les malades auxquels répugnent souvent les liquides sucrés en grande abondance, prennent, s'ils sont livrés à eux-mêmes, leur potion en plusieurs fois très espacées, quelquefois même ils se contentent d'y goûter, et, ne la trouvant pas de leur goût, ils la suppriment.

Certains malades ingèrent bien leur sucre, mais en raison

(1) A. Chauffard. *Traité de médecine*, t. III, p. 677.

(2) Hanot. Rapports de l'intestin et du foie, Cong. de Bordeaux, 1895.

(3) A. Gilbert et L. Fournier. Séméiologie fonctionnelle du foie, *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1898, t. V, p. 62.

(4) Linossier. Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux, résumé par M. Debove, séance du 22 avril 1898.

(5) Linossier et Roque. Glycosurie alimentaire chez l'homme bien portant, *Arch. de méd. expérim.*, 1er mars 1895, p. 228 et suiv.

(1) Ch. Achard et J. Castaigne. L'épreuve de la glycosurie alimentaire et ses causes d'erreurs, Soc. méd. des hôpit., 19 nov. 1897. — *Arch. gén. de méd.*, janv. 1898.

(2) Ch. Achard et Em. Weill. L'insuffisance glycolytique, *C. R. de la Soc. de biol.*, 29 janv. 1898. — Soc. méd. des hôpit., 18 fév. 1898, p. 149, et 15 avril 1898, p. 327. — De la saccharosurie alimentaire, Soc. méd. des hôpit., 4 mars 1898. — Des sucres chez les diabétiques, *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1898, p. 816 et suiv.

d'intolérance gastrique, ils le vomissent en totalité ou en partie. L'épreuve faite dans ces conditions ne peut évidemment avoir aucune valeur si elle est négative.

Enfin, nous conseillons de supprimer au malade toute alimentation pendant les trois heures qui suivent l'ingestion du sucre.

La *quantité et la nature du sucre ingéré* ont également beaucoup varié avec les différents auteurs : les uns ont fait prendre à leurs malades du sirop de sucre, d'autres du glucose ordinaire, d'autres du glucose pur. De même pour les doses : M. Roger employait 150 centimètres cubes de sirop de sucre, M. Chauffard admet comme pathologique toute glycosurie se produisant après absorption de 150 à 200 grammes de sirop de sucre. MM. Bloch et Strasser adoptent la dose de 100 grammes de glucose pour leurs essais cliniques. Il semble, disent MM. Linossier et Roque, que, jusqu'à présent, les Allemands aient surtout utilisé le glucose; les Français le sirop de sucre. Cela tient, à ce que le glucose pur n'est pas en France un produit commercial et que, si l'on emploie le glucose impur, il est impossible de savoir quelle est la quantité réelle de glucose ingérée. Pour ces raisons, MM. Linossier et Roque se sont servi du saccharose. Nous sommes redevables à MM. Achard et Weill de nous avoir montré que la saccharosurie alimentaire est loin d'avoir la même valeur que la glycosurie; aussi, pour éviter des erreurs d'interprétation sur lesquelles nous reviendrons, ces auteurs conseillent-ils d'employer le *glycose pur à la dose de 150 grammes*; ce glucose doit être absolument pur, car on sait, par les recherches de Kraus et Ludwig (1), que le glucose impur donne trop facilement des résultats positifs.

L'*examen des urines* doit porter non seulement sur les urines émises après l'ingestion du glucose, mais aussi sur un échantillon prélevé avant que l'épreuve soit commencée. On procédera donc de la façon suivante : on fera d'abord uriner le malade, puis il absorbera le glucose et alors on recueillera les urines d'heure en heure autant que possible, pendant les dix heures qui suivront l'ingestion. La recherche du sucre devra porter d'abord sur l'urine émise avant l'épreuve : si, par hasard, elle contient du glucose, l'épreuve est viciée de ce fait. Tout ce que l'on pourrait constater, c'est que la dose de glucose éliminée pendant les quelques heures qui suivent l'absorption, est bien plus élevée que celle qui existait avant l'épreuve. Mais, nous le répétons, la glycosurie alimentaire n'est pas faite pour les cas où il y a déjà du sucre urinaire.

Quelquefois, les urines émises contiennent non pas du sucre mais une substance qui réduit la liqueur de Fehling. Ces fausses réductions sont fréquentes, d'où la nécessité qui s'impose de s'assurer dans tous les cas que c'est bien au glucose qu'est due la réduction.

Ce qui serait préférable alors, ce serait de contrôler la réaction de Fehling par les autres procédés classiques et notamment par la potasse ou le réactif au bismuth de Nylander, mais il faut surtout bien savoir se servir de la liqueur de Fehling et sa réduction seule pourra suffire pour affirmer la glycosurie, si l'on s'entoure des précautions nécessaires. On aura toujours soin de porter la liqueur à l'ébullition avant d'y ajouter l'urine, pour savoir s'il ne se fait pas de réductions spontanées. On ajoute alors au réactif partie égale de l'urine à examiner : si la liqueur vire immédiatement, et si l'on a nettement le précipité rougeâtre caractéristique, il ne saurait y avoir d'hésitation. Souvent, au contraire, la réduction n'est pas immédiate et ce n'est qu'au bout de quelques minutes que le fond du tube présente un précipité jaunâtre qui ne ressemble que bien peu à la belle réaction classique. Pour s'assurer qu'il ne s'agit pas de fausse réduction, il sera souvent nécessaire d'opérer sur l'urine après défécation par le sous-acétate de plomb ou mieux par le réactif phospho-tungstique : une réaction positive obtenue dans ces conditions indiquera généralement qu'il s'agit bien du glucose et non pas d'une autre substance réductrice de la liqueur de Fehling. La recherche du sucre sera ainsi faite dans tous les échantillons recueillis et l'on notera avec soin le moment de l'apparition et de la disparition du glucose dans l'urine. Il ne sera pas mauvais de compléter l'examen qualitatif par un dosage de la quantité de sucre éliminée : nous verrons, en effet, que le rapport entre les doses ingérées et celles qui sont éliminées par l'urine, a donné lieu à d'intéressantes considérations.

III

Résultats obtenus par la glycosurie alimentaire. — Les résultats obtenus par l'épreuve de la glycosurie alimentaire, ne sont pas tous comparables entre eux, en raison de la différence de technique suivie par les différents expérimentateurs. Malgré tout, si nous ne tenons pas compte de ces variations dans la technique, et si nous considérons en bloc les résultats obtenus, nous pouvons les classer en deux groupes bien opposés : les uns sont favorables, les autres sont défavorables à la théorie, qui considère l'épreuve de la glycosurie comme un signe d'insuffisance hépatique.

1° Les observations favorables sont extrêmement nombreuses et nous n'avons pas la prétention de toutes les rappeler.

C'est d'abord dans les cirrhoses atrophiques que Colrat avait trouvé positive l'épreuve de la glycosurie alimentaire; les résultats de Lépine, de Couturier plaidèrent dans le même sens, et depuis lors, différents observateurs ont signalé la glycosurie alimentaire positive dans de nombreux cas de cirrhose atrophique. Nous-même, nous avons eu l'occasion dans ces derniers mois de tenter l'épreuve sur quatre malades atteints nettement de cirrhose de Laënnec; une seule fois le résultat fut constamment négatif. Nous verrons, dans un instant, les raisons qui, à notre avis, expliquent, dans la plupart des cas, les résultats négatifs de l'épreuve, mais nous devons dire d'ores et déjà que du fait qu'un malade est atteint de cirrhose atrophique, ce n'est pas une raison pour que sa cellule hépatique soit insuffisante. Les cas de cirrhoses atrophiques arrêtées dans leur évolution ne peuvent être niés, et pour ne parler que de ceux que les hasards de l'autopsie ont permis de vérifier. Monneret (1) rapporte le fait d'un homme de trente-six ans, qui était entré dans son service avec tous les signes d'une cirrhose, et qui, contre toute attente, se rétablit. Quelque temps après il revint à l'hôpital pour une pneumonie double à laquelle il succomba; l'autopsie permit de vérifier l'existence d'une cirrhose atrophique. De même, dans le service de Dujardin-Beaumetz (2), est venu mourir une ma-

(1) Kraus et Ludwig. *Wien. Klin. Woch.*, 1891, n°s 46 et 48.

(1) Monneret. *Arch. gén. de méd.*, 1852.
(2) Dujardin-Beaumetz. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1886, p. 389.

lade « qui l'avait quitté quelque temps auparavant *complètement guéri* d'une cirrhose atrophique dont l'existence put être ainsi vérifiée de visu ». M. Guyot (1) a eu l'occasion de faire une constatation du même genre : il s'agissait d'une femme alcoolique qui avait présenté les signes d'une cirrhose évidente. Les accidents disparurent, et la malade put être considérée, pendant plus de deux ans, comme guérie. Elle entra de nouveau à l'hôpital, et succomba. A l'autopsie, on constata la réalité d'une cirrhose atrophique absolument typique. Nous-même (2), nous avons relaté le cas d'une malade dont nous fîmes l'autopsie en 1896 dans le service de M. Gombault, à l'hospice d'Ivry : elle avait présenté de 1872 à 1875 les signes les plus nets d'une cirrhose atrophique demeurée latente depuis lors, et l'examen de son foie nous permit de constater le type le plus parfait de cirrhose de Laënnec.

Ces exemples absolument probants de cirrhoses, latentes, pour ainsi dire, pendant des années, nous prouvent, ce nous semble, qu'il n'y a pas forcément, dans tous les cas de cirrhoses de Laënnec, insuffisance de la cellule hépatique et, dans notre cas particulièrement, la glycosurie alimentaire n'avait pas seule été négative : nous n'avions constaté ni hypo-azoturie ni urobilinurie, pendant la période latente de la cirrhose. En somme, il ne faut pas vouloir toujours trouver de la glycosurie alimentaire dans la cirrhose atrophique puisqu'il peut se faire que, dans certains cas, la cellule hépatique reste suffisante.

En tout cas, il est un fait bien établi depuis les premiers travaux de Hanot et Gilbert (3), c'est que la cellule hépatique reste beaucoup plus longtemps indemne dans la *cirrhose hypertrophique alcoolique* que dans la forme atrophique. Or, tous les observateurs ont bien mis en relief cet autre fait, que la glycosurie alimentaire est ordinairement négative dans cette forme hypertrophique. Dans les différentes observations publiées, nous avons relevé douze cas de cirrhoses hypertrophiques éthyliques sans glycosurie alimentaire; nous-même, dans nos observations prises dans les services de MM. Achard, Talamon et Chauffard, nous avons pu observer cinq malades atteints de cirrhose hypertrophique alcoolique à évolution bénigne, chez lesquels l'épreuve du sucre plusieurs fois répétée fut constamment négative; ces faits concordent bien avec les notions récemment acquises sur l'état des cellules hépatiques au cours des diverses cirrhoses alcooliques : tandis que, dans la forme atrophique, corrélativement au développement des anneaux fibreux, les cellules hépatiques s'atrophient peu à peu ; dans la forme hypertrophique, au contraire, celles-ci résistent, se défendent et même s'hypertrophient. Qu'il s'agisse d'une véritable régénération hépatique, comme l'ont indiqué MM. Hanot (4) Chauffard (5) et Kahn (6); qu'il s'agisse seulement d'un processus de résistance et d'hypertrophie, comme le pensent MM. Gilbert et Surmont (7), il n'en reste pas moins acquis, pour tous les observateurs, que dans la cirrhose hypertrophique alcoolique, les cellules hépatiques sont anatomiquement très suffisantes, et ce fait, rapproché de la constatation négative de la glycosurie alimentaire, nous semble en faveur de la théorie qui fait de cette épreuve un signe d'insuffisance hépatique.

Dans les cirrhoses qui se compliquent de dégénérescence graisseuse, de nécrobiose, de dégénérescence pigmentaire, en un mot, dans tout le groupe des *cirrhoses compliquées* de Gilbert et Surmont, l'épreuve est généralement positive. Nous avons relevé ou observé huit cas de cirrhoses graisseuses et trois cas de cirrhoses pigmentaires, dans lesquelles on constata toujours de la glycosurie alimentaire. En somme, l'épreuve est positive, dès qu'il existe des lésions diffuses de toutes les cellules hépatiques.

D'ailleurs il n'est pas nécessaire que ces lésions soient très profondes pour entraîner la production de la glycosurie: de simples troubles fonctionnels nous paraissent devoir être suffisants. C'est ainsi, que dans les cas d'ictères infectieux même les plus bénins, la cellule hépatique participe toujours plus ou moins au processus morbide : « On peut provoquer, dit M. Chauffard (1), pendant la phase ictérique, la glycosurie alimentaire, et de plus, à la bilirubine se substituent, à la fin de la maladie, les pigments biliaires modifiés et l'urobiline. » Cette glycosurie, positive, dans l'ictère catarrhal, est encore plus nettement constatable dans les ictères infectieux aggravés ou à rechute, et dans l'ictère grave : nous n'avons pas pu trouver, dans les observations publiées, un seul cas d'ictère grave dans lequel on ait eu un résultat négatif en recherchant la glycosurie alimentaire. Il semble bien, dans ces cas d'ictères infectieux, que la glycosurie soit fonction de l'état lésionnel de la cellule hépatique, car l'épreuve devient négative dès que les autres symptômes permettent de supposer que la cellule est redevenue normale. En effet, lorsque se produit la crise polyurique et azoturique mise en relief par M. Chauffard (2), on peut constater que la toxicité urinaire, qui était normale ou diminuée pendant la période d'état, subit une augmentation notable (3) et que, de même, l'épreuve de la glycosurie, qui était positive, devient alors négative (4). Nous avons pu observer ce fait au moment de la crise de 12 cas d'ictères infectieux bénins, et nous croyons qu'il est nécessaire de faire l'épreuve du sucre sur les malades convalescents d'ictère, avant de les déclarer guéris. C'est d'ailleurs ce que conseille M. Chauffard (5) : après avoir rappelé le cas d'un malade de Girode qui, atteint d'ictère infectieux, quitte l'hôpital, se croyant guéri, ne conservant plus que des traces d'albumine dans son urine, mais *sans que l'on ait pratiqué* chez lui la recherche de l'urobiline ou du sucre. A peine rentré dans sa famille, il reprend le régime commun, fait, trois jours après, un excès de boisson à la suite duquel il se sent fatigué et bientôt, très prostré, se met au lit presque sans parole et meurt sept heures environ après le retour des accidents.

La disparition de la glycosurie alimentaire, pendant la convalescence d'un ictère infectieux, sera donc toujours précieuse à constater, et il serait intéressant de la rechercher dans tous les cas, afin de savoir comment elle se comporte dans les cas d'ictère à rechute; nous n'avons pu en

(1) Guyot. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1886, p. 331, et 1887, p. 8.
(2) J. Castaigne. Soc. anat., 22 janv. 1896.
(3) Hanot et Gilbert. De la cirrhose alcoolique, Soc. méd. des hôpit., mai 1890.
(4) Hanot. Hyperplasie compensatrice dans la cirrhose hypertrophique alcoolique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1896, p. 595.
(5) Chauffard. Cong. de Moscou, *Presse méd.*, 22 août 1897.
(6) Kahn. *Régénération du foie*, Th. de Paris, 1897.
(7) Gilbert et Surmont. Rapport au Cong. de Moscou, *Presse méd.*, 25 août 1897.

(1) A. Chauffard. *Traité de médecine*, t. III, p. 752.
(2) A. Chauffard. *Rev. de méd.*, 1885, p. 16.
(3) Surmont. Soc. de biol., 16 janv. 1892.
(4) J. Castaigne. Soc. de biol., 25 fév, 1899.
(5) A. Chauffard. *Traité de médecine*, t. III, p. 752.

relever un seul cas dans les observations publiées, mais nous avons observé un malade intéressant à ce point de vue, dans le service de M. Talamon. Il s'agit d'un malade atteint d'ictère infectieux ayant évolué pendant huit jours avec des symptômes typhiques très accentués; au dixième jour la température tomba, une crise polyurique et azoturique se produisit, mais le malade présentait toujours une légère splénomégalie, sur la valeur de laquelle a insisté M. Mathieu (1) au point de vue de la rechute; de plus, la glycosurie alimentaire, recherchée à plusieurs reprises, fut toujours positive. En raison de ces signes, le malade fut considéré comme ayant encore des cellules hépatiques en hypo-fonction et on le maintint au régime lacté. Malgré ces précautions, après une apyrexie de sept jours, la fièvre, les phénomènes généraux et l'ictère apparurent de nouveau, pour cesser au bout de six jours; alors, se produisit une crise polyurique et azoturique, au cours de laquelle l'épreuve du sucre fut négative. M. Chauffard (2) pensait que, peut-être, l'absence de crise urinaire pourrait, au même titre que la splénomégalie, faire prévoir l'imminence de la rechute : dans notre cas, unique d'ailleurs, c'est la persistance de la glycosurie alimentaire, qui nous a fait redouter la rechute, quoique la crise polyurique et azoturique se soit montrée, mais il manquait à la crise un caractère que nous considérons comme très important : la disparition de la glycosurie.

De ces faits, nous devons rapprocher les résultats de l'épreuve du sucre dans la *cirrhose hypertrophique avec ictère chronique* : il est classique de dire que, dans la maladie de Hanot, il n'y a pas de signes d'insuffisance hépatique. Dans un cas de M. P. Tissier, les urines ne contenaient que du pigment biliaire normal, sans trace de pigment modifié, ni d'urobiline.

Dans un autre cas dû à M. Roger, la glycosurie alimentaire ne put être obtenue. « Ces deux symptômes négatifs, absence d'urobilinurie et de glycosurie alimentaire, ont, dit M. Chauffard, une grande importance, en ce sens qu'ils impliquent l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la cellule hépatique, » mais, ajoute-t-il, ils ne sont pas constants, et il rapporte un cas typique de maladie de Hanot, dans laquelle la glycosurie alimentaire fut des plus nettes.

Dans deux observations personnelles, nous avons pu obtenir des résultats assez comparables entre eux et avec ceux obtenus au cours des ictères infectieux : au moment des poussées de fièvre et d'ictère, l'épreuve était positive, puis, au bout de quelques semaines, il se faisait une crise polyurique et azoturique; l'épreuve devenait alors négative, jusqu'à une nouvelle période d'exacerbation. Ce ne fut que vers la fin de l'évolution de la cirrhose, que la glycosurie devint permanente, les accidents d'ictère grave apparurent alors rapidement et enlevèrent les malades.

En somme, jusqu'à présent, nous avons vu que toutes les fois qu'il existait des lésions diffuses des cellules hépatiques, l'épreuve du sucre était positive : ces faits sont bien en faveur de la théorie qui considère l'épreuve comme révélatrice de l'insuffisance hépatique.

Cette théorie trouve, d'ailleurs, encore un appui, dans ce fait, que, dans les cas de lésions circonscrites du foie, la glycosurie est négative. C'est ainsi que pour les *kystes hydatiques*, dans la plupart des cas où l'épreuve fut tentée, elle fut négative. Nous relevons, cependant, une observation de M. Roger (1), dans laquelle il s'agissait d'un kyste hydatique et où il y eut, cependant, passage du sucre dans les urines. Mais l'autopsie, faite quelque temps après, montra par l'examen histologique du foie « que cet organe avait, dans sa totalité, subi la dégénérescence graisseuse ». Il ne s'agissait donc plus simplement de lésions circonscrites, mais de véritables altérations diffuses : le fait que, dans ce cas, l'épreuve était positive, vient donc à l'appui de la théorie classique sur la glycosurie alimentaire.

La *lithiase biliaire* est également une lésion locale du foie, ce n'est même, pour ainsi dire, pas une lésion hépatique, tant qu'elle n'est pas compliquée de gêne de l'excrétion biliaire, ou d'infection ascendante. Aussi, tant que les calculs restent dans la vésicule, sans causer de complications, il n'y a pas de glycosurie alimentaire, l'épreuve est, au contraire, positive, dès qu'il y a le moindre degré d'infection biliaire.

Dans le *cancer massif du foie*, de même, la glycosurie est en général négative, parce que les cellules hépatiques, non envahies par le néoplasme, suffisent à la fonction du foie. Aussi, dans plusieurs cas de cancers du foie, que nous trouvons relatés par les différents auteurs, et dans quatre cas personnels, l'épreuve du sucre fut négative.

Dans un cas de M. Roger (2), cependant, le résultat fut positif, mais la glycosurie ayant été caractérisée alors que le sujet présentait déjà des symptômes d'ictère grave, cet auteur la rattache, non pas à la seule présence du néoplasme, mais à la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules, démontrée d'ailleurs par l'autopsie.

Lacaze [de Montpellier (3)] a observé un nouveau cas de glycosurie alimentaire au cours d'un cancer primitif du foie; il l'attribue au développement considérable qu'avait prise la tumeur et pense que « le cancer hépatique primitif, arrivé à un certain volume peut, par son développement, produire une glycosurie alimentaire incontestable en même temps que l'urobilinurie, la diminution de l'urée et l'hypertoxicité urinaire ».

En somme, tant qu'une lésion reste localisée à une partie du foie, l'épreuve de la glycosurie est négative; quand la lésion devenant envahissante a détruit une grande partie des cellules hépatiques, ou quand l'infection ou l'intoxication surajoutée ont affaibli la résistance de ces cellules, alors l'épreuve est positive. De très intéressantes observations de MM. Gilbert et Carnot (4) viennent s'ajouter à ces preuves cliniques, pour montrer le rôle de la cellule hépatique dans la production de la glycosurie alimentaire; ils ont pratiqué l'épreuve chez une série d'hépatiques avec ou sans ingestion antérieure d'extrait de foie, et ils ont vu que « l'élimination de sucre, après absorption de foie, est plus tardive, dure moins longtemps, et la quantité de glucose éliminée est moins considérable ».

Ces faits rapprochés des premières constatations qui nous ont montré que, dans les cas de lésions du foie diffuses d'emblée, la glycosurie est positive, semblent bien nous prouver que l'épreuve de la glycosurie donne des renseignements de grande valeur sur l'état fonctionnel de la cellule hépatique.

---

(1) A. Mathieu. *Gaz. des hôpit.*, 27 janv. 1891.
(2) A. Chauffard. *Traité de médecine*, t. III, p. 756.

(1) Roger. *Action du foie sur les poisons*, Th. de Paris, 1887.
(2) Roger. Loc. cit.
(3) Lacaze. Cancer hépatique avec glycosurie alimentaire, *Gaz. hebd.*, 1895, p. 29.
(4) Gilbert et Carnot. *De l'opothérapie*, monographie clinique, p. 29.

2° Les OBSERVATIONS DÉFAVORABLES ont été publiées surtout dans le cours de ces dernières années, et M. Linossier les a mises en relief. Elles sont de deux ordres, avons-nous dit : les unes concernent des cas très nets d'insuffisance hépatique dans lesquels la glycosurie fut négative ; l'autre groupe de faits est composé de cas où l'épreuve fut positive, sans qu'aucun autre signe permît de faire penser que les cellules hépatiques étaient lésées.

A. Les *résultats négatifs de l'épreuve au cours de l'insuffisance hépatique* ont été signalés surtout dans la cirrhose atrophique. Valmont, déjà, dans sa thèse de 1879, en signalait des cas : il ne faut cependant pas exagérer le nombre de ces résultats négatifs et dire, comme nous l'avons dit nous-même, après Linossier et Roque (1) : « Déjà Valmont n'avait pu obtenir la glycosurie alimentaire que chez un malade sur sept atteints de cirrhose atrophique. »

En réalité, les observations relatées par cet auteur, et dans lesquelles la glycosurie a été recherchée, sont au nombre de douze. Ces observations comprennent deux cancers du foie et deux cirrhoses hypertrophiques, dans lesquels l'épreuve fut négative, ce qui confirme absolument ce que nous avons dit dans la première partie de notre travail.

Les autres observations sont classées ainsi : cirrhose cardiaque avec insuffisance mitrale, cirrhose atrophique et affection cardiaque, cirrhose atrophique et calculs biliaires à l'autopsie, soit, en somme, deux cas de cirrhoses cardiaques et un cas de cirrhose calculeuse, avec glycosurie alimentaire négative. Les cinq autres cas sont des cirrhoses de Laënnec : trois d'entre elles ont eu une épreuve du sucre positive. Le malade de l'observation III eut la glycosurie alimentaire positive le 18 juin, il meurt le 5 juillet : son foie était un type de cirrhose atrophique ; dans l'observation VI il s'agit d'une cirrhose atrophique qui prit 150 grammes de glucose et pissa 130 grammes de sucre, ce qui est un chiffre extrêmement élevé, que Valmont explique par le régime amylacé continué au malade, malgré l'épreuve. Dans l'observation XII, il est question d'un malade atteint de cirrhose atrophique, auquel on fit prendre 100 grammes de sucre par jour : le premier jour on décèle le sucre dans les urines, puis l'analyse ne donne plus rien. Tentée une seconde fois quelques mois plus tard, l'épreuve est négative : il est vrai que bientôt le malade quittait l'hôpital très amélioré.

En somme, des observations de cirrhose de Laënnec, publiées par Valmont, il n'en reste que deux qui furent négatives au point de vue de la glycosurie alimentaire (Obs. I et VIII). Dans l'observation I, la mort survint et on constata à l'autopsie, en plus de la cirrhose hépatique, des reins petits et couverts de petits kystes. Dans l'observation VIII, on n'a pas de résultats nécroscopiques, mais si l'on se reporte à l'examen des urines, on constate que le malade était très polyurique, le taux de ses urines atteignant certains jours 2 litres 400, et étant en moyenne de 2 litres ; cette polyurie, ajoutée à la densité très faible des urines et à leur teneur en albumine, nous permet de supposer que le malade avait, comme le précédent, une néphrite atrophique.

Cette longue digression sur la thèse de Valmont était nécessaire pour montrer que les résultats négatifs de l'épreuve du sucre, obtenus par cet auteur dans la cirrhose atrophique, ne sont pas aussi nombreux qu'on le dit en général et peuvent être interprétés.

(1) LINOSSIER et ROQUE. *Arch. de méd. expérim.*, 1895, p. 230.

Si l'on se rapporte, en somme, aux observations de Valmont, on trouve sept cas de cirrhoses qualifiées atrophiques ; l'une semble être un cas de cirrhose cardiaque ; une autre semble ressortir à la cirrhose calculeuse ; toutes deux donnent une épreuve négative. Les cinq autres sont des cirrhoses de Laënnec, trois présentent une épreuve positive, deux sont négatives, et on est en droit de supposer que, dans ces cas, il y avait imperméabilité rénale, nous en verrons toute l'importance.

Depuis ces observations de Valmont, on a, dans bien des cas, trouvé la glycosurie alimentaire en défaut, au cours de la cirrhose atrophique : cherchant avec soin à faire une statistique sur la fréquence de la glycosurie, nous avons pu noter que, sur 75 observations relevées dans les publications françaises et étrangères et dans lesquelles l'épreuve avait été recherchée, 18 fois elle avait été négative.

Mais ce n'est pas seulement dans la cirrhose atrophique que la glycosurie fut trouvée en défaut, elle fut négative également dans des cas de lésions diffuses et très étendues des cellules hépatiques. Nous trouvons, de ces faits, de nombreux exemples dans les mémoires de M. Linossier. Il rapporte que Mehring, chez 9 malades atteints de dégénérescence hépatique, ou intoxiqués par le phosphore, n'obtint que 2 fois la glycosurie alimentaire ; Frerichs ne la trouva que 2 fois sur 19 cas d'intoxication phosphorée ; Bloch, 1 fois sur 8 dans des affections hépatiques diverses. « Nous-mêmes, disent MM. Linossier et Roque, nous avons recherché fréquemment la glycosurie alimentaire dans des affections hépatiques graves, et nous n'avons pu constater aucune relation entre le degré d'altération de la cellule hépatique constatée à l'autopsie et la facilité avec laquelle le sucre ingéré passe dans l'urine. Nous n'avons pu obtenir de glycosurie alimentaire chez des cirrhotiques en état d'ictère grave, la veille de leur mort, alors que le foie était profondément altéré. »

b. A l'opposé de ces cas où l'épreuve du sucre fut négative, malgré l'insuffisance hépatique, on a signalé des *cas positifs en dehors de toute altération hépatique* qui prouveraient, d'après M. Linossier, que la glycosurie alimentaire n'est pas seulement sous la dépendance du foie : « De la fréquence de la glycosurie alimentaire dans les affections cérébrales, il semblerait logique de déduire qu'il existe une glycosurie alimentaire hépatique et nerveuse, tout comme l'on peut admettre un diabète hépatique et nerveux. »

L'épreuve du sucre est, en effet, souvent positive au cours des maladies du système nerveux, d'après von Jacksch, Bloch et Strasser. C'est dans les affections cérébrales diffuses qu'on la rencontrerait le plus fréquemment, tandis qu'elle serait beaucoup plus rare dans les affections médullaires et dans les névroses, exception faite pour la maladie de Basedow dans laquelle elle serait constante d'après Chvostek. C'est à van Ordt (1), assistant à la clinique de Erb, que l'on doit le travail le plus complet sur la question de la glycosurie alimentaire chez les nerveux. La statistique porte sur 178 névropathes et il arrive à ce résultat que, dans les cas soumis à son expérimentation, les maladies organiques de l'encéphale et de la moelle ont fourni des résultats positifs dans 16 p. 100 des cas, les névroses dans 12 p. 100 des cas. Mais il est beaucoup plus intéressant, au point de vue de la pathogénie de la glycosurie alimentaire, de ne pas s'en tenir aux résultats bruts et de parcourir la statistique de van

(1) VAN ORDT. *La Riforma medica*, 1898, t. I, n° 16.

Ordt pour se rendre compte dans quelles sortes de lésions organiques on constate un résultat positif de l'épreuve. Ce qui ressort alors nettement, c'est que la glycosurie alimentaire est rare dans les maladies de la moelle et qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les maladies de la protubérance et du bulbe : elle semble donc liée à une action sur le centre glycosurique bulbo-protubérantiel. C'est la même pathogénie qui peut être invoquée pour les faits signalés par von Jacksch, Strumpell et Strauss. Chez une série de malades ayant reçu de violents traumatismes sur le crâne ou la colonne vertébrale, ils ont recherché la glycosurie alimentaire : l'épreuve fut positive dans 36 p. 100 des cas.

Voici donc toute une série de faits, où l'épreuve fut positive, sans que la cellule hépatique fût apparemment lésée; mais il en existe d'autres encore plus démonstratifs d'après les détracteurs de la glycosurie alimentaire : ce sont les cas où l'épreuve du sucre donna des résultats positifs chez des sujets sains. En réalité, si l'on a soin d'examiner attentivement les observations publiées à ce sujet par les différents auteurs, on constate que ces résultats positifs sont obtenus chez les sujets sains bien plus facilement avec le saccharose qu'avec le glucose : or, en pratique, nous avons dit qu'on doit toujours se servir de glucose. D'autre part, ce n'est pas, en réalité, de la glycosurie alimentaire que l'on note chez les sujets sains après absorption de sirop de sucre, c'est du saccharose : Worm-Muller n'a constaté absolument que de la saccharosurie; Linossier et Roque, publiant les résultats obtenus sur 19 sujets, arrivent à cette conclusion que la saccharosurie alimentaire est un phénomène constant chez l'homme sain; mais que la glycosurie alimentaire nettement constatable, c'est-à-dire « qui égale ou dépasse en intensité la saccharosurie, qui se manifeste pour les mêmes doses minimum ingérées, est au contraire un *phénomène particulier à certains individus*, et correspond à une manière d'être spéciale de l'organisme », ce qui signifie, en somme, que la glycosurie alimentaire n'est jamais positive chez les sujets réellement sains.

IV

Valeur séméiologique de la glycosurie alimentaire. — Nous avons énuméré, en les groupant, les résultats obtenus par les différents auteurs qui se sont servis de l'épreuve de la glycosurie alimentaire. De tous ces faits, avons-nous le droit de tirer une conclusion et d'affirmer que l'épreuve est un bon signe d'insuffisance de la cellule hépatique? Nous le croyons, et, pour le prouver, nous allons essayer d'expliquer les faits, qui, en apparence, contredisent cette théorie.

1° Les résultats positifs obtenus chez les sujets dont la cellule n'est pas lésée ont été divisés en trois groupes : sujets sains présentant de la saccharosurie alimentaire, sujets sains ayant de la glycosurie alimentaire, névropathes ayant de la glycosurie.

A. Les *sujets sains, qui présentent de la saccharosurie alimentaire*, ne peuvent être comptés comme ayant fourni un résultat positif de l'épreuve, car, nous avons eu déjà l'occasion de le dire, on ne doit tenir absolument aucun compte de la saccharosurie. Les travaux de MM. Achard et Weill (1) nous ont fait connaître, en effet, les conditions nécessaires et suffisantes pour la production de la saccharosurie. Ils ont vu, comme leurs devanciers, que la saccharosurie, après introduction de 100 grammes de saccharose dans le tube digestif, soit par la voie buccale, soit par la voie rectale, est à peu près constante chez l'homme sain ou malade. Elle est due à ce fait que le saccharose est, en partie, absorbé avant d'avoir été interverti et que, comme l'a montré F. Voit (1), le saccharose qui a échappé à l'interversion digestive est très peu modifié par le foie et les tissus dans lesquels il circule avant d'arriver au rein. En somme, MM. Achard et Weill ont bien montré que le saccharose, absorbé sans avoir subi l'interversion digestive, doit se retrouver dans l'urine; la saccharosurie est donc subordonnée surtout à des phénomènes digestifs, elle indique simplement l'absence d'interversion du sucre au moment de l'absorption gastro-intestinale. La saccharosurie étant indépendante de l'état du foie, on conçoit donc que les faits de saccharosurie alimentaire signalés chez les sujets sains n'ont aucune valeur contre la théorie qui fait de la glycosurie alimentaire un signe d'insuffisance hépatique.

Mais les faits si intéressants signalés par MM. Achard et Weill comportent encore une autre conclusion : il peut se faire, en effet, que le sirop de sucre, si on l'emploie pour la recherche de l'épreuve, soit, par suite d'un trouble gastro-intestinal, absorbé avant d'avoir été interverti : alors, même si le foie est malade, il n'y a pas glycosurie, mais seulement saccharosurie, d'où cette conclusion logique que, pour explorer les fonctions hépatiques, on ne doit jamais se servir de saccharose.

B. Les *cas de glycosurie alimentaire survenant chez des sujets sains* après absorption des quantités ordinaires de glucose sont très rares. Nous avons expérimenté de nombreux sujets à ce point de vue et nous n'avons pu trouver que trois fois un résultat positif, et encore en remontant dans l'histoire pathologique des malades retrouvait-on des infections ayant pu léser profondément les cellules hépatiques. MM. Roque et Linossier, qui ont constaté dans ces conditions deux ou trois fois de la glycosurie nettement appréciable, font jouer un rôle à l'arthritisme, et l'on ne peut s'empêcher de rapprocher cette constatation de la théorie qu'avait émise Hanot sur l'infériorité fonctionnelle de la cellule hépatique des arthritiques.

Il semble donc, en somme, que la glycosurie alimentaire proprement dite n'existe pas chez les sujets réellement sains : elle est expliquée dans les cas très rares où elle a été rencontrée peut-être dans quelques observations, par une infériorité congénitale de la cellule hépatique selon la théorie de Hanot; le plus souvent, elle trouve son explication dans des lésions qui ont frappé autrefois la cellule hépatique et l'ont laissée depuis lors en hypo-fonction.

C. Quant à la *glycosurie alimentaire des névropathes*, elle semble relever des rapports qu'ont décrits MM. Chauveau et Kauffmann entre les centres bulbo-protubérantiels et la cellule hépatique. Nous comprenons très bien qu'une lésion portant sur ces centres, ou simplement un traumatisme qui les ébranle, retentisse par voie centrifuge sur les cellules hépatiques qui sont troublées dans leur fonctionnement. Ce qui prouve bien d'ailleurs qu'il en est ainsi et qu'il ne s'agit pas d'un simple trouble de la fonction glycolytique des humeurs, c'est que, si l'on recherche, en même temps que la glycosurie, les autres signes révélateurs de l'insuffi-

(1) Ch. Achard et Em. Weill. Saccharosurie alimentaire, Soc. méd. des hôpit., 4 mars 1898.

(1) F. Voit. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, sept. 1897, Bd LVIII, p. 523.

sance hépatique, on les trouvera le plus souvent. D'ailleurs, nous ne pensons pas que, dans ces cas, il s'agisse de lésions proprement dites de la cellule hépatique, mais de *troubles fonctionnels* dus à l'action nerveuse partie du centre bulbo-protubérantiel. Ces troubles fonctionnels de la cellule hépatique ne sont d'ailleurs pas douteux dans d'autres cas et on les retrouvera très nettement dans toute une catégorie de faits bien mis en relief par M. Cassaët (1); ils surviennent dans le cours des embarras gastriques, de l'alcoolisme, des crises d'impaludisme etc. C'est aussi à ces troubles qu'il faut rapporter les symptômes d'insuffisance hépatique et la glycosurie alimentaire constatés au cours des congestions passives du foie. Il s'agit bien de troubles fonctionnels et non pas de lésions profondes, car lorsque le foie en accordéon revient sur lui-même, les symptômes d'insuffisance disparaissent. Ces troubles fonctionnels du foie qui existent dans toute une catégorie d'affections, se comprennent très bien au cours des affections nerveuses, et nous croyons qu'il n'y a pas lieu de faire intervenir dans ces cas, comme le fait M. Linossier, une « myopragie de la fonction d'assimilation du sucre qui semble la manifestation d'un état de nutrition générale comparable à celui des diabétiques »; ces glycosuries alimentaires des névropathes, rentrent beaucoup mieux, nous semble-t-il, dans la catégorie des troubles fonctionnels du foie, dont M. Linossier a montré toute l'importance, puisqu'il croit que « la glycosurie est liée beaucoup plus à des troubles fonctionnels qu'à des lésions profondes ».

En résumé, tous les résultats positifs obtenus dans la recherche de la glycosurie alimentaire chez des sujets, qui, en apparence, ont leurs cellules hépatiques normales, tous ces résultats, s'ils ne sont pas des erreurs d'interprétation comme dans les cas de saccharosurie alimentaire, s'expliquent très bien en admettant l'existence de troubles fonctionnels de la cellule hépatique prouvés d'ailleurs par les autres symptômes d'insuffisance (urobilinurie, hypoazoturie, élimination intermittente du bleu de méthylène).

2° Les résultats négatifs obtenus alors que les cellules hépatiques étaient très lésées sont, au premier abord, beaucoup plus difficiles à interpréter. Il faut d'abord éliminer comme entachés d'erreur tous les cas, et ils sont nombreux, où l'épreuve a été tentée avec du sirop de sucre; nous avons vu que, par suite d'un simple trouble dans l'absorption gastro-intestinale, le saccharose peut être absorbé en nature : alors malgré des lésions très marquées du foie, la glycosurie ne sera pas produite.

Si nous faisons abstraction de ces cas, il reste cependant des observations où la glycosurie alimentaire, recherchée avec toutes les garanties possibles, fut négative, alors que les cellules hépatiques étaient très altérées.

Pour expliquer cette contradiction apparente avec tous les faits que nous avons accumulés jusqu'alors, il faut que nous cherchions à nous rendre compte du chemin parcouru par le glucose, depuis son ingestion jusqu'à son élimination. Nous verrons ainsi que, lorsqu'on fait l'épreuve de la glycosurie alimentaire, la fonction du foie n'est pas seule mise en cause, et qu'on ne l'interroge même que d'une façon détournée. On se contente, en effet, de comparer le sucre ingéré au sucre éliminé; or, les deux termes dont il importerait de connaître le rapport, sont, en réalité, la quantité de sucre qui pénètre dans le foie, et celle qui en sort. C'est, tout d'abord, le sucre réellement absorbé au niveau des origines gastro-intestinales de la veine porte, qu'il faudrait connaître, et l'on évalue seulement le sucre introduit dans l'estomac; c'est ensuite le sucre sorti du foie qu'il faudrait déterminer, et l'on recherche seulement le sucre sorti du rein après avoir traversé, outre le foie, une partie plus ou moins étendue de l'appareil circulatoire et le filtre rénal.

Pour bien interpréter l'épreuve de la glycosurie alimentaire, il faut donc savoir :

Comment agit normalement le foie sur le glycose introduit dans la veine porte; dans quelles conditions et en quelles quantités la cellule hépatique altérée laisse passer le sucre dans l'urine.

Comment un état défectueux de l'absorption gastro-intestinale, un trouble dans la fonction glycolytique des tissus, ou un défaut de perméabilité rénale peuvent fausser les résultats de l'épreuve.

a. L'action du foie sur le glucose est bien connue depuis les travaux de Cl. Bernard, mais ce qui nous intéresse surtout, au point de vue spécial auquel nous nous plaçons, c'est de savoir à partir de quelle dose le glycose n'est plus complètement neutralisé par le foie et peut passer dans la circulation, puis dans les urines. Hofmeister (1), qui s'est le premier occupé de la question, a donné le nom de *limite d'assimilation* à la proportion maxima de glucose ingéré sans production de glycosurie. L'auteur, non seulement admet cette limite d'assimilation, mais encore note qu'elle est sensiblement la même pour le même individu et le même sucre, que la proportion du sucre éliminé croît avec la quantité ingérée, mais que, néanmoins, il ne passe dans l'urine qu'une petite fraction de la quantité de sucre ingéré au delà de la limite d'assimilation.

MM. Linossier et Roque (2) n'admettent pas l'existence d'une limite d'assimilation; ils ont, en effet, montré que le sucre passe dans l'urine, après absorption de très faibles quantités, mais n'y est décelable par les réactifs ordinaires, que quand la quantité de sucre ingéré s'élève suffisamment.

Cette dose minima d'ingestion, pour laquelle le sucre urinaire peut être décelé par les réactifs usuels, correspond à la prétendue limite d'assimilation d'Hofmeister qui n'est, en somme, qu'une valeur artificielle déterminée par le degré de sensibilité des réactions utilisées pour la recherche du sucre. En réalité, il semble qu'il y ait plutôt un *coefficient d'utilisation* personnel. Ce coefficient est toujours très élevé à l'état de santé et est en moyenne de 98 p. 100, c'est-à-dire que sur 100 grammes de sucre ingéré, il n'en passe que 2 grammes dans l'urine. C'est la variation de ce coefficient d'utilisation qui expliquera l'apparition et la disparition de la glycosurie alimentaire, constatée par le Fehling.

La seule objection que l'on pourrait faire au très intéressant travail de MM. Linossier et Roque, c'est qu'il porte presque exclusivement sur la saccharose et non pas, sauf dans deux cas, sur le glucose qui, maintenant, doit être toujours utilisé dans l'épreuve du sucre.

MM. Gilbert et Carnot (3) ont étudié expérimentalement, après injection dans le sang, les rapports qui existent

(1) Cassaet. De la facilité du surmenage hépatique, Soc. de biol., 11 mars 1893. — Cassaet et Mérigaut. *Gaz. hebd.*, 23 fév. 1895, p. 90.

(1) Hofmeister. *Arch. f. exper. path. und pharm.*, 1889.

(2) Linossier et Roque. Loc. cit., 1895, p. 247.

(3) Gilbert et Carnot. Soc. de biol., 19 mars 1898, p. 331.

entre les quantités de glucose absorbées et éliminées. Ils ont prouvé que les quantités de glucose retenues et éliminées sont proportionnelles à la dose injectée et ils appellent *rapport d'utilisation* la proportion qui existe entre la quantité de glucose retenue et celle qui avait été injectée; *rapport d'élimination* la proportion entre la dose éliminée et celle qui avait été absorbée. Ils ont montré, de plus, par une expérimentation pleine d'intérêt, que la phloridzine augmente le rapport d'élimination, qui est diminué, au contraire, par les sels de manganèse, l'antipyrine, le bicarbonate de soude, l'atropine et les extraits d'organes, en particulier et surtout les extraits de foie.

De tous ces intéressants travaux, il ressort très nettement, qu'au point de vue physiologique, la cellule hépatique ne retient pas, même à l'état normal, la totalité du sucre qui passe dans le foie, et qu'après ingestion de glucose, on en retrouve toujours des traces dans les urines. Mais, en pratique, peu nous importe que de très minimes doses de sucre soient éliminées par l'urine, après ingestion même d'une petite quantité de glucose; ce qui nous intéresse, c'est le moment où le sucre est décelable dans l'urine par les moyens cliniques usuels, ce qu'il nous faut savoir, c'est la dose de glycose au-dessus de laquelle, après ingestion, le sucre est décelable dans l'urine, même chez des sujets sains, par la liqueur de Fehling. Nous nous sommes proposé, avec M. Achard (1), de fixer en pratique ce *minimum d'ingestion*, et nous avons vu que chez des sujets sains, au-dessus de 200 grammes de sirop de sucre, il y avait passage du sucre dans les urines : nous en avions conclu que 200 grammes représentaient le *minimum d'ingestion* et pouvaient être employés comme dose favorable dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Depuis lors, nous avons repris l'étude du minimum d'ingestion, non plus du saccharose, mais du glucose, et nous sommes arrivé à cette conclusion que, au-dessus de 200 grammes, ce sucre passait dans les urines en quantité suffisante, même chez un sujet sain, pour être décelé par la liqueur de Fehling; aussi partageons-nous entièrement l'opinion de MM. Achard et Weill, qui conseillent d'employer la dose de 150 grammes de glycose dans la recherche de la glycosurie alimentaire.

En somme, l'étude de l'assimilation du glucose par le foie nous conduit à cette conclusion que la cellule hépatique, même normale, ne neutralise pas tout le sucre qui passe dans le foie : il existe un coefficient d'utilisation (Linossier et Roque), véritable rapport d'utilisation (Gilbert et Carnot), si bien que, pour une petite quantité de sucre ingérée, il y a de la glycosurie décelable par des réactifs très sensibles. Mais, en pratique, il ne faut tenir compte que de la réaction obtenue par la liqueur de Fehling, et nos expériences nous ont montré que jamais on n'obtenait cette réaction chez un sujet sain, après ingestion de 150^{cc} de glucose.

Mais, dans l'interprétation de la glycosurie alimentaire, il faut tenir compte de différents facteurs qui expliquent les prétendues contradictions que nous avons signalées.

b. L'*état défectueux de l'absorption gastro-intestinale* peut faire que le sucre soit absorbé lentement, tardivement, et en quantité insuffisante. Or, le sucre est une substance éminemment altérable sous l'influence des fermentations, et l'on conçoit qu'un retard de son absorption puisse avoir pour conséquence sa destruction par les micro-organismes et les ferments du tube digestif. Il peut donc résulter de cette destruction un écart considérable entre le sucre ingéré, seul dosable, et le sucre absorbé, qui seul doit compter dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Cette manière de voir trouve un appui dans les expériences publiées par MM. Cassaët et Beylot (1). Ces observateurs ont constaté que la levure de bière, introduite dans l'estomac des chiens en même temps que la glycose, entrave la glycosurie alimentaire, parce qu'elle produit la destruction du sucre dans le tube digestif. Mais c'est surtout les observations cliniques qui ont confirmé ces notions : de nos observations, de celles publiées par M. Baylac (2) et par le docteur Perez, il ressort très nettement que, pour que la réponse donnée par l'épreuve de la glycosurie alimentaire soit considérée comme valable, il est de toute nécessité que l'absorption gastro-intestinale du sucre se fasse dans les conditions normales. Dans le cas contraire, dès qu'on s'est rendu compte par les procédés cliniques (procédé de l'iodure de potassium, emploi des pilules de bleu de méthylène) que l'absorption est défectueuse, il ne faut pas tenir compte des résultats négatifs donnés par la glycosurie alimentaire, car le sucre absorbé est loin d'être égal au sucre ingéré, et l'on ne peut, par conséquent, déterminer la limite d'assimilation, puisqu'on ne sait pas la quantité du sucre qui est apportée au foie.

c. Le *pouvoir glycolytique du sang et des tissus*, doit, *a priori*, avoir une influence sur la production de la glycosurie alimentaire. Il est logique de supposer, en effet, que, dans certains cas où les cellules hépatiques insuffisantes laissent passer du glucose en quantité supérieure à la normale, il peut se faire que ce glucose soit neutralisé dans le sang, et ne passe pas par l'urine, parce que le pouvoir glycolytique des tissus est supérieur à la normale. Malheureusement, nous n'avons pas de moyen pratique d'apprécier l'augmentation de la glycolyse des tissus : nous avons bien essayé, avec M. Achard, de doser le pouvoir glycolytique du sang, nous avons ainsi trouvé des différences notables selon les sujets et nous avons vu que l'exagération de la glycolyse sanguine ne semble pas entraver la production de la glycosurie alimentaire. Mais, nos résultats ne peuvent avoir une valeur absolue, étant donné que le pouvoir glycolytique du sang, ainsi mesuré, n'est pas le terme qu'il importerait en réalité de connaître : c'est l'aptitude des tissus à fixer le sucre, c'est-à-dire le pouvoir glycolytique des tissus qu'il faudrait pouvoir apprécier. Nous ne pouvons donc que faire des réserves sur le rôle de l'exagération de la glycolyse dans les cas où l'épreuve du sucre est négative.

A ce sujet, une autre question s'est posée, et M. Linossier s'est demandé si la glycosurie alimentaire, ne permettait pas d'apprécier, non pas l'insuffisance de la cellule hépatique, mais l'insuffisance glycolytique des tissus. « C'est le symptôme d'une myopragie de la fonction d'assimilation du sucre, qui semble moins l'indice d'une vulnérabilité spéciale du foie, que la manifestation d'un état de nutrition comparable à celui des diabétiques. » Cette insuffisance glycolytique générale existe certainement, elle a été mise en relief et très bien étudiée par MM. Achard et Weill qui ont préconisé un procédé très simple et très judicieux pour dia-

(1) Ch. Achard et J. Castaigne. Causes d'erreur de la glycosurie alimentaire, *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1898.

(1) Cassaet et Beylot. *Bull. méd.*, 15 déc. 1897, p. 1165.

(2) Baylac et Perez. Soc. de biol., 11 déc. 1897, et Soc. méd. de Toulouse, 1er déc. 1897. — Th. de Perez, Toulouse 1898.

gnostiquer cette insuffisance. L'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée consiste à injecter sous la peau 18 grammes de glucose pur, et à rechercher ensuite la présence du sucre dans l'urine. Chez les sujets sains et chez la plupart des malades, ils ont constaté qu'il n'y avait pas de glycosurie, tandis que, lorsqu'il y avait insuffisance glycolytique, diabète fruste, la glycosurie était manifeste. Si donc l'épreuve du sucre est, comme le dit M. Linossier, facteur d'une insuffisance glycolytique généralisée, l'épreuve de MM. Achard et Weill devra être positive toutes les fois que l'épreuve de Colrat le sera. Or, il n'en est rien : chez une vingtaine de nos malades présentant de la glycosurie alimentaire nous avons fait des injections de glycose : quatre fois seulement le résultat a été positif, il y avait dans ce cas insuffisance glycolytique du foie et de tous les tissus; dans tous les autres cas, l'insuffisance était limitée au foie. C'est d'ailleurs l'opinion de MM. Achard et Weill. « Dans plusieurs cas de glycosurie alimentaire positive, nous l'avons vérifié, l'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée donne un résultat négatif et le pouvoir glycolytique du sang n'est pas non plus amoindri. L'insuffisance glycolytique, en un mot, reste partielle, hépatique. » En somme, pour ces auteurs comme pour nous, l'épreuve du sucre n'est pas facteur d'une insuffisance glycolytique générale, mais de la seule insuffisance hépatique.

d. Influence de la perméabilité rénale. — Nous basant sur les expérimentations et les observations de Klemperer (1) et de Lépine (2), nous avions pensé que les reins, lorsqu'ils sont très altérés, peuvent dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire, comme dans le diabète, ne pas laisser passer de sucre, alors même qu'il y a hyperglycémie. La diminution de la perméabilité rénale fait que les substances, qui s'éliminent par le rein, passent dans l'urine avec un retard plus ou moins marqué et en moindre proportion dans un temps donné. On conçoit d'autre part que la rétention plus ou moins longue du sucre dans l'organisme, favorise sa destruction par les tissus : ainsi le sucre, que le foie malade peut avoir laissé passer, sera parfois consommé par les tissus avant d'avoir pu franchir les reins imperméables.

Pour ces raisons, nous étions arrivés avec M. Achard a cette couclusion, que l'imperméabilité rénale pour le sucre doit entrer en ligne de compte, dans l'interprétation des résultats obtenus, lorsqu'on fait l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Aussi avons-nous recherché, de parti pris, l'état de la perméabilité rénale, chez une série de malades auxquels nous faisions l'épreuve du sucre. Nous avons ainsi montré que la sclérose rénale peut fausser les résultats obtenus qui sont négatifs dans certains cas du fait seul des lésions du rein, alors que la cellule hépatique est nettement lésée et insuffisante. C'est donc une cause d'erreur qu'il faut bien connaître, mais que l'on peut éliminer, si l'on a soin de rechercher l'état de la perméabilité rénale dans tous les cas où l'on tente l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Il nous semble, et MM. Baylac et Pérès en ont donné comme nous des exemples cliniques et nécroscopiques, il nous semble que dans bien des cas la coexistence d'une néphrite atrophique lente avec une cirrhose de Laënnec, explique les résultats négatifs de l'épreuve, et les cas de M. Linossier, dans lesquels il s'agit de cirrhotiques anciens ayant une glycosurie négative, sont peut-être des cas de cirrhoses avec imperméabilité rénale ou s'accompagnant d'absorption gastro-intestinale défectueuse, à moins qu'il ne s'agisse de résultats obtenus par l'emploi du sirop de sucre et non pas du glucose.

(1) Klemperer. Soc. de méd. int. de Berlin, mai 1896.

(2) Lépine Cong. de Bordeaux, 1895. — *Rev. de méd.*, 1896. — Cong. de Saint-Étienne, 1897. — *Rev. de méd.*, oct. 1897.

V

En résumé, la recherche clinique de la glycosurie alimentaire ne nous semble être qu'un procédé d'exploration indirecte des fonctions hépatiques. Pour apprécier les résultats de cette épreuve, il faut tenir compte particulièrement de l'absorption digestive et de la perméabilité rénale dont les troubles peuvent mettre obstacle à l'apparition de la glycosurie, alors même que le foie est profondément altéré et incapable de retenir le sucre; et encore les résultats positifs obtenus peuvent-ils dépendre aussi bien de simples troubles fonctionnels que de lésions anatomiques du foie.

C'est ainsi que la question de la glycosurie alimentaire, qui apparut très simple aux premiers observateurs, s'est compliquée, à mesure qu'on l'étudiait davantage et que, partant, on la connaissait mieux. A l'heure actuelle tous les auteurs sont d'accord pour admettre que son interprétation est *complexe*, nous croyons, cependant, que les résultats qu'elle donne renseignent sur l'état de la cellule hépatique, à condition que l'on connaisse et que l'on tienne compte des causes d'erreur possibles; mais elle n'est pas infaillible, elle ne renseigne pas sur le degré de la lésion, aussi, dans tous les cas, sera-t-il nécessaire de contrôler l'épreuve du sucre par la recherche des autres signes de l'insuffisance hépatique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin. — Lectures : MM. Veillon 17, Dupré 19, de Grandmaison 15, Lévi 13, Macaigne 19, Paul Tissier 18, Hudelo 18, Léopold Levi 17, Gouget 19, Londe 16, Mangin-Bocquet 13, Beaumé 14, Plicque 17, Soupault 18, Enriquez 16, Aviragnet 18, Brouardel 13, Péron 19, Bezançon 17, Apert 16, Boix 15, Dufour 18, Renault 18.

— *Faculté de médecine de Lille.* — La Commission nommée pour étudier la proposition de M. le professeur de Lapersonne, sur le régime de l'agrégation des facultés de médecine, termine son rapport par les vœux suivants :

1° Que les fonctions de l'agrégé arrivé au terme de sa période d'exercice soient prolongées pour une nouvelle période de neuf années, après avis favorable de la Faculté.

2° Que, conformément à l'esprit du décret du 28 décembre 1885, il soit créé dans chaque Faculté de médecine des emplois de professeurs-adjoints, en nombre égal au sixième des chaires magistrales.

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité dans l'assemblée générale de la Faculté.

Le Conseil de l'Université a décidé la création d'un cours de laryngologie à ladite Faculté, au traitement de 2000 francs. M. le professeur agrégé Gaudier sera chargé de ce cours, pendant le semestre d'été prochain.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 27. — MARDI 7 MARS 1899. 72e ANNÉE. MARDI 7 MARS 1899. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 mars 1899.

Lorsque le médecin étranger vient s'égarer dans nos hôpitaux, il est frappé de l'état d'insuffisance et de malpropreté de la plupart de nos services chirurgicaux. Quelques-uns, grâce à l'influence et à la ténacité des chefs qui en avaient la direction, ont pu, autrefois, obtenir un indispensable et strict à peu près. L'argent de l'Assistance publique était à ce moment dérivé d'un autre côté. C'était le règne du gâchis financier qui a amené l'administration à sa ruine. Quelques favorisés ont pu avoir leur part et faire construire, aménager et approprier des amphithéâtres. Mais pour beaucoup de chirurgiens la salle d'opérations est restée ce qu'elle était avant, du temps de la chirurgie qui nous précédait, du temps où l'on montrait avec fierté, dans une salle, un seul amputé guéri, et où le registre des autopsies fournissait une statistique mortuaire effrayante.

Aujourd'hui l'argent s'en est allé, les caisses sont vides, et devant les demandes réitérées des chirurgiens, on répond par un « non possumus » invariable. Une telle situation est une honte pour Paris; elle constitue même un crime dont se rend complice l'administration de l'Assistance publique.

Tant que les protestations des chirurgiens s'enfermeront dans les limites de la presse médicale et scientifique, elles risqueront d'être peu entendues. La science, la raison et l'intérêt des malades ne pèsent souvent rien dans une administration qui relève plus de la politique que de la charité. C'est ailleurs qu'il faut frapper et frapper fort. Il n'est pas possible que, dans une ville comme Paris, à la veille d'une Exposition qui convie, dans son sein, toutes les notabilités du monde scientifique, on exhibe encore aux savants étrangers ces mortels amphithéâtres d'un autre âge.

Pourquoi, si l'Administration est impuissante, ne pas organiser près du grand public des collectes, des quêtes, des souscriptions ? Leur but utile, charitable et généreux, n'est-il pas digne de tous les éloges, et, peut-être, pourrait-on réunir les fonds nécessaires à la réfection des services défectueux ?

Le docteur Pozzi a, d'ailleurs, donné l'exemple, et son nouveau service de l'hôpital Broca peut servir de modèle. Grâce à la volonté patiente du maître, à des ressources extra-administratives, à une direction personnelle, il a pu construire un véritable petit hôpital dans l'hôpital. Ce nouveau service gynécologique est un pur bijou, trop luxueux même, pourra-t-on dire, orné de fresques, de peintures des meilleurs maîtres. Mais qui oserait reprocher aux malades l'air, la clarté, l'espace, le confort et l'aspect riant dont on a su décorer leurs salles? Les gens bien informés prétendent que ce joli service construit tout entier sur les plans et la direction du chef n'a coûté qu'un prix fort modéré, et que le lit de malade n'atteint que le 1/4 du prix de revient de celui du fameux hôpital Boucicaut, le dernier modèle créé par l'administration!

Il reste à modifier certains services chirurgicaux défectueux, insuffisants et sales. Si les caisses de l'administration sont vides, que les chirurgiens demandent l'autorisation d'ouvrir une souscription publique, dans le but de subvenir à la réfection de leur amphithéâtre et qu'ainsi la charité privée vienne en aide à la charité officielle impuissante et sans ressources.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Antony (du Val-de-Grâce) présente deux soldats, intéressants tous deux, et fort minutieusement étudiés. Le premier est atteint de **tremblement essentiel**, le second de **surdi-mutité d'origine probablement hystérique**.

Le premier malade est âgé de vingt-deux ans, il a commencé à trembler à l'âge de sept ans; voici dans quelles circonstances : jouant avec des gamins de son âge, ceux-ci ne trouvent rien de mieux — cet âge est sans pitié — que de le jeter à la rivière. (Charmants enfants !) Passe un maréchal-ferrant du voisinage qui s'empresse de retirer de l'eau le bambin qui barbottait. De suite, le tremblement apparaît, et n'a plus cessé depuis cette époque. Au moment de son incorporation au régiment, le malade, d'intelligence plutôt inférieure, ne prévient personne de son infirmité. Il entre au corps, et ce sont les officiers qui s'aperçoivent pendant les exercices de la trémulation énorme du bras droit. Actuellement, le tremblement est limité à l'avant-bras et à la main du côté droit. La main est agitée par un mouvement de flexion et d'extension qui persiste au repos, s'exagère pendant les mouvements intentionnels, mais permet cepen-

dant l'exécution des mouvements voulus ou ordonnés. Le malade écrit comme tous les gens atteints de tremblement héréditaire. La main s'agite vivement jusqu'au moment où le crayon se fixe sur le papier. Il trace alors quelques caractères à peu près nets, puis se repose et tremble quelques secondes : après cette pause, il repart et continue de même. Tous les traitements mis en œuvre ont plutôt accentué ce tremblement qu'ils ne l'ont amendé. On ne trouve chez ce malade que quelques rares stigmates hystériques; malgré lesquels d'autres pensent — en raison de l'ancienneté de ce tremblement, de sa résistance à tous les modes de traitement, de la suspension temporaire de la trémulation lors de l'accomplissement d'un acte déterminé — que l'affection se rattache au tremblement essentiel, qui se développe souvent chez les enfants de névropathes ou d'alcooliques. C'est à cette opinion que se rattache aussi le professeur Raymond.

Le deuxième malade est un garçon de vingt-cinq ans, dont les antécédents héréditaires sont nuls. Originaire d'Italie, il s'engage en 1897 dans la légion étrangère. En mars 1898, sans cause connue, il ressentit une céphalalgie intense et tomba frappé d'un ictus convulsif dans la cour de la caserne. Quand il reprit ses sens, il était sourd et muet. Il fut réformé et s'en vint à Paris chercher à se guérir. On ne constata chez lui aucun stigmate hystérique. Tous les mouvements de la langue et des lèvres sont possibles; le larynx et les oreilles ne présentent rien d'anormal. On ne constate comme tare pathologique que l'existence d'un goitre médian qui augmente sensiblement de volume pendant les efforts.

Pourquoi cette infirmité subite ? Nul ne le sait et personne ne le peut dire.

M. Gasne rapporte l'observation d'une femme (les précédentes observations avaient toutes trait à des hommes) atteinte de **spondylose rhyzomélique**. Le début de la maladie a été insidieux ; l'ankylose des hanches s'est faite non seulement en flexion, mais encore en abduction et rotation externe ; l'ankylose de la colonne vertébrale a respecté la colonne cervicale et les articulations des côtes. L'évolution a été bien curieuse : l'affection s'est montrée une première fois et a disparu complètement sans laisser aucune trace ; et c'est une récidive qui est actuellement observée, récidive qui tend même vers l'amélioration. Or, dans les cas de M. Marie, l'amendement des phénomènes est noté à plusieurs reprises, mais jamais il n'est question de la disparition complète des symptômes. M. Raymond a cité un cas de sa clientèle où l'amélioration a été très franche; le cas actuel plaide dans le même sens.

MM. Fernet et Lejars étudient un cas de **gangrène pulmonaire** traitée par la pleurotomie. Il s'agit d'un homme vigoureux qui, sans cause connue, fut atteint de gangrène limitée au lobe supérieur du côté droit, pour laquelle une intervention chirurgicale fut décidée. L'opération fut faite un mois après le début de la maladie ; une grande cavité fut ouverte ; du liquide sanieux, un gros bourbillon furent évacués. On pratiqua des injections d'eau stérilisée, puis on fit un drainage. La fétidité de l'haleine et de la toux disparut le jour même. Après quinze jours d'amélioration très évidente, la fièvre reparut, l'amaigrissement se prononça et le malade mourut. A l'autopsie on trouva, outre les lésions de gangrène, une tuberculose miliaire disséminée des deux poumons.

La maladie évolua donc en deux phases successives : une gangrène pulmonaire et une tuberculose miliaire surajoutée.

SÉROTHÉRAPIE DANS LA PLEURÉSIE SÉREUSE (1)

Par le docteur A. Breton (de Dijon),
Ancien interne des hôpitaux.

II

Obs. III. — P... (Antoinette), seize ans, bonnetière, entrée le 7 septembre 1898, salle des femmes fiévreuses, lit n° 42, pour une pleurésie gauche.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, mais tousse depuis de nombreuses années. Elle ne donne aucun autre renseignement. La mère se porte bien. Deux frères et trois sœurs sont en bonne santé. Notre malade est la seconde de la famille.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Réglée à douze ans; elle l'a toujours été régulièrement depuis. Influenza à l'âge de douze ans, mais sans gravité. Elle travaille dans la bonneterie depuis deux ans et donne un travail quotidien de onze heures par jour. C'est une jeune fille de taille moyenne, blonde, plutôt maigre.

Le début de la pleurésie actuelle remonte au 2 septembre. Elle a ressenti un point de côté gauche, beaucoup d'oppression, surtout pendant la marche, avec toux fréquente.

8 septembre. Voici l'état de notre malade lors de son admission dans le service. Elle garde le décubitus horizontal au lit, pour éviter l'étouffement. L'appétit est presque nul, le sommeil est bon. Selles régulières. Dernières règles viennent de se passer.

L'examen thoracique révèle à gauche un vaste épanchement pleural, refoulant le poumon dans la fosse sus-épineuse, seul l'endroit où s'entend le murmure vésiculaire.

Le cœur est déplacé en totalité et paraît également abaissé en masse, car la pointe vient battre dans le creux épigastrique à droite de la ligne médiane du sternum. Le pouls est rapide, régulier, à 104, 24 mouvements respiratoires à la minute. T. R. oscille entre 37°8 et 38°6. La malade est dans l'immobilité absolue pour éviter la dyspnée et des battements cardiaques violents.

12 septembre. Ponction et injection de 2cc de liquide pleural. T. R. matin 37°8, soir 38°2.

13 septembre. T. R. matin et soir 37°5. A dater de ce moment, chute de la température qui ne s'élève pas, pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital, au delà de 37°6. Le pouls tombe à 90 et la respiration à 20.

14 septembre. Ponction et injection de 5cc de liquide.

15 septembre. Pouls à 89, respiration à 20.

17 septembre. Ponction et injection de 5cc du liquide.

18 septembre. Pouls à 86 et respiration à 20. En l'espace de ces cinq jours, le liquide se résorbe assez pour que le cœur puisse revenir à sa place. La pointe bat, en effet, à un centimètre en dedans du mamelon.

L'examen thoracique est alors le suivant : matité et souffle dans le tiers inférieur seulement. Dans les deux tiers supérieurs, sonorité à la percussion et respiration très nette. Pas de lésions au sommet appréciables à l'oreille.

21 septembre. Grâce à l'obligeance de notre ami, le docteur Dubard, nous examinons notre malade aux rayons X. Nous constatons à l'écran, que le côté droit de la poitrine est très clair du sommet à la base. A gauche, obscurité complète dans le tiers inférieur, répondant à la zone de matité absolue. Mais le cœur a repris sa place ordinaire, ce que l'on voit nettement et ce que confirme l'examen clinique.

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 229.

22 septembre. Ponction et injection de 5cc de liquide.

1er octobre. Ponction exploratrice, mais sans pouvoir retirer de liquide. De ce moment au 14, date de la sortie, notre malade va de mieux en mieux. Au moment de l'*exeat*, il est impossible de retrouver cliniquement traces de l'épanchement. Ni matité, ni submatité; respiration très nette du haut en bas du poumon gauche. Le cœur fonctionne parfaitement.

En avant, dans la fosse sous-claviculaire gauche, il y a de la submatité, sans aucun signe stéthoscopique. D'ailleurs, à l'écran, ce sommet est très clair. Le périmètre thoracique est de 35 centimètres et demi à gauche et 36 centimètres à droite.

En résumé, vaste épanchement pleurétique gauche, avec déplacement du cœur, ne durant que vingt-huit jours et disparaissant en dix-huit jours par les injections de sérum pleural.

Ce dernier cas est particulièrement intéressant : vu l'abondance de l'épanchement, vu la déviation cardiaque, la rapidité du pouls et la dyspnée, il y avait lieu de songer à une thoracentèse. Par notre procédé, nous avons obtenu un résultat rapide et heureux.

De la lecture de ces observations se dégagent quelques considérations cliniques. Nous dirons d'abord que nous n'avons point suivi de règles pour les injections et les ponctions. D'autres faits permettront sans doute de régler une technique avantageuse pour le malade. Comme Gilbert (de Genève), nous avons constaté la diminution de l'épanchement à dater du moment des injections; le soulagement, l'amélioration suivirent de pair.

Cet auteur accuse la résorption complète des épanchements en six ou dix jours. Seule, notre observation II répond à ce desideratum. Pour l'observation I, il y eut une longue durée de l'épanchement; mais il faut tenir compte des antécédents. Cet homme avait eu un vaste épanchement pleural peu de temps avant et l'état de sa plèvre, l'ancienneté de date du début réel de cette pleurésie, légitiment la difficulté à le faire disparaître.

L'observation III montre qu'en dix-huit jours tout le liquide était résorbé. C'est peu, vu son abondance. Les auteurs s'accordent, en effet, à dire que l'épanchement pleurétique ne tend à diminuer qu'à partir du troisième septenaire. Talamon et Lancereaux lui accordent même une durée de cinq à six semaines.

Nous n'avons pas obtenu de réaction thermique importante, quelques dixièmes de degrés seulement, et sauf l'observation II, où la première inoculation a été suivie du malaise général, aucun trouble n'a pu être noté consécutivement.

Comme de Cérenville (de Lausanne), nous attirons l'attention sur le peu d'hyperthermie de nos malades. Pour cet auteur, ce serait un signe différentiel spécial aux pleurésies tuberculeuses.

L'action du sérum pleural sur le cœur et la respiration nous paraît digne d'être signalée. Faut-il y voir une influence directe ou simplement le fait de la diminution de l'épanchement?

La radiographie nous a aidé à compléter l'examen clinique. Nous ferons remarquer que les fausses membranes épaissies donnent lieu simplement à une ombre sur l'écran, mais qu'elles n'interceptent pas totalement la lumière, comme le fait le liquide qui projette une ombre absolument opaque.

Conclusions. — Nous pensons donc que :

a. Le liquide pleural peut être regardé comme une tuberculine atténuée.

b. Ce liquide peut être injecté sous la peau d'une façon inoffensive.

SUR L'INFECTION TYPHIQUE EXPÉRIMENTALE CHEZ LE CHIEN (1)

Par MM. R. Lépine et B. Lyonnet.

Dans une note antérieure (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 29 novembre 1897), nous avons établi que l'ingestion chez le chien, de 300 à 350 centimètres cubes de culture virulente de bacille d'Éberth, n'est, en général, suivie d'aucun trouble appréciable, tandis que l'injection de quelques centimètres cubes de la même culture dans une anse de Thiry a pour résultats des lésions de la muqueuse de cette anse, de la fièvre, et l'apparition du pouvoir agglutinant du sérum. A ces faits nous pouvons aujourd'hui ajouter les suivants :

I. L'injection, chez un chien de taille moyenne, de 2 à 3 centimètres cubes de culture virulente de bacille d'Éberth, soit dans l'épaisseur des parois de l'intestin (c'est-à-dire dans les voies lymphatiques), soit dans le bout central d'une veine mésaraïque ou d'une veine de la circulation générale, produit, dans les heures consécutives : 1° certaines modifications de la température centrale et du nombre des globules blancs du sang, phénomènes tous deux en rapport avec la dose de toxine contenue dans la culture injectée, et que nous avons longuement étudiés dans un travail antérieur (*Rev. de méd.*, nov. 1898); 2° l'élimination d'un certain nombre de bacilles par diverses voies d'excrétion, notamment par l'urine (2) et par la bile; 3° la localisation dans les organes des bacilles restants dans l'économie. En effet, au bout de peu d'heures, on n'en trouve plus dans le sang du cœur et des gros vaisseaux, et il n'en existe plus dans l'urine, recueillie dans l'uretère.

II. Dès le lendemain ou le surlendemain, on peut constater que les bacilles ont fait élection de siège dans certains organes, notamment dans la rate et dans le foie, où ils existent *toujours*, tandis qu'on les rencontre beaucoup moins constamment dans les autres organes.

III. Plus tard, après quelques jours, le sérum acquiert le pouvoir agglutinant; puis, pendant plusieurs semaines, on peut trouver des bacilles d'Éberth dans la rate et le foie, très exceptionnellement dans d'autres organes, en même temps que la santé de l'animal demeure parfaite. En effet, il mange bien et ne présente ni diarrhée ni fièvre. Les bacilles localisés dans la rate et le foie ne sécrètent donc pas une quantité de toxine suffisante pour altérer la santé générale, et cependant ils ont conservé leur vitalité; car si l'on ensemence dans un tube de bouillon une parcelle de ces organes, le bouillon se trouble en peu d'heures, et, à l'examen microscopique, on reconnaît une culture pure de bacille typhique. Nous cherchons actuellement à déterminer le degré exact de virulence que ces bacilles, localisés dans le foie et dans la rate, ont pu conserver au bout de

---

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) M. Bouchard a, comme on sait, signalé, il y a longtemps, l'existence de bacilles d'Éberth dans l'urine des typhiques. Nous avons pu déceler leur présence *dans l'uretère*, chez nos animaux, *un quart d'heure* après l'injection intra-veineuse.

plusieurs semaines. Dès à présent, nous pouvons dire que, dans les premiers jours, la virulence des bacilles localisés dans le foie est moindre que celle des bacilles existant dans la rate.

IV. Par l'injection de quelques centimètres cubes de culture virulente de bacille d'Éberth dans la trachée, on peut amener le développement dans le poumon de noyaux de broncho-pneumonie renfermant le bacille d'Éberth. On a ainsi la lésion du vrai pneumo-typhus. On observe de plus la dissémination du bacille d'Éberth dans les différents organes et leur localisation spéciale, dans la rate et le foie.

Les expériences sur lesquelles sont fondées les conclusions précédentes ont été faites sur plus de 40 chiens.

THÉRAPEUTIQUE

L'huile de Gaulteria procumbens dans le traitement de la chorée, d'après M. le docteur F. Luigi.

L'huile de Gaulteria procumbens, introduite en thérapeutique contre le rhumatisme par M. le professeur Bozzolo en 1884, a été reconnue dans ces dernières années comme douée d'une action favorable très réelle dans le rhumatisme, sur la température et les douleurs.

Elle fut d'abord administrée sous forme d'émulsion ou en capsules afin de masquer sa saveur désagréable. La voie rectale sembla d'une efficacité moindre. Dans ces derniers temps les applications locales, sous forme de badigeonnage, ont donné des résultats appréciables. Suivant Lemoine, l'application de cette substance sur la peau amènerait une diminution de la douleur plus rapidement que le salicylate de soude. Des expériences récentes de Lambert ont montré que l'huile de Gaulteria en solution avec l'huile stérilisée à 20 p. 100 pouvait être injectée sous la peau sans être suivie d'aucun accident.

Toutefois ce n'est pas que dans le rhumatisme que ce médicament peut être utile. Le professeur Bozzolo a montré son action antipyrétique dans l'érysipèle, dans la scarlatine, ainsi que ses propriétés antiseptiques dans les maladies du rein ou de la vessie, ou bien en inhalations dans la phtisie et autres affections des voies respiratoires.

A la clinique du professeur Bozzolo, depuis plusieurs années l'huile de Gaulteria procumbens a été donnée systématiquement de préférence à tout autre médicament dans le traitement du rhumatisme aigu ou subaigu, surtout contre les symptômes douloureux. La dose moyenne par voie interne est de 6 centimètres cubes par jour, mais on peut aller jusqu'à 10 sans inconvénient.

Mais c'est surtout dans le traitement de la chorée, alors que les autres préparations anti-rhumatismales sont difficiles à continuer longtemps chez les enfants, qu'il peut être utile de recourir à l'huile de Gaulteria.

Chez une petite fille de onze ans, choréique, où les troubles rhumatismaux antérieurs et la présence de douleurs articulaires accompagnées des symptômes de la chorée indiquaient de préférence l'emploi des préparations salycilées, M. le docteur Luigi employa l'huile de Gaulteria incorporée à partie égale avec la vaseline, en frictions légères sur les parties malades.

L'articulation fut ensuite recouverte d'une toile imperméable et les frictions et le pansement furent renouvelés tous les jours pendant quinze jours. Dès le troisième jour les douleurs avaient disparu, et le quatrième il y avait une diminution sensible des mouvements choréiques. A la fin du traitement la guérison était complète sans que l'on ait noté aucun phénomène secondaire ou local.

Dans les autres cas où le traitement fut employé l'amélioration survint dans les mêmes conditions.

En résumé il semble que l'huile de Gaulteria puisse être avantageusement conseillée dans le traitement de la chorée; son application en badigeonnages locaux est très facile et a l'avantage de ne pas provoquer d'intolérance stomacale.

(*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. CHAPUT proteste contre la communication faite dans la dernière séance par M. Hartmann qui, réunissant les statistiques de ses collègues, trouve 66 morts, soit 18 p. 100 de mortalité sur 360 cas d'appendicites opérées. Il en conclut que l'opération a donné des résultats détestables. M. Hartmann a insisté sur la mortalité qu'aurait eue M. Chaput dans ses opérations, qui s'élèverait à 17 morts sur 18 cas. Or, loin d'être considérable, sa mortalité réelle a été nulle, si l'on excepte les cas de péritonite généralisée dont M. Chaput n'est pas responsable, ayant été appelé trop tard auprès de ces malades. M. Chaput proteste donc avec la plus grande énergie contre l'erreur grossière et la véritable injustice commises par M. Hartmann. Cette façon d'interpréter les statistiques ne peut que troubler les praticiens et le travail de M. Hartmann doit être refait en distinguant des catégories de faits bien tranchées. En réalité, 131 cas opérés à froid ont donné une mortalité de 0; 146 cas opérés à chaud ont donné 6 morts, soit 4 p. 100 de mortalité. 102 cas de péritonites purulentes généralisées ont fourni 80 morts, soit 80 p. 100 de mortalité. Bien loin de trouver ces résultats détestables, M. Chaput les trouve merveilleux. La gravité des péritonites généralisées est un argument de plus en faveur de l'intervention précoce.

M. QUENU retourne à M. Hartmann le reproche qu'il a adressé à ses collègues, à savoir que leurs communications manquaient de netteté. M. Hartmann, en effet, a négligé de distingner, dans sa statistique, les cas d'appendicites aigus des cas subaigus. Cette distinction est, en effet, bien nécessaire.

M. Quenu n'hésite pas à intervenir, quand il se trouve en présence de cas aigus. Il temporise, au contraire, dans les cas subaigus. Il temporise également quand il n'existe qu'un seul signe, la douleur. Dans ces cas, en effet, on reconnaît souvent plus tard qu'il s'agissait d'autre chose que d'une appendicite. M. Quenu insiste donc sur la nécessité de cette distinction que M. Hartmann n'a pas faite.

M. TUFFIER dit qu'il est impossible, au début, de savoir comment évoluera une appendicite. C'est pourquoi, aussitôt le diagnostic posé, il intervint et intervient toujours. Quand il est appelé trop tard, autant que possible, il attend alors pour opérer à froid.

M. Tuffier relate l'observation d'une jeune fille de quatorze ans qui, depuis le mois de novembre, avait eu quatre fois une légère douleur dans le ventre. Un matin elle est prise de douleurs abdominales généralisées attribuées à l'approche de ses règles. Le pouls et la température restent normaux. Le lendemain la douleur prédominait à droite, la température est à 37; une heure après elle est à 38. Le soir elle retombe à 37, mais le pouls est à 118. M. Tuffier opère le soir et trouve l'appendice en partie gangréné et entouré d'un abcès.

M. RECLUS fait observer que tous les membres de la Société sont d'accord sur ce fait que toutes les appendicites doivent être opérées. Les opinions ne diffèrent que sur le

moment où on doit intervenir, les uns étant pour l'opération précoce, les autres pour l'opération plus tardive.

M. BRUN dit que le cas que vient de citer M. Tuffier est un cas typique d'appendicite septique. En pareil cas, M. Brun est également interventionniste. Il en est de même des cas cités, dans la dernière séance, par M. Segond. M. Brun trouve même que M. Segond a attendu trop longtemps pour intervenir.

M. PICQUÉ a obtenu de bons résultats de l'intervention hâtive dans certains cas graves. Pour peu que les accidents augmentent, que la douleur persiste, M. Picqué intervient. Sinon, il continue le traitement médical. Il recherche l'appendice, l'enlève autant que possible.

M. Picqué fait connaître la statisque de Sonnenburg, qui aurait opéré 144 cas d'appendicite sans une seule mort; 125 fois l'opération a été faite à chaud, et il y a eu 25 fois ouverture du péritoine. Dans 92 cas, Sonnenburg a réséqué l'appendice.

M. POTHERAT fait un rapport sur un travail de M. Mordret (du Mans), relatif à 5 cas d'appendicites opérées à chaud avec 4 guérisons et 1 mort. Voici le résumé de ces observations : jeune homme de vingt ans, début brusque, rémission pendant huit jours, nouvelle crise, opération, abcès autour de l'appendice, fistule persistante, guérison; — femme de cinquante-six ans, début brusque, rémission au sixième jour, abcès, perforation du cæcum, guérison : — jeune fille de dix-huit ans, abcès, incision et drainage douze heures après le début des accidents, mort; — enfant, violent début, abcès, incision, guérison; — enfant, état général grave, collection purulente, incision, contre-ouverture à gauche, guérison.

M. Mordret ajoute que, sur un grand nombre de malades, il a vu très peu d'appendicites. Il est partisan de l'intervention hâtive.

M. BARETTE (de Caen) fait une communication sur le même sujet. En Normandie, l'appendicite paraît plutôt plus fréquente que dans d'autres régions. Depuis quelques années, M. Barette a vu 28 cas d'appendicite. Il en a opéré 18. Il croit qu'il faut attribuer la cause de cette rareté relative à ce fait que les anciens médecins ignorent encore les différentes variétés d'appendicite, et ne demandent le chirurgien que quand la péritonite est déclarée. M. Barette estime qu'il vaut mieux, autant que possible, enlever l'appendice.

Sur ses 18 opérés, M. Barette a eu à enregistrer 6 décès. Deux fois, il y avait péritonite aiguë généralisée, 2 fois gangrène de l'appendice et 2 fois abcès très étendu. Le diagnostic précoce de l'appendicite est souvent difficile. Il y a tout intérêt à intervenir de bonne heure.

COMMUNICATION

Luxation congénitale de la hanche. — M. KIRMISSON a examiné l'enfant présenté dans la dernière séance par M. Monod. Il a pu constater que la luxation n'était pas réduite. Le traitement a, sans aucun doute, beaucoup amélioré la situation, mais la réduction n'est pas complète. Au reste, Lorenz qui avait soutenu qu'il avait obtenu des guérisons par ce procédé, a reconnu depuis, grâce à la radiographie, qu'il avait été le jouet d'une illusion et qu'il obtenait, non pas la réduction, mais une transposition avantageuse de la tête fémorale.

PRÉSENTATIONS

Trépanation. — M. REYNIER présente un garçon de huit ans qu'il a trépané, il y a deux ans, pour des crises d'épilepsie jacksonienne. Les accidents ont complètement disparu.

Plaie de l'abdomen. — M. REYNIER présente un malade qu'il a vu avec M. Thierry. Il s'agit d'un homme qui a reçu un coup de couteau dans la région lombaire. Les anses intestinales sont sorties au dehors; cet homme a continué à marcher et est arrivé à l'hôpital, M. Thierry, appelé, constate une plaie de la région lombaire de 10 à 12 centimètres de longueur. Par cette plaie, sort un mètre d'intestin. Sur cet intestin, il y avait trois perforations. M. Thierry ferme ces perforations, réduit l'intestin. Ce malade a parfaitement guéri.

M. Reynier rapproche de ce fait plusieurs cas analogues. MM. BAZY, TUFFIER et POZZI citent des faits semblables.

Tumeur de la cuisse. — M. JALAGUIER présente une tumeur qu'il a enlevée sur la cuisse d'une femme de trente ans. Cette tumeur, dont le développement avait été très rapide, présentait les apparences d'un myxo-sarcome. Or, il s'agissait d'un lipome pur.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 MARS 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 13 MARS 1899, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Poirier et Walther.

3e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Lannelongue, Varnier et Mauclaire; — (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Blum et Delbet; — (2e série) : MM. Reclus, Humbert et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Teissier; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 14 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Quénu et Thiéry.

3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Le Dentu, Richelot et Wallich.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Gley et Chassevant; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Charrin; — (2e série) : MM. Debove, Raymond et Achard; — M. Widal, suppléant.

MERCREDI 15 MARS, à une heure. — Médecine opératoire *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Delens et Rémy.

3e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Lepage.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Pinard, Sébileau et Mauclaire; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

JEUDI 16 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Poirier et Faure.

3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Guyon, Thiéry et Wallich; — (2e partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Grancher, Charrin et Ménétrier.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Troisier et André; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 17 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Retterer et Sébileau.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Dupré; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Delens et Lejars; — (2e série) : MM. Blum, Humbert et Walther; — (2e partie) : MM. Grancher, Joffroy et Widal; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Broca (André), suppléant.

SAMEDI 18 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*; épreuve pratique : MM. Panas, Poirier et Quénu.

2e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Rémy, Albarran et Faure.

3e (2e partie, 1re série), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Cornil, Roger et Thiroloix; — (2e série), *Ancienne bibliothèque, salle n° 3* : MM. Dieulafoy, Achard et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Marfan, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association médicale mutuelle (fondation Lagoguey) a tenu sa séance annuelle dimanche 5 mars, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. On a pu constater, une fois de plus, que cette association était toujours en voie de progrès. Au 31 décembre 1898, la réserve était de 261383 francs. Le nombre des adhérents est actuellement de 426. Dans le cours de l'année 1898, il a été payé 2300 journées de maladie, soit 23000 francs, c'est-à-dire 7000 francs de plus que l'année précédente.

— L'Académie des sciences, dans sa dernière séance, a élu à la majorité absolue des suffrages, M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant, pour la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Streenstrup.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchard (de Bordeaux), Fonteneau (de Cleps), Maëckler (de Châlon-sur-Saône), Pepinster (de Bruxelles), Trèches (de Senones).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gaucher, agrégé, a repris ses conférences sur les maladies de la peau (dermatoses diathésiques), à l'hôpital Saint-Louis, le dimanche 5 mars, à dix heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

M. Thiéry, agrégé, a commencé ses conférences d'anotomie (anatomie descriptive et médico-chirurgicale du cou, du thorax et du membre supérieur), le lundi 6 mars, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Mauclaire, agrégé, a commencé ses conférences de pathologie externe le lundi 6 mars, à trois heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Méry, agrégé, a commencé ses conférences d'anatomie pathologique le lundi 6 mars, à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. le professeur Terrier a commencé le cours de médecine opératoire (chirurgie de l'intestin), le lundi 6 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Roger, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours de pathologie et thérapeutique générales (professeur : M. Bouchard), le lundi 6 mars, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Bonnaire, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'accouchements, le lundi 6 mars, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Vaquez, agrégé, a commencé ses conférences de thérapeutique des médications usuelles, le lundi 6 mars, à six heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 7 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Launois, agrégé, commencera ses conférences d'histologie le mardi 7 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Thiroloix, agrégé, commencera ses conférences le mardi 7 mars, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies infantiles, le mercredi 8 mars, à quatre heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. Les cours complémentaires continueront comme pour le semestre d'hiver.

M. Potocki, accoucheur des hôpitaux, et M. le docteur Paquy, chef de laboratoire, commenceront le mercredi 8 mars, à quatres heures et demie, un cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires. Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, à la clinique Baudelocque. Le prix du cours est de cinquante francs. Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

M. Ménétrier, agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le mercredi 8 mars, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Desgrez, agrégé, commencera ses conférences de chimie biologique, le mercredi 8 mars, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Langlois, agrégé, commencera ses conférences de physiologie, le mercredi 8 mars, à six heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et les continuera les vendredis lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VENTE le 12 mars, 1 h., à *Coucy-le-Château*, chez feu le Dr GUYARD : *Appareils et Instr. de chirurgie* et ouvrages constituant sa *Bibliothèque médicale*. S'adr Me DUBOIS, not. à Coucy-le-Château (Aisne).

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

QUINIUM ROY

TONIQUE Granulé FÉBRIFUGE

MAGNÉSIE ROY

DÉPOSÉ

A. ROY, Phien de 1re Classe, **PARIS**-Auteuil, et Phies

DIABÈTE

Le PAIN DESVILLES au SOYA est agréable au goût et il a de la mie. En quelques jours, il fait tomber le sucre à *zéro*. C'est donc un médicament de premier ordre, autant qu'un excellent aliment. Il est employé dans les Hôpitaux civils et militaires de Paris. — Echantillons à MM. les docteurs qui désirent l'essayer.

DESVILLES, phien, 24, r. Etienne-Marcel, Paris.

SIROP ou SOLUTION de BARBARIN

au Phosphate Monocalcique crist.

Le plus pur et le plus assimilable des Phosphates de Chaux. (Titre 1 gr. pour 30).

LE MEILLEUR DES RECONSTITUANTS

Curatif et préventif des **Maladies des Os** et de **Poitrine**. Indiqué dans tous les états de **faiblesse** et pendant la **Grossesse**, **l'Allaitement** et la **Dentition**.

Paris, Phie **BARBARIN, 145, Rue de Belleville.**

D'après BOUCHARDAT, GUBLER, TROUSSEAU, CHARCOT, etc., le

VALÉRIANATE PIERLOT

Calme et Guérit les

NÉVRALGIES, NEURASTHÉNIE, NÉVROSES

VÉRITABLES GRAINS de Santé du docteur FRANCK

(Formule du Codex N° 603)

ALOÈS & GOMME-GUTTE

Le plus commode des

PURGATIFS

très imités et contrefaits.

L'étiquette ci-jointe imprimée en **4 COULEURS** sur des **BOITES BLEUES** est la Marque des véritables.

Dépôt, Phie LEROY, 2, r. Daunou, ET TOUTES LES PHARMACIES

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine.

POUDRE DE PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, agréable au goût, on ne peut plus nutritif, **10** *fois son poids de viande assimilable.*

Aliment des malades qui ne peuvent digérer.

VIN DE PEPTONE CATILLON

Viande assimilable et Glycérophosphates.

Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions

NÉVRALGIES — MIGRAINES

CATARRHES chroniques de la VESSIE et des BRONCHES

GUÉRIS PAR LES

PERLES D'ESSENCE de TÉRÉBENTHINE CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ

APPROUVÉ par l'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince. — Dissolution immédiate **DANS L'ESTOMAC.** — **Efficacité certaine.**

Dosage rigoureux : 5 gouttes par perle.

DOSE : 4 à 12 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — **Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, PARIS.**

CAPSULES DARTOIS

Ces capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de **VÉRITABLE CRÉOSOTE DE HÊTRE** dissoute dans 0,20 d'huile de foie de morue, formule reconnue la meilleure. — Dose moyenne : 3 à chaque repas, ou matin et soir avec une tasse de lait ou de tisane.

(**Bronchites, Catarrhes, Phtisie, Tuberculose**)

Le Flacon : **3 francs. Rue de Rennes, 105, Paris, et les Pharmacies** (*Prospectus en toutes langues*)

En prescrivant les Capsules Dartois, les médecins sont assurés de donner à leurs malades un produit pur, exactement dosé et très efficace.

GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISMES

accompagnés d'état névropathique

sont Guéris par le

GLYCÉROPHOSPHATE DE LITHINE

effervescent

LE PERDRIEL

Ce Sel complète la série des Sels de Lithine Le Perdriel qui présentent la Lithine sous sa seule forme vraiment active.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

L'APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

EST LE RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

HÉMORRHAGIES

SIROP DE PENEAU

au SUC d'ORTIE

« *Le Suc d'Ortie est le remède le plus certain contre l'Hémoptysie et toutes les Hémorrhagies.* »

« Dr CHOMEL »

DOSES : 5 à 6 cuillerées par jour, d'heure en heure, suffisent contre les accidents hémorrhagiques.

La saveur de ce sirop est agréable et l'estomac ne peut souffrir de son emploi, même prolongé.

MALADIES DES OS

TROUBLES DE LA CROISSANCE

RACHITISME

PHOSPHATOSE VAUDIN

Phosphate de Chaux physiologique complètement assimilable

TEL QU'IL EXISTE DANS LE LAIT

DOSES : Adolescents et adultes, 2 à 4 cuillerées à café par jour.

Enfants : 1 à 2 cuillerées à café par jour, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.

N° 28. — JEUDI 9 MARS 1899. — 72e ANNÉE. — JEUDI 9 MARS 1899. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'appendicite se poursuit. M. Reclus a répondu à M. Ferrand. Il faut, suivant M. Reclus, faire table rase de toutes les doctrines anciennes sur l'appendicite, doctrines qui admettaient plusieurs variétés d'appendicites, depuis la simple colique appendiculaire jusqu'à la gangrène de l'appendice, et qui proposaient autant de traitements différents que de variétés d'appendicites. Il est admis aujourd'hui que la crise la plus légère en apparence peut, du jour au lendemain, se transformer en septicémie péritonéale foudroyante. C'est là ce qui fait qu'aujourd'hui tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point qu'il faut toujours opérer un malade atteint d'appendicite. Reste à déterminer le moment où il est le plus opportun de pratiquer cette opération et c'est là seulement que commencent les divergences. Mais aucun chirurgien ne saurait aujourd'hui accepter les conclusions de M. Ferrand.

M. Tillaux qui, à la Société de chirurgie, avait déjà protesté contre cette formule de M. Dieulafoy, qu'on ne doit pas mourir d'appendicite, vient de renouveler à l'Académie cette protestation, dans un discours magistral sur cette question.

Il faut retenir plusieurs points de cette importante communication : tout d'abord, il n'est pas un chirurgien, appelé auprès d'un malade pour l'opérer d'une appendicite, qui puisse accepter cette formule de M. Dieulafoy, et les exemples ne manquent malheureusement pas pour prouver qu'entre les mains des chirurgiens les plus habiles et les plus compétents, un malade peut mourir d'appendicite.

Dans un discours prononcé à l'Hôtel-Dieu, M. Dieulafoy a soutenu cette opinion qu'un médecin qui appelait un chirurgien pour pratiquer une opération, prenait la responsabilité de cette opération. M. Tillaux ne saurait accepter cette manière de voir, et il proteste contre elle avec énergie. Il ne veut pas qu'on le ramène au temps où un Desault ne pouvait faire une opération sans l'assistance d'un médecin.

M. Tillaux proteste contre un autre précepte soutenu par M. Dieulafoy, à savoir qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. Il en appelle aux médecins eux-mêmes. Enfin, M. Tillaux fait observer que ce qu'il y a de nouveau et d'important dans la question relative à l'appendicite, c'est ce fait qu'il est démontré aujourd'hui que tout malade atteint d'appendicite doit, à un moment ou à un autre, se faire enlever son appendice. L'ablation à froid de l'appendice doit faire disparaître les appendicites mortelles, comme la cure radicale des hernies a presque supprimé la mort par hernie étranglée. Tel est le résumé, trop succinct, des diverses opinions soutenues par M. Tillaux avec une conviction et un talent qui lui ont valu les applaudissements de l'assemblée.

M. le président a fait connaître la liste de présentation pour la place vacante d'associé libre : en première ligne, M. Filhol; en deuxième ligne, M. Galippe; en troisième ligne, MM. Commenge et Corlieu; en quatrième ligne, MM. Galezowski et Voisin.

RHUMATISME TOXIQUE PAR INTOXICATION ALIMENTAIRE

DANS LE DÉCOURS D'UNE GRIPPE TRÈS LÉGÈRE (1)

Par M. Louis RÉNON, médecin des hôpitaux de Paris.

A l'heure actuelle, toute la grande classe des pseudo-rhumatismes infectieux est complètement séparée du rhumatisme articulaire aigu; celui-ci forme un groupe distinct et autonome par son évolution clinique et par son agent pathogène, les recherches si intéressantes d'Achalme, de Thiroloix, de Triboulet et Coyon tendant de plus en plus à en préciser l'origine microbienne. On a poussé plus loin encore la classification et, dans une étude très approfondie et très documentée, M. Auscher sépare nettement et justement les pseudo-rhumatismes infectieux les uns des autres; les uns relèvent de l'infection, les autres dépendent de l'intoxication. Dans les rhumatismes toxiques (2), ce n'est point un parasite, mais un agent chimique plus ou moins bien défini, parfois même une toxine microbienne qui est cause des désordres articulaires : tels sont les rhumatismes consécutifs à l'intoxication par l'acide lactique, par l'urémie ou l'uricémie, ceux dus à l'usage de la tuberculine, ceux provoqués par les sérums thérapeutiques. Pour ces derniers, l'action toxique est la seule qu'on puisse invoquer

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) E. AUSCHER. Rhumatismes toxiques, *Manuel de médecine* de Debove-Achard, t. VII, 1897, p. 581 et 585.

dans beaucoup de cas, et je n'en veux pour preuve que les cas d'arthropathies constatés par MM. Béclère, Chambon et Ménard chez des génisses qui avaient reçu du sérum stérile de cheval, sans qu'il fût possible de trouver à l'autopsie trace du moindre microbe dans les jointures (1).

Les intoxications alimentaires sont capables de provoquer aussi le rhumatisme toxique, et, dès 1760, Boissier de Sauvages (de Montpellier) écrit textuellement ces lignes : « Les poissons qu'on pêche dans l'île de Bahama excitent de violentes douleurs dans les articulations de ceux qui en mangent, ces douleurs se terminent quelque temps après par un prurit qui dure trois jours (2). » Les faits d'une fluxion articulaire de telle nature ne sont point fréquents, et je crois devoir rapporter à la Société un cas presque semblable que je viens d'observer : il s'agit de manifestations articulaires et tendineuses concomitantes d'une éruption ortiée et consécutives à une ingestion de poisson et de mollusques, dans la convalescence d'une grippe très légère.

Observation. — Le mardi 10 janvier 1899, je suis appelé près de M. A. T..., âgé de vingt ans, pour une grippe très légère qui avait débuté la veille, et qui s'était caractérisée par un peu de céphalalgie, de rachialgie et 38 degrés de température axillaire. Je prescrivis une très légère dose d'antipyrine (30 centigrammes) et de bromhydrate de quinine (15 centigrammes).

Le lendemain, 11 janvier, la température est tombée à 37 degrés, les signes douloureux ont disparu et le malade est complètement rétabli.

Il sort le jeudi 12 janvier. Pendant ces trois jours il ne s'alimente qu'avec du lait coupé d'eau de Vichy, des potages et des œufs.

Le vendredi 13 janvier, pour achever sa convalescence, il prend à son déjeuner un peu de poulet, une petite sole et une douzaine d'huîtres. Quelques heures après ce repas, il est pris d'une légère pesanteur dans la région gastrique, et de quelques douleurs abdominales. Vers six heures du soir, une poussée d'urticaire se déclare sur le ventre et sur les membres supérieurs et inférieurs : les papules ortiées se réunissent dans la soirée, et, dans la nuit, le malade est couvert de grandes plaques d'urticaire très prurigineuses et limitées aux régions indiquées plus haut. Des lotions vinaigrées calment un peu le prurit, qui empêche cependant le malade de dormir.

Le matin du 14 janvier, les grands placards ortiés se sont affaissés, mais le malade ne peut sans douleur remuer le bras gauche, et il constate que la main droite est œdématiée, rouge, douloureuse, et que tout mouvement lui arrache des cris.

Je le vois le matin à 11 heures et demie, et je constate qu'il n'a pas de fièvre (température 36°8, et pouls à 80) : le membre supérieur droit présente encore quelques papules ortiées en voie de disparition, il n'y avait pas trace d'autre éruption, ni érythème, ni purpura. La main est œdématiée sur sa face dorsale qui est un peu rouge. L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et celle du petit doigt sont manifestement gonflées : elles sont très douloureuses à la pression, et au moindre mouvement de flexion et d'extension. Les gaines des extenseurs sont également douloureuses sur la face dorsale de la main. L'articulation du poignet présente la même douleur au moindre mouvement spontané ou provoqué. Les mouvements de supination, de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont douloureux au coude, mais la douleur est moindre qu'aux autres articulations.

La langue est saburrale, le ventre est un peu ballonné : il existe de la constipation depuis trente-six heures.

Les autres organes sont intacts : l'examen du cœur ne révèle ni souffle ni frottements ; les urines, rares et foncées, ne contiennent pas d'albumine.

Je porte le diagnostic de pseudo-rhumatisme, écartant toute idée de rhumatisme articulaire aigu ; et, comme je mets l'affection sur le compte de l'intoxication par les huîtres et le poisson, mes indications thérapeutiques sont très précises ; je fais purger le malade avec de l'eau de Carabana, je le fais boire le plus possible, lui prescrivant un breuvage composé d'eau d'Évian additionnée de lactose et d'une très faible quantité de vin diurétique de Trousseau. Le régime lacté forme la base de l'alimentation.

Le lundi 16 janvier, je revois le malade : il n'y a plus trace d'éruption ortiée ; l'œdème du dos de la main a complètement disparu. Les articulations métacarpo-phalangiennes et les gaines synoviales ne sont plus douloureuses. La douleur persiste encore dans l'articulation du poignet, dans celle du coude. Les urines ont été très abondantes depuis la veille. L'état général est parfait. Je prescris, encore de l'eau d'Evian lactosée, mais suspends le vin de Trousseau et permets une alimentation plus substantielle avec des œufs et des potages.

Le mercredi, 18 janvier, tout a complètement disparu.

Je dois dire que le malade est de souche neuro-arthritique : son père, grand neurasthénique, présente de temps à autre de vagues douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes. Sa mère suit, depuis quelques années, des cures de Vichy pour des coliques hépatiques légères.

Quant à lui, je ne relève guère dans ses antécédents, en 1897, qu'une diphtérie pure, vérifiée par l'examen bactériologique, et traitée par le sérum de Roux. Il en guérit rapidement, après avoir présenté pendant quelques jours de l'albumine dans ses urines ; celle-ci n'était nullement sous la dépendance du sérum, car elle existait avant son emploi, et elle diminua rapidement après.

Cette observation soulève des points de pathologie et de doctrine intéressants.

Tout d'abord, quelle est la nature exacte de cette fluxion articulaire et tendineuse ?

Je ne pense pas qu'il puisse s'agir de rhumatisme articulaire aigu. L'absence complète de fièvre, la façon si particulière dont se sont prises les articulations et les gaines, l'évolution si rapide des phénomènes morbides, leur coexistence avec d'autres symptômes d'intoxication gastro-intestinale ne permettent pas d'y songer.

Le diagnostic avec le pseudo-rhumatisme infectieux n'est pas moins précis. Sans doute, l'apparition de la fluxion articulaire pendant la convalescence d'une grippe pouvait faire supposer tout d'abord son origine grippale. Mais si l'on songe que la grippe a duré vingt-quatre heures à peine, qu'elle a été extrêmement légère, et qu'elle avait disparu complètement depuis deux jours quand les accidents ont éclaté, on sera convaincu qu'elle n'est pas la cause directe du rhumatisme. Elle a peut-être créé une prédisposition à l'élimination générale plus lente des poisons chez un malade qui avait présenté de l'albumine dans ses urines deux ans auparavant, au cours d'une diphtérie pure ; mais elle n'a pas une part directe dans sa genèse.

Celle-ci dépend de l'intoxication alimentaire par le poisson et les huîtres et qui s'est caractérisée simultanément par de la pesanteur gastrique, des douleurs abdominales, une éruption ortiée et des manifestations articulaires et

(1) Béclère, Chambon et Ménard. Étude expérimentale des accidents post-sérothérapiques, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1896, p. 572.
(2) Cite par Auscher. Loc. cit., p. 585.

tendineuses; il semble vraiment bien difficile, pour ne pas dire impossible, de ne pas rattacher les unes aux autres toutes ces localisations; et si la preuve absolue de la toxicité de ce rhumatisme ne peut être fournie que par l'examen bactériologique négatif des articulations, ce qui n'a pu être fait dans le cas actuel, la preuve clinique suffit pour établir la vraie nature des accidents.

L'évolution clinique de ce rhumatisme toxique montre qu'il peut atteindre différentes jointures, les petites comme les grosses, qu'il n'est pas mono-articulaire, et qu'il prend aussi les gaines synoviales. Fait curieux, il s'est développé sur les points primitivement atteints d'urticaire, mais il n'a pas rétrocédé aussi vite que les papules ortiées et ne s'est éteint que plus lentement, sans tendance aucune à l'immobilisation, comme dans certains pseudo-rhumatismes infectieux.

Malgré la bénignité de l'affection, il ne faut pas se contenter d'en surveiller l'évolution; il faut tout mettre en œuvre pour en limiter la durée. L'indication thérapeutique me paraît précise : on doit débarrasser au plus vite l'organisme du poison ingéré, et en faciliter l'élimination ultérieure. La purgation et les boissons diurétiques données en abondance répondent à cette indication, et la médication est vraiment active puisque, chez mon malade, en cinq jours tout était terminé.

TRAITEMENT DU RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Le docteur Camille Pelisse, dans son excellente thèse sur « Les récidives dans le rhumatisme blennorragique » (1), résume ainsi les indications thérapeutiques qui se posent dans cette localisation du gonocoque :

« Il n'y a pas de traitement médical du rhumatisme blennorragique. Nous avons dit que le salicylate de soude, si efficace quand il s'agit de rhumatisme aigu, n'avait aucune action dans cette affection. On peut employer comme calmants l'antipyrine, les sels de quinine, les préparations d'opium.

Quelques auteurs ont attribué une action favorable aux mercuriaux : la question est actuellement à l'étude. Il faut surtout insister sur le traitement local, l'immobilisation dans une position convenable, une compression légère et la révulsion.

J. Lucas-Championnière fait à plusieurs reprises, tous les jours s'il est nécessaire, un nombre aussi grand que possible de pointes de feu sur l'articulation atteinte, puis la recouvre d'emplâtre de Vigo et exerce une compression modérée : on obtient, en général, rapidement la diminution de l'épanchement et de la douleur.

Quand les phénomènes aigus sont terminés, on peut administrer à l'intérieur de l'iodure de potassium, mais son action est bien contestée.

On peut faire prendre au malade des bains térébenthinés, deux à trois bains par semaine, méthode qui nous a donné quelques résultats à l'hôpital Ricord.

Enfin, on pourra utiliser avec avantage l'électricité et surtout le massage, qui permet quelques mouvements et souvent empêche les muscles de s'atrophier. »

(1) Thèse de Paris, 1899. Steinheil, édit.

ANGINE GOUTTEUSE

Par M. le docteur R. Le Clerc (de Saint-Lô).

Il existe une angine goutteuse, prémonitoire de l'accès de goutte, caractérisée en général par une fluxion intense avec œdème occupant le voile du palais et même le vestibule laryngien. La description de cette angine correspond bien à celle de l'angine dite rhumatismale, telle que la comprenait Lasègue. La durée de cette fluxion va de quelques heures à trois jours. Elle n'est justiciable d'aucun traitement spécial; si ce n'est d'une dérivation qui permettrait l'apparition plus hâtive de la fluxion articulaire, pareille en cela à l'angine rhumatismale qui n'est point améliorée par le salicylate de soude. (*Normandie médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. Reclus répond à M. Ferrand qui, à chaque forme différente de l'appendicite, oppose un traitement différent.

« Certes, si une doctrine paraît sage au premier abord et marquée au coin du plus impeccable bon sens, c'est bien celle de M. Ferrand. Ce fut d'ailleurs aussi la nôtre, aux premiers temps de notre pratique et lorsque, à la suite des médecins, nous admettions l'existence de diverses formes d'appendicite.

Nous avons assisté à la faillite de cette clinique vraiment trop facile et, à cette heure, nous admettons à peu près tous que les lésions primitives les plus légères de l'appendice peuvent entraîner les terminaisons les plus graves; que les lésions primitives les plus graves peuvent avoir les suites les plus légères; que, par exemple, une appendicite simple, sans perforation, peut provoquer une septicémie péritonéale foudroyante, tandis qu'une appendicite avec perforation, gangrène, section de l'organe au ras du cæcum, peut s'enkyster dans une néo-membrane et évoluer sans phénomènes généraux graves jusqu'à résorption complète du foyer purulent.

Nous n'admettons guère que deux éléments dans la genèse et dans l'évolution de l'appendicite : la virulence du microbe et la capacité de défense du péritoine. D'ailleurs, ces deux facteurs peuvent se combiner de façons bien différentes : ils peuvent se neutraliser; ils peuvent, au contraire, s'additionner ou se multiplier. Et puis, cette virulence et cette capacité de résistance sont des éléments essentiellement contingents et qui peuvent varier à l'infini avec le temps et les circonstances.

Ces considérations accumulées nous empêchent d'accepter les classifications savantes de M. Ferrand. »

Parmi ces formes conventionnelles, imaginées par les médecins, il en est deux sur lesquelles M. Reclus insiste : la colique appendiculaire et l'appendicite plastique. Voilà presque dix ans que M. Reclus nie l'existence de cette forme. Plusieurs fois il a opéré dans ces cas et il a toujours trouvé une appendicite incontestable, des adhérences, des néo-membranes, des parois vascularisées, épaissies, avec des foyers microbiens en activité.

Réserves semblables pour l'appendicite plastique, admise par nombre de médecins et même par quelques chirurgiens.

« La suppuration est tellement la règle dans l'appendicite que lorsque M. Ferrand déclare qu'il abandonne à la chirurgie les appendicites suppurées, il nous abandonne du coup tout

le traitement de l'appendicite, car, en fait, nos relevés, ceux de Sonnenburg, les statistiques de Mac Burney, les anciens relevés de Roux (de Lausane) ceux de tous les interventionnistes, prouvent que, dans les premiers jours de leur évolution, la plupart des appendicites — pour ne pas dire toutes les appendicites — sont suppurées.

M. Ferrand dit que si M. Dieulafoy, médecin, abandonne à la chirurgie tout le traitement de l'appendicite, il y a, par contre, des chirurgiens fort autorisés qui repoussent ces formules exclusives et préconisent, dans certains cas, le traitement médical de l'appendicite. Or, il y a là une erreur; l'immense majorité des chirurgiens, et cela dans la proportion de neuf sur dix au moins, considérant tout appendice enflammé comme étant un appendice condamné. Neuf sur dix au moins de mes collègues admettent la première partie de la formule de M. Dieulafoy et la nôtre : opérer toujours.

Ce qui a pu induire M. Ferrand en erreur, c'est qu'on ne s'entend plus sur le moment où l'opération doit être pratiquée. Les uns, ceux qu'on nomme les opportunistes, sont d'avis d'attendre, pour intervenir, que l'appendicite se refroidisse et que le foyer se résorbe. Les autres, les radicaux, opèrent tout de suite, mais radicaux et interventionnistes s'unissent pour déclarer que tôt ou tard il faut opérer. Il faut opérer ! Il faut opérer, parce que la médecine ne nous a pas encore donné le moyen de distinguer un foyer appendiculaire véritablement éteint d'un foyer seulement assoupi et dont le reveil soudain peut provoquer les catastrophes les plus redoutables. »

M. TILLAUX rappelle que M. Dieulafoy a terminé son important discours sur l'appendicite par des conclusions qui ont causé quelque émotion dans le monde chirurgical : voici deux de ces conclusions :

« Avec un diagnostic bien fait, avec une opération pratiquée en temps voulu, suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents. »

La septième était beaucoup plus courte, mais beaucoup plus nette encore :

« On ne doit jamais mourir d'appendicite. »

M. Tillaux insiste sur la gravité de cette formule : « On ne doit pas mourir d'appendicite. » Quel est le chirurgien qui pourrait l'affirmer quand il est appelé à opérer un malade atteint de cette affection? En veut-on un exemple? M. Routier est appelé auprès d'un enfant de onze ans le samedi soir ; il reconnaît une appendicite; il l'opère le dimanche matin et, le soir du même jour, l'enfant succombe. Qui de nous oserait dire que M. Routier a eu tort d'opérer cet enfant ou qu'il n'a pas suivi les règles de l'art?

Dans sa leçon d'ouverture à l'Hôtel-Dieu, M. Dieulafoy a soutenu cette opinion que, lorsqu'un médecin sentait la nécessité d'une intervention chirurgicale, il en prenait et devait en prendre la responsabilité. M. Tillaux n'accepte pas cette manière de voir. Le chirurgien ne saurait accepter ce rôle effacé. C'est là ce que M. Tillaux a appris de ses maîtres et c'est là ce qu'il enseigne à ses élèves : voudrait-on nous faire revenir au temps où un Desault n'avait pas le droit de faire une opération sans l'assistance d'un médecin?

M. Dieulafoy a déclaré, à plusieurs reprises, qu'il n'y avait pas de traitement médical de l'appendicite, que cette maladie n'était passible que d'un traitement chirurgical. Les médecins seront-ils tous de l'avis de M. Dieulafoy. Nous avons déjà entendu la protestation de M. Ferrand. Quels sont les médecins qui n'ont pas par devers eux des exemples de guérison de l'appendicite par le traitement médical? Un des membres de l'Académie disait récemment à M. Tillaux qu'il comptait à lui seul plus de quatre-vingts observations d'appendicites guéries sans intervention chirurgicale. C'est donc aller bien loin que de dire qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite.

Il y a quarante ans, Gosselin émettait le même principe au sujet des hernies étranglées. Il était amené à cette conclusion que le chirurgien ne devait pas quitter un malade atteint de hernie étranglée sans que celle-ci fût réduite, soit par le taxis, soit par la kélotomie. Nous vivons aujourd'hui sur ce précepte et c'est grâce à lui que nous ne perdons plus de malades atteints de hernie étranglée. En est-il de même pour l'appendicite? Certainement non, et il est impossible de dire qu'on ne guérit jamais d'appendicite par un traitement médical.

M. Tillaux se demande ce que veut dire M. Dieulafoy par cette expression qu'il faut opérer en temps voulu. M. Dieulafoy cite lui-même des cas où il n'a fait appeler le chirurgien qu'après le troisième jour. Il est à supposer que, pendant ces trois jours, il a appliqué un traitement médical. Le moment de l'intervention est, pour les chirurgiens, une question de diagnostic. Grâce à l'étude approfondie qui se fait en ce moment de l'appendicite, nous serons bientôt en possession de signes qui nous permettront de fixer le moment précis où nous devrons intervenir.

Nous connaissions, dit M. Tillaux, la typhlite, la pérityphlite, l'abcès de la fosse iliaque, la péritonite. Tout cela n'est pas nouveau; il faut toutefois reconnaître que les travaux de M. Dieulafoy ont singulièrement élucidé cette question. Toutefois nous connaissions cette série d'accidents et la seule différence est qu'aujourd'hui nous opérons beaucoup plus souvent et plus vite qu'autrefois. Qu'y a-t-il donc de vraiment nouveau dans cette question? Le voici : un malade a été pris d'une crise d'appendicite qui s'est terminée par résolution. Une fois ce malade guéri, nous lui disons : Eh bien! maintenant il faut vous ouvrir le ventre et vous enlever votre appendice. Cela paraît quelque peu surprenant. C'est là, pourtant, qu'est le vrai progrès accompli dans le traitement de l'appendicite. Il faut bien qu'on sache que c'est une maladie récidivante et, qu'en général, les accidents sont plus graves à la seconde ou à la troisième attaque qu'à la première. C'est donc un devoir impérieux pour le chirurgien que de conseiller l'ablation de l'appendice après une première attaque. Nous arriverons ainsi à faire disparaître les appendicites mortelles comme la cure radicale des hernies a presque fait disparaître la mort par hernie étranglée.

COMMUNICATION

Diminution de la myopie scolaire à Liège. — M. JAVAL analyse un travail de M. Romiée (de Liège), qui a constaté la diminution de la myopie scolaire. Il attribue ce fait en grande partie au prix très peu élevé du pétrole en Belgique, qui permet un éclairage des plus satifaisants. On sait, en effet, quel rôle jouent, dans le développement de la myopie, les efforts faits pour lutter contre un éclairage défectueux.

PRÉSENTATIONS

Capitonnage d'une hydronéphrose. Anastomose néphro-urétérale. — M. ALBARRAN présente une malade chez qui il a pratiqué, avec succès, un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale de l'hydronéphrose. Par le capitonnage, il a diminué le volume de la poche, et par l'anastomose de l'uretère à sa partie la plus déclive, il a assuré le libre écoulement de l'urine.

Gastrectomie pour cancer. — M. LANDOUZY présente une femme qui a subi la résection des trois quarts de l'estomac pour épithélioma. L'opération date de quatre mois au moins, et la malade va très bien. Aussi, M. Landouzy estime que les chirurgiens ont raison quand ils disent que l'intervention au début est le meilleur moyen palliatif, sinon radical.

Fœtus monstrueux double. — M. BARETTE (de Caen) lit une note sur un fœtus monstrueux double monomphalien sternopage.

COMMISSIONS DE PRIX

L'Académie procède à l'élection des commissions de prix pour l'année 1899. Ont été élus :

Prix de l'Académie. — MM. Sée, Malassez et François-Franck.

Prix Alvarenga. — MM. Dieulafoy, Peyrot et Regnard.

Prix Amussat. — MM. Tillaux, Richelot et Delorme.

Prix Argenteuil. — MM. Guyon, Ch. Monod et Le Dentu.

Prix Barbier. — MM. Railliet, Roux et Ferrand.

Prix Bourceret. — MM. Chauveau, Cornil et Malassez.

Prix Buignet. — MM. Gauthier, Gariel, Marty, Bourquelot, Duguet et L.-Championnière.

Prix Capuron. — MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Pozzi.

Prix Chevillon. — MM. Besnier, Berger et Richet.

Prix Civrieux. — MM. Magnan, Richer et Motet.

Prix Clarens. — MM. Proust, Colin et Vallin.

Prix Daudet. — MM. Chauvel, Terrier et Lancereaux.

Prix Desportes. — Section de thérapeutique.

Prix Godard. — MM. Labbé, Terrier et Reclus.

Prix Herpin (de Genève). — MM. Magnan, Motet et Richer.

Prix Laborie. — Section de chirurgie.

Prix du baron Larrey. — MM. Huchard, Le Roy de Méricourt et Laveran.

Prix Laval. — MM. Jaccoud, Debove et Brouardel.

Prix Lefèvre. — MM. Laborde, Richer et Motet.

Prix Lorquet. — MM. Motet, Fernet et Magnan.

Prix Meynot. — MM. Chauvel, Javal et Panas.

Prix Monbinne. — MM. L.-Championnière, Nocard et Landouzy.

Prix Nativelle. — MM. Hanriot, Jungfleisch et Bourquelot.

Prix Pourat. — MM. Pouchet, Marey et Robin.

Prix Ricord. — MM. Lancereaux, Hallopeau et Fournier.

Prix Vernois. — MM. Nocard, Vallin et Brouardel.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires à l'École d'application du service de santé militaire. (7e direction : hôpitaux.

Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira, le 18 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de 1re classe aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier 1899 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e classe au moins ; (les médecins appelés à concourir doivent remplir, en ce qui concerne la vision, les conditions prévues par l'annexe du 1er octobre 1894 à l'instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire) ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront : Pour les docteurs en médecine : — 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogations sur l'hygiène.

Pour les pharmaciens de 1re classe : — 1° composition écrite sur une question d'histoire naturelle, des médicaments et de matière médicale ; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux) avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont : *Avant leur entrée à l'école* : 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° certificat d'aptitude au service militaire établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après leur admission à l'école : L'engagement de servir pendant six ans dans le corps de santé militaire, contracté devant le maire de leur résidence dans la forme des engagements militaires.

Les stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, sur le pied de 3096 francs par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés et tenus au remboursement de première mise d'équipement.

MINISTÈRE DE LA MARINE

Tableaux d'avancement en grade et de concours pour la Légion d'honneur établis par la commission de classement.

Corps de santé.

1° TABLEAU D'AVANCEMENT EN GRADE. — *Pour le grade de médecin en chef de réserve* : MM. les médecins principaux de réserve Merlaux, dit Ponty, et Dubergé.

Pour le grade de médecin principal de réserve : : MM. les médecins de première classe de réserve Borély et Peyron.

Pour le grade de médecin de première classe de réserve : MM. les médecins de deuxième classe Bossuet, Gros, Hamon du Fougeray, Aubœuf et Crambes.

Pour le grade de pharmacien de première classe de réserve : M. le pharmacien de deuxième classe de réserve Calot.

2° TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR. — *Pour le grade d'officier* : M. Nègre, médecin en chef de réserve, et Maurel, médecin principal de réserve.

Pour le grade de chevalier : MM. Plouzané et Petit, médecins de première classe de réserve.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin. — Lectures : MM. Leredde 16, Sallard 17, Gustave Papillon 14, Bergé 16, Gastou 14, Gallois 18, Pignol 15, Phulpin 15, Laffitte 17, Belin 17, Achalme 18, Lamy 19, Coffin 15, Sergent 16, Legry 16, de Massary 16.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux est provisoirement composé de MM. Bazy, Bergeron, Blum, Lejars, Picqué, Polaillon et Ricard.

Les candidats, au nombre de vingt, sont les suivants : MM. Auvray, Banzet, Beaussenat, Bernard, Bresard, Brodier, Cazin, Delbet, Genouville, Jayle, Launay, Longuet, Marion, Mayet, Michon, Mignot, Peraire, Reblaud, Reymond et Riche.

— Le jury du concours pour une place d'interné à l'hospice de Brévannes est composé de MM. Bouloche, Lyot et Rénon.

— Par décret, en date du 3 mars 1899, sont promus au grade de médecin de première classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, les médecins de deuxième classe dont les noms suivent :

MM. Gary, Hantz, Cordier, Casteuil, Boury, Lefèvre, Morel, Bailly, Massiou et Auzillion.

— Par décret, en date du 4 mars 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : M. le docteur Gouzer, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Cauvet, décédé.

Au grade de médecin de première classe : M. le docteur Sisco, en remplacement de M. le docteur Gouzer, promu.

— Par décision ministérielle, en date du 4 mars 1899, le prix de médecine navale, pour l'année 1898, a été décerné à M. le docteur Keisser, médecin de première classe, à Brest, pour son rapport d'inspection générale sur le *Masséna* en 1898.

En outre, un témoignage officiel de satisfaction a été accordé à MM. les docteurs Chastang, médecin de première classe, professeur à l'École du service de santé de Bordeaux, pour son travail intitulé *Nos pêcheurs d'Islande*; — Piton, médecin de première classe, à Brest, pour son rapport d'inspection générale sur l'*Amiral-Tréhouart*, en 1898 ; — Barrat, médecin de première classe, à Rochefort, pour son rapport médical sur la *Foudre*, en 1896-1898 ; — Onimus, médecin de première classe du *Gaulois*, à Brest, pour son étude hygiénique du *Gaulois*; — Machenaud, médecin principal à bord du *Marceau*, pour son rapport d'inspection générale sur ce bâtiment, en 1898.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 mars 1899, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899, devant l'École de médecine de Grenoble, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

— MM. les docteurs Levraud, député, et A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de la Seine, sont nommés membres du conseil supérieur des habitations à bon marché, pour une période de quatre années.

— M. le docteur Alix (L.), médecin principal au 6e régiment d'infanterie de marine, à Brest, passe, sur sa demande au 2e régiment de l'arme, au même port, en remplacement de M. le docteur Négadelle, qui a reçu une destination coloniale.

— M. le docteur Poret, médecin de deuxième classe du 3e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, est désigné pour aller servir aux batteries d'artillerie détachées en Cochinchine, en remplacement de M. le docteur Nouaille-Degorce, dont le temps de séjour colonial est expiré, et qui sera affecté au 3e régiment à Rochefort.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Le concours de chef de clinique infantile s'est terminé par la nomination de M. le docteur Rocaz.

— M. le docteur Dutié vient d'être élu conseiller général du canton de Nemours (Seine-et-Marne).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brun (de Toulouse); Desrosiers (de Montréal); Dhaussy (de Courrières); Faugen (de Beaugency); Hérin (de Féchain) ; Lecourt (de Canteleu.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 10 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le professeur P. Budin reprendra ses leçons de clinique obstétricale (semestre d'été), le samedi 11 mars, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Visite des malades tous les jours à neuf heures.

Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par M. les docteurs Démelin, accoucheur des hôpitaux, et Brindeau.

Exercices de diagnostic : MM. les docteurs Chavane, chef de clinique, et Macé.

Exercices de laboratoire : MM. les docteurs Michel et Brindeau; M. le docteur Galippe, chef de laboratoire.

M. le professeur Hutinel commencera le cours de pathologie interne, le samedi 11 mars, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. André Broca, agrégé, commencera les conférences de physique médicale (organes des sens ; physique et physiologie), le samedi 11 mars, à trois heures, dans l'amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. Walther, agrégé, commencera le cours complémentaire de pathologie externe, le samedi 11 mars, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le professeur Gabriel Pouchet reprendra les conférences pratiques de pharmacographie et pharmacognosie (étude du droguier), le jeudi 16 mars, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de pharmacologie, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — MM. les étudiants seront exercés, individuellement et à tour de rôle, à la reconnaissance et à l'étude des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'art de formuler.

— Une session extraordinaire pour le troisième examen en vue du diplôme de chirurgien-dentiste aura lieu du 10 au 15 avril prochain. Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), le lundi 20 et le mardi 21 mars, de midi à trois heures.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. a l'honneur d'informer le public que les relations entre Paris et Barcelone sont assurées par les trains et aux heures ci-après :

Aller. — 1° Départ de Paris, 8 h. 25 soir (train rapide 7). — Arrivée à Cerbère, 3 h. 20 soir ; arrivée à Barcelone, 7 h. 23 soir (train express 31).

2° Départ de Paris, 9 h. 25 matin (train rapide 1). — Arrivée à Cerbère, 3 h. 51 matin ; arrivée à Barcelone, 10 h. 20 matin (train 25).

Retour. — 1° Départ de Barcelone, 5 h. matin (train 22). — Départ de Cerbère, midi 25 ; arrivée à Paris, 9 h. matin (train rapide 10).

2° Départ de Barcelone, 6 h. 40 soir (train express 34). — Départ de Cerbère, 11 h. 28 soir ; arrivée à Paris, 6 h. 14 soir (train express 8).

Une voiture directe comportant un compartiment de lits-salon (3 places) et trois compartiments de 1re classe avec intercommunication et water-closets circule dans les trains rapides 7 et 10 entre Paris et Cerbère.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les fractures du coude, en particulier chez les jeunes sujets.

Par le docteur Albert MOUCHET,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Ancien aide d'anatomie.

I

Généralités. — Les fractures du coude sont d'une *fréquence extrême chez les sujets au-dessous de vingt ans*, et nous avons pu en observer depuis deux ans à l'hôpital Trousseau un nombre si considérable, que nous avons consacré à leur étude approfondie un mémoire spécial (1). Aussi notre intention n'est-elle point de reprendre à fond la question; nous voudrions seulement, dans une étude d'ensemble, condenser les documents cliniques et radiographiques que nous avons laborieusement rassemblés.

Et d'abord que doit-on entendre par *fractures du coude?* Quelles sont, parmi ces fractures, les *variétés* les plus fréquentes? La statistique suivante recueillie dans les services de nos maîtres, MM. Lannelongue et Broca, va nous répondre : sur 122 traumatismes du coude radiographiés, nous relevons 103 *fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus*, 6 *fractures de l'olécrâne*, 5 *fractures du col du radius*, 1 *fracture de l'apophyse coronoïde*, enfin 7 luxations du coude en arrière, simples, non compliquées de fractures. Négligeons cette dernière lésion traumatique dont la description ne doit point nous occuper ici; nous sommes frappé de la fréquence extrême des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, dont l'étude nous occupera particulièrement. Mais comme elles constituent au coude la lésion incontestablement la plus complexe, nous aborderons plus tard leur description, et nous passerons d'abord en revue les variétés de fractures du coude les plus rares. D'une façon générale, ces fractures restent dans les limites, du reste artificielles, qu'on a assignées au coude : soit, en haut, un travers de doigt au-dessus des saillies épicondylienne et épitrochléenne; et en bas, deux travers de doigt au-dessous. Il est bien entendu que nous avons en vue les sujets au-dessous de vingt ans; c'est d'ailleurs de deux ans à vingt ans que les fractures du coude sont le plus fréquentes.

Un premier fait capital, et qui n'est pas assez mentionné, doit être mis en relief; les fractures du coude *ne sont que rarement des disjonctions épiphysaires vraies*, surtout en ce qui concerne les os de l'avant-bras; nous verrons plus tard qu'il existe en certains points de l'extrémité inférieure de l'humérus de vrais décollements épiphysaires. Mais aucune des fractures du col du radius ou de l'olécrâne que nous avons vues chez les jeunes sujets, n'était un décollement épiphysaire; la radiographie démontre ce fait péremptoirement, et si nous le signalons avec insistance, c'est autant pour son intérêt scientifique que pour son importance pratique : on est trop souvent porté à négliger une lésion traumatique, quand on croit à une disjonction épiphysaire.

(1) Albert MOUCHET. *Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus avec radiographies* (158 fig. dans le texte), Th. de Paris, 1898.

II

Fractures des os de l'avant-bras. — Du côté des os de l'avant-bras, les fractures du coude intéressent surtout l'*olécrâne*, mais presque aussi fréquemment le *col du radius*. Jusqu'ici la fréquence de la première fracture a été considérablement exagérée, comme aussi la rareté de la seconde; nos constatations personnelles sont tout à fait démonstratives à cet égard.

Coulon (1) avait bien dit autrefois que les *fractures de l'olécrâne* étaient *rares chez les enfants;* Berthomier s'est trompé quand il a soutenu le contraire. Depuis que les rayons X ont fourni au chirurgien une sorte d'infaillibilité, la remarque de Coulon reste toujours vraie. Pourquoi l'olécrâne se fracture-t-il si rarement au-dessous de quinze ans? Sans doute parce qu'il n'a pas encore un volume notable, et aussi parce que le système musculaire, dont la contraction brusque produit si souvent la fracture chez l'adulte, n'a pas acquis encore tout son développement. Détail intéressant : pas une des six fractures de l'olécrâne que nous avons observées n'était à l'état de décollement épiphysaire;

(1) Pour les indications bibliographiques, nous renvoyons à notre thèse de doctorat.

le point épiphysaire très petit forme seulement le sommet de l'olécrâne, et le trait de fracture dans nos observations a toujours été, sauf une fois, un trait oblique, commençant en dessous du point épiphysaire pour se porter en dedans, (4 fois) ou en dehors (1 fois) jusqu'à la base de l'olécrâne. Dans le seul cas où nous ayons vu un trait transversal rappelant la fracture classique de l'adulte, ce trait était parallèle et sous-jacent à la ligne du cartilage épiphysaire. Donc la fracture de l'olécrâne, *exceptionnellement épiphysaire*, n'est *presque jamais transversale*, et consiste dans une fissure *oblique sans déplacement*. Les enfants atteints de fractures de l'olécrâne que nous avons examinés étaient tous *tombés sur le coude même*, la face postérieure du coude fléchi avait porté sur le sol; trois fois nous avons observé en même temps que la fracture de l'olécrâne une fissure parallèle à ligne épiphysaire du condyle externe de l'humérus, s'étendant par conséquent de la gorge de la trochlée au niveau de l'épicondyle, et nous croyons trouver dans ce fait un argument en faveur du rôle important joué par le coin sigmoïdien dans les fractures du condyle externe. Nos enfants



Fig. 1. — Fracture de l'olécrane par choc direct.

avaient le plus souvent dix à douze ans et la fracture de l'olécrâne, sauf une fois, n'était pas isolée; elle s'accompagnait de fracture du col du radius (1 fois), une autre fois, de luxation complète du coude en arrière, trois fois enfin, de fracture du condyle externe, mais sans déplacement (fig. 1). Nous avons pu sur le cadavre reproduire expérimentalement le décollement épiphysaire de l'olécrâne en forçant l'extension du coude et en imprimant en même temps à l'avant-bras un mouvement d'abduction forcée. Mais il faut retenir qu'en règle générale, les fractures de l'olécrâne ne sont *pas fréquentes chez les jeunes sujets*, qu'elles ne sont *pas des décollements épiphysaires*, mais des fractures *plus ou moins obliques*, *associées souvent à des fractures des autres os du coude*, enfin qu'elles sont dues à un *traumatisme direct*.

Reconnaître ces fractures est chose aisée; et ce n'est point le lieu d'insister sur les signes physiques qu'elles présentent. Disons seulement que le gonflement des parties molles et surtout l'épanchement sanguin intra-articulaire peuvent acquérir un volume assez notable pour gêner l'exploration : de plus, l'absence de déplacement étant la règle dans ces fractures plus ou moins obliques, c'est surtout à la douleur localisée et à l'impotence fonctionnelle qu'on reconnaîtra l'existence d'une brisure de l'os. L'erreur de diagnostic, la plus facile à commettre, consiste à croire à une fracture du condyle interne de l'humérus, mais nous verrons tout à l'heure que ces fractures sont rares, et d'ailleurs leur niveau est plus élevé, le déplacement du fragment est plus marqué; j'ai à peine besoin d'ajouter que la radiographie lèvera tous les doutes; l'examen à l'écran ne peut pas fournir de renseignements assez précis dans une région articulaire aussi compliquée que le coude, la radiographie seule permet l'interprétation exacte d'une lésion traumatique déjà constatée par le clinicien. Le mieux est de disposer l'ampoule au-dessus du coude étendu, dont la face postérieure est couchée sur la plaque sensible, de façon à obtenir une image des os dans un plan frontal; le résultat obtenu sera satisfaisant, même si l'extension du coude reste très limitée, ce qui est la règle en pareil cas. Une autre radiographie, représentant les os dans un *plan sagittal*, c'est-à-dire le coude appuyé par son côté interne sur la plaque sensible, complètera avantageusement, dans la plupart des cas, les données offertes par la radiographie *frontale*.

Le traitement est simple. Si la fracture oblique ou transversale ne présente pas de déplacement appréciable, nous conseillons le *massage* immédiat, répété quotidiennement et suivi à chaque séance d'une légère mobilisation. La réparation de la fracture est très prompte; en quinze jours, la consolidation est effectuée; au bout de vingt jours, vingt-cinq au plus, on assiste à la restitution complète des fonctions du coude. Si les fragments présentent un certain degré d'écartement, il est préférable de maintenir pendant quelques jours le coude fléchi à 110 ou 120 degrés (pas plus) dans une écharpe, en rapprochant au besoin avec des bandelettes de diachylon en 8 de chiffre les deux fragments séparés; au bout de six à huit jours au plus, on commencera le massage suivi d'une mobilisation prudente. Il importe peu que le cal soit fibreux, du moment qu'il est court; l'essentiel est que les muscles péri-articulaires reprennent leur volume primitif et que l'articulation soit vite débarrassée de son épanchement sanguin : le massage précoce permet seul d'obtenir ce résultat.

Les *fractures du col du radius* offrent à peu près la même fréquence que les fractures de l'olécrâne dans notre statistique (5 cas). Le fait est d'autant plus intéressant à noter que Cooper a nié l'existence des fractures du col du radius, que Voillemier, Coulon ne les ont jamais rencontrées, que Malgaigne et Hamilton n'en ont vu chacun que deux ou trois pièces anatomiques et toujours lors de fractures comminutives du coude. Malgaigne ajoute que la plupart des cas de fractures du col radial constatés par le seul examen clinique sur le vivant doivent être, chez les enfants surtout, des *subluxations de la tête radiale* par traction et pronation forcée de l'avant-bras; ces subluxations se produisent assez fréquemment, quand on cherche à retenir un enfant qui tombe, ou qu'on le soulève par le poignet pour le faire monter sur un trottoir. Nous avons constaté personnellement cinq cas de fractures du col du radius : dans un cas,

il y avait en même temps fracture de l'olécrâne, dans l'autre, fracture de l'épitrochlée (fig. 2).

Tous nos sujets étaient des garçons âgés de *dix à douze ans*. Nous ne saurions dire avec précision quel est le mécanisme de cette fracture ; nous n'avons pu la reproduire expérimentalement et les auteurs diffèrent sur le mode de production. Les uns, avec Bardenheuer, croient seulement à une violence indirecte, telle que chute sur le talon de la main, l'avant-bras étant légèrement fléchi en pronation, parce que le col du radius est trop profondément situé et trop bien protégé par les muscles épicondyliens : d'autres, avec Hoffa, croient au contraire à l'influence d'un choc direct, tel qu'un violent coup de bâton ou une chute sur le côté externe du coude. Il ne nous a pas paru que cette dernière étiologie fût la plus fréquente, et, si nous en croyons nos observations personnelles, c'est à la *violence indirecte*



Fig. 2. — Fracture du col du radius et de l'épitrochlée.

qu'il faudrait accorder la prépondérance. Quoi qu'il en soit, le trait de fracture est constant, transversal, situé *juste au niveau du col*, bien au-dessous du point épiphysaire de la tête radiale qui forme seulement la petite portion articulaire de cette tête ; il *ne s'agit* dans aucune de nos observations d'un *décollement épiphysaire*, contrairement à l'assertion de Hoffa. Le fragment diaphysaire est entraîné par le tendon bicipital en haut, en avant et un peu en dedans ; dans aucun cas, nous ne l'avons vu perdre entièrement contact avec le fragment supérieur.

Une pareille fracture n'est pas toujours aisée à reconnaître, parce que les fragments sont profondément situés sous les masses musculaires, parce que la crépitation ou la mobilité anormale sont le plus souvent impossibles à obtenir. En présence d'un gonflement assez localisé à la région externe du coude, le chirurgien doit, dès l'abord, explorer avec le plus grand soin le radius et chercher à sentir rouler sous les doigts la tête de cet os. S'il y a fracture, la palpation à ce niveau est très douloureuse, et la recherche des mouvements provoqués de pronation et de supination arrache des cris au malade, ces mouvements restent très limités : enfin, on voit quelquefois, on sent plus souvent, une saillie osseuse à la partie antérieure du coude. On arrive ainsi à éliminer la fracture du condyle externe de l'humérus, mais si l'on reconnaît l'existence d'une lésion de l'extrémité supérieure du radius, on ne peut guère en revanche préciser davantage. S'agit-il d'une luxation en avant de la tête radiale ? Cette luxation isolée n'est point fréquente, elle se produit plus communément en même temps qu'une fracture du cubitus au tiers supérieur. S'agit-il plus simplement d'une de ces subluxations du radius assez fréquentes chez les enfants qu'on soulève violemment par le poignet? Ici le diagnostic est facile, l'attitude de l'avant-bras tombant en pronation exagérée est caractéristique. Au cas même où une crépitation franchement osseuse aurait pu être perçue, quelle est la partie du radius fracturée? La réponse n'est point aisée. Les fractures de la tête radiale s'observent assez souvent, au moins chez les adultes, dans les traumatismes graves du coude. D'autre part, Hahn, Kocher ont décrit des « fractures partielles de la rotula », c'est-à-dire des fractures de la portion articulaire du condyle huméral, des sortes de « décalottements » de ce condyle qui limitent la supination et la rendent très douloureuse. Il faudra le plus souvent recourir à la radiographie pour affirmer le diagnostic.

La marche des fractures du col du radius est des plus simples. Dans tous nos cas (sauf un qui n'avait pas été traité par nous), la consolidation s'est effectuée normalement, et le retour des mouvements du coude, même les mouvements de supination et de pronation, a été complet, en dépit de la persistance du déplacement des fragments. Il est absolument illusoire de vouloir maintenir exactement en place les fragments par un bandage quelconque ; si ingénieusement compliqué que soit ce dernier, il n'aura jamais de prise sur ces fragments situés profondément sous les muscles épicondyliens. Il n'y a qu'un traitement : le *massage immédiat et la mobilisation*. Le résultat est absolument parfait, c'est à peine si, dans l'avenir, on peut reconnaître l'existence de la fracture ancienne à une légère dépression sur le côté externe de l'avant-bras.

Nous dirons peu de choses de la *fracture de l'apophyse coronoïde*. Nous en avons observé un cas avec luxation en arrière du radius et du cubitus : le trait de fracture avait détaché le coroné à sa base. Le diagnostic de cette fracture est assez difficile et si l'on reconnaît une crépitation osseuse malgré le gros gonflement de la région, on est porté à l'attribuer à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il faut réduire sous chloroforme la *luxation des os de l'avant-bras* qui accompagne le plus souvent cette fracture et maintenir exactement la réduction par une immobilisation de deux semaines dans un appareil plâtré à angle droit.

III

Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Nous arrivons maintenant aux vraies fractures du coude chez les jeunes sujets, aux *fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus*. Nous avons déjà signalé leur fréquence extrême et avant de décrire leurs variétés multiples, nous devons rappeler en quelques mots l'ossification de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Jusqu'au commencement ou au milieu de la deuxième année, l'épiphyse humérale inférieure est tout entière cartilagineuse. Dans le cours de la deuxième année, apparaît le premier point osseux, le point du *condyle externe*. Il prend un développement assez grand et assez rapide, et forme, dès l'âge de quatre ans, la *lèvre externe de la trochlée*.

A cette époque, souvent plus tard, à six ans, apparaît un point osseux *épitrochléen* qui reste distinct pendant douze ans et plus.

A l'âge de onze à douze ans, un point spécial, dit *trochléen*, commence à apparaître, qui formera la *lèvre interne de la trochlée* et se soudera, vers l'âge de dix-neuf ans, au point condylien primitif.

En même temps que le point trochléen, quelquefois plus tôt, à neuf ou dix ans, apparaît le point osseux *épicondylien*, qui se soude de quinze à vingt ans au point condylien.

Ce qu'il importe de noter, c'est que, *entre le point trochléen et le point épitrochléen, la diaphyse s'avance en coin* pour participer à la formation de l'extrémité inférieure de l'humérus



Fig. 3. — Ossification de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'épitrochlée a subi un décollement épiphysaire.

(fig. 3). Cette disposition, sur laquelle a insisté autrefois M. le professeur Farabeuf, explique l'impossibilité d'un décollement en masse de l'épiphyse inférieure de l'humérus après l'âge de trois ou quatre ans. Chez le nouveau-né, Curtillet a toujours déterminé par une extension forcée un décollement parfait. Nous-même avons obtenu ce résultat sur un très grand nombre de cadavres, jusqu'à l'âge de trois ans et demi, soit par une extension forcée du coude, soit par une abduction exagérée de l'avant-bras dans l'extension avec supination (fig. 4).

Quoi qu'il en soit, à partir de l'âge de quatre ans, on n'observera plus de disjonctions de l'épiphyse humérale inférieure, mais seulement des disjonctions isolées des points épiphysaires épitrochléen et condylien, exceptionnellement du point épicondylien. L'ostéogénèse de l'extrémité inférieure de l'humérus le faisait prévoir. Nous devons ajouter que, *même avant quatre ans, nous croyons, sur le vivant, très rare le décollement en masse de l'épiphyse humérale inférieure.* Nous avons relaté dans notre thèse 10 observations de fractures au-dessous de quatre ans. Sur ces 10 enfants, 5 ont des fractures du condyle externe, 3, dont une fillette de



Fig. 4. — Décollement de l'épiphyse humérale inférieure obtenu expérimentalement sur un cadavre d'enfant de deux ans.

deux ans et demi et une autre de vingt-deux mois, ont des fractures supra-condyliennes typiques. Il reste deux enfants âgés de dix-huit mois et de deux ans et demi, dont les fractures se rapprochent le plus du décollement en masse de l'épiphyse humérale inférieure. Même dans ces deux cas, le décollement s'accompagne d'un arrachement partiel de la diaphyse.

Il y a longtemps déjà que Richet disait : « Le décollement de l'épiphyse humérale inférieure n'est jamais simple, il est toujours accompagné d'un arrachement plus ou moins étendu de la substance osseuse, ce qui constitue en définitive une véritable fracture (1). »

Les symptômes et le traitement de ces sortes de fractures ne diffèrent en rien de la fracture supra-condylienne dont nous allons parler. Aussi n'insisterons-nous pas sur cette variété.

Nous pouvons dire en résumé *que le décollement en masse de l'épiphyse humérale inférieure,* possible seulement jusqu'à quatre ans, *se rencontre exceptionnellement* après cet âge ; les disjonctions épiphysaires que l'on a l'occasion d'observer, sont en première ligne celles de l'*épitrochlée.* C'est la variété de fracture constante pour cette saillie osseuse, jusqu'à l'âge de quinze ans environ. En seconde ligne viennent les disjonctions épiphysaires du *condyle externe*, celles-ci rares. Le trait de la fracture du condyle est en général supérieur et parallèle au cartilage jugal de cet os, en pleine diaphyse par conséquent; mais il peut emprunter partiellement la ligne épiphysaire. Enfin, exceptionnellement et sous la forme épiphysaire seule probablement, on pourrait observer une fracture de l'*épicondyle.* Gurlt, Bardenheuer, ont vu des pièces de cette fracture chez l'adulte; nous-même avons recueilli deux observations chez des garçons de huit et neuf ans.

Le développement de l'extrémité inférieure de l'humérus est achevé vers l'âge de dix-huit à vingt ans. Il est des sujets chez lesquels les points épicondylien et épitrochléen restent isolés toute la vie; certaines fractures limitées à ces saillies chez l'adulte doivent être vraisemblablement attribuées à cette disposition.

(1) Richet. *Anat. méd.-chirurg.*, 2e édit., 1860, p. 9́6.

IV

Classification. — Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus comprennent plusieurs variétés que nous classerons ainsi par ordre de fréquence (fig. 5) :

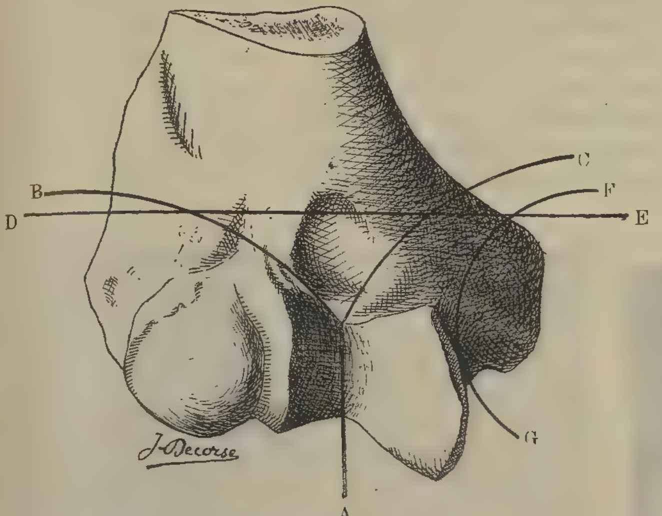


Fig. 5. — Les principales variétés de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus (schéma d'après Kocher). — A B, fractures du condyle externe ; — A C, fractures du condyle interne ; — D E fractures supra-condyliennes ; — F, G, fractures de l'épitrochlée ; — A, B, C, fractures en Y.

1. Fractures du condyle externe, comprenant en général l'épicondyle, le condyle huméral articulaire et la lèvre externe de la trochlée.

2. Fractures sus-condyliennes transversales (Malgaigne) ou supra-condyliennes (Hoffa, Kocher), détachant toute l'extrémité inférieure de l'humérus au-dessus de la ligne épicondylo-épitrochléenne.

3. Fractures de l'épitrochlée, toujours observées à l'état de décollement épiphysaire chez les jeunes sujets.

Telles sont les *variétés principales ;* on rencontre si rarement les autres dans le jeune âge que nous les énumérons dans un ordre quelconque :

Fractures en T ou en Y ou en V, fractures *sus-condylo-intercondyliennes*, dans lesquelles il part du trait transversal sus-condylien un trait vertical entre les deux condyles, externe et interne ; nous rangeons dans ce groupe les fractures dites *comminutives*.

Fractures du condyle interne (trochléennes obliques internes de Denucé, fractures en coin du condyle interne de Reynes). Nous croyons ces fractures plus rares encore qu'on ne l'a supposé jusqu'ici ; car la radiographie nous a montré, à plusieurs reprises, que de prétendues fractures du condyle interne n'étaient autre chose que des fractures du condyle externe, à cal exubérant.

Fractures de l'épicondyle, observées à l'état de décollement épiphysaire. Ces fractures isolées sont exceptionnelles chez l'adulte, très rares chez l'enfant, et dans la pratique, il ne faut songer qu'aux fractures du condyle externe.

Fractures de la portion articulaire ; ce groupe comprend :

a. La fracture *diacondylienne* (de Kocher), dont le trait traverse les condyles le long du rebord cartilagineux au-dessous des épicondyles ; Kocher l'a observée chez de très jeunes enfants de deux à cinq ans ; nous n'avons point constaté personnellement cette fracture, mais nous retirons de la lecture du travail de Kocher cette conviction qu'il s'agit, en somme, d'une fracture supra-condylienne, bas située et sans déplacement.

b. La fracture *partielle par éclatement* du condyle huméral ou fracture *de la rotula* des Allemands ; c'est une sorte de « *décalottement* » *du condyle* huméral, lésion rare, observée par Hahn, Kocher, Steinthal.

c. La fracture *isolée de la trochlée*, dont nous n'avons trouvé publié qu'un seul cas sans vérification anatomique, celui de Laugier.

Il existe, en somme, trois variétés principales de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus : les fractures du condyle externe, les fractures supra-condyliennes et les fractures de l'épitrochlée. Ce sont ces trois variétés que nous aurons surtout en vue dans notre description.

V

Anatomie pathologique. — Les fractures du condyle externe sont *très rarement des disjonctions épiphysaires* (6 fois sur 39 cas) ; le fragment détaché comprend en général *l'épicondyle, le condyle externe et la lèvre externe de la trochlée, en partie ou en totalité ;* l'ostéogénèse de l'extrémité inférieure

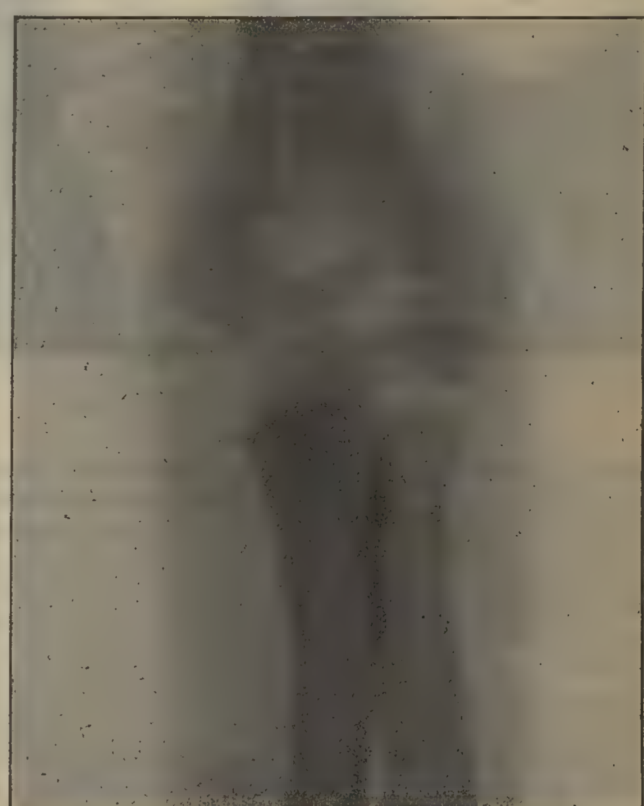


Fig. 6. — Fracture classique du condyle externe.

de l'humérus explique suffisamment la raison d'être de ce fait. Le trait de fracture est donc, en général, oblique en bas et en dedans ; commençant sur le bord externe de la diaphyse humérale au-dessus de l'épicondyle, il suit un trajet *oblique, parallèle et supérieur au cartilage épiphysaire*, qu'il peut intéresser partiellement, pour aboutir à la gorge de la trochlée humérale (fig. 6). Tantôt le fragment est à peine

déplacé, un peu plus saillant en dehors seulement, c'est ce qui a lieu dans les simples disjonctions épiphysaires; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le fragment, attiré par les muscles épicondyliens, se porte en bas et en dehors. Le *déplacement en dehors* est le plus constant de tous; il est parfois unique, mais le plus souvent combiné avec un déplacement en bas ou en arrière, ou beaucoup plus rarement en avant. On a vu ce fragment effectuer une rotation de 90 degrés (fig. 7), présentant ainsi sa surface articulaire en haut et en avant, ou même une rotation de 180 degrés (Kocher).

La fracture *supra-condylienne* présente un trait au-dessus de la ligne épicondylo-épitrochléenne; ce trait, considéré dans un plan frontal, n'est pas rigoureusement transversal en règle générale. Dans le sens antéro-postérieur, il est à peu près constamment *oblique de haut en bas et d'arrière en avant;* le fragment inférieur, taillé en biseau aux dépens de sa face antérieure, est attiré par le muscle triceps et remonte derrière le fragment diaphysaire, avec les deux os de l'avant-bras (fig. 8). Kocher semble attribuer une égale fréquence au trait de fracture supra-condylien dirigé en sens inverse, c'est-à-dire oblique de haut en bas et d'avant en arrière; Gurlt croit même cette disposition plus fréquente que la précédente. Tel n'est point notre avis. Sur plus de



Fig. 7. — Fracture comminutive du condyle externe.



Fig. 8. — Fracture supra-condylienne consolidée. Le fragment inférieur est resté déplacé en arrière.

40 cas, nous avons toujours vu le trait de fracture dirigé obliquement en bas et en avant, et nous pensons que c'est la direction typique du trait de fracture supra-condylien, au moins chez les enfants. Ce qui est vrai, c'est que le fragment inférieur n'est pas toujours remonté derrière le supérieur, et qu'il existe des cas, rares il est vrai, — mais ils existent, — où le fragment inférieur reste au contact du fragment diaphysaire. En revanche, on peut voir le fragment inférieur basculer complètement en arrière, au point de présenter en avant sa surface fracturée, ou même pivoter autour de son axe, de telle sorte que l'épitrochlée, par exemple, regarde directement en avant.

Les *fractures de l'épitrochlée sont constamment des disjonctions épiphysaires*, au-dessous de l'âge de vingt ans (fig. 3). Dans certains cas, le déplacement manque (6 fois seulement sur 22); le plus souvent le fragment épitrochléen subit un déplacement notable en bas et en dedans. Il peut descendre contre l'interligne articulaire, sur le côté interne de l'apophyse coronoïde, quelquefois même entre la trochlée et cette apophyse.

Dans les variétés que nous venons de décrire, on peut constater que le sens du déplacement des fragments, aussi bien que la direction du trait de fracture, obéissent à certaines règles fixes qu'il est facile de retenir. Mais il ne faut point oublier qu'il peut exister, concurremment avec ces déplacements de fragments huméraux et indépendamment d'eux, des déplacements variables des deux os de l'avant-bras, luxations en arrière, ou luxations en arrière et en dehors, en arrière et en dedans. Tantôt c'est le radius seul qui est luxé; tantôt le radius entraîne également le cubitus dans son déplacement. La luxation de ces os en avant est exceptionnelle.

Dans les fractures supra-condyliennes, on n'observe que rarement la luxation des os de l'avant-bras; le plus souvent le radius et le cubitus restent unis au fragment inférieur de l'humérus avec lequel ils remontent derrière le fragment diaphysaire. Au contraire, dans les fractures du condyle externe à grand déplacement, la luxation du radius seul ou du radius et du cubitus en arrière et en dehors semble être un fait constant. On conçoit quel obstacle ces déchirures ligamenteuses peuvent apporter à la contention des fragments.

VI

Étiologie. — Il résulte de nos observations cliniques et de nos expériences cadavériques que *la cause* la plus fréquente des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus paraît être la *chute sur la paume de la main*, le bras étant étendu ou fléchi. Rarement, il s'agit d'un choc direct sur le coude, cette dernière cause semble intervenir surtout dans les fractures en T, dans quelques fractures du condyle externe.

Les fractures supra-condyliennes semblent résulter d'une chute sur la paume de la main, le bras étendu; les fractures du condyle externe, d'une chute sur la paume de la main, l'avant-bras à demi fléchi et porté en adduction; les fractures de l'épitrochlée, d'une chute du même ordre, mais l'avant-bras étendu et porté en abduction; en somme hyperextension forcée pour les fractures supra-condyliennes, abduction forcée pour les fractures de l'épitrochlée, adduction forcée pour celles du condyle externe.

Deux mécanismes différents doivent intervenir dans la production des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus; ces mécanismes restent isolés ou se combinent entre eux : d'une part, la *pression du « coin sigmoïdien »* qui nous semble jouer un rôle prépondérant (fractures supra-condyliennes, fractures du condyle externe); d'autre part, l'*arrachement ligamenteux* (fractures de l'épitrochlée, (« Abrissfraktur » des Allemands), — fractures de l'épicondyle, — peut-être fractures du condyle externe. (*A suivre.*)

TRAITEMENT DES RÉTENTIONS AIGUES ET CHRONIQUES

Dans une thèse récente (1), M. Brin, s'inspirant des sages conseils de M. le professeur Guyon, montre bien les indications et les avantages du cathétérisme dans l'hypertrophie prostatique, cathétérisme trop souvent délaissé dans les cas difficiles au profit de certaines opérations d'une innocuité relative.

Les rétentions aiguës peuvent se diviser en deux groupes suivant qu'elles peuvent ou non être guéries par le cathétérisme. Dans le premier cas, le cathétérisme doit être soumis à certaines règles que l'auteur précise.

Après avoir pratiqué l'exploration du canal avec l'explorateur à boule, on pourra choisir la sonde la plus convenable. Dans la plupart des cas la sonde molle Nélaton, en caoutchouc vulcanisé, remplira les conditions voulues. Mais, en cas d'échec, il ne faut pas prolonger des tentatives qui peuvent léser le canal et devenir une cause d'infection. Les sondes droites, en gomme, pourront alors être employées.

Si la prostate est par trop déformée et hypertrophiée, il faut en venir aux sondes à béquille. « D'une façon générale, il faut choisir la sonde béquille à courbure douce et à bec court. Si la région prostatique est très allongée, on emploiera encore la courbure douce mais avec un bec plus long. Enfin, si l'obstacle prostatique est infranchissable à l'explorateur, il faudra se servir d'un bec court à coudure plus brusque. »

En cas d'échec persistant on pourrait encore en venir aux sondes bicoudées, ou aux instruments à grande courbure.

Mais de toutes façons, il faut ne pas négliger quelques points sur lesquels insiste le professeur Guyon :

Vérifier la solidité de la sonde Nélaton, rejeter toute sonde éraillée ou irrégulière. Aller avec une extrême prudence lorsqu'on se sert d'une sonde métallique ou à mandrin.

Quant à l'évacuation, elle doit se faire « lentement, progressivement, incomplètement » (Guyon). Si l'urine est normale, on en laisse une certaine quantité dans la vessie; si elle est rouge ou purulente, il faut lui substituer 150 à 200 grammes d'eau boriquée à 4 p. 100 que l'on abandonne dans la vessie. Dans la suite on répète le cathétérisme, mais en ville, on a avantage à laisser une sonde à demeure.

L'auteur termine par ces conclusions : « Dans le cas d'impossibilité réelle du cathétérisme, la ponction doit être essayée, sauf contre-indications. On doit la considérer comme un moyen d'attente qui permettra toujours l'introduction secondaire de la sonde;

La ponction est contre-indiquée dans les cas où la vessie est infectée. Elle serait dangereuse et insuffisante.

La cystostomie est alors indiquée primitivement. Elle l'est secondairement quand les ponctions répétées ont marqué leur impuissance à décongestionner la prostate.

La rétention incomplète sans distension relève du cathétérisme répété jusqu'à ce que la vessie n'ait plus de résidu.

La rétention incomplète sans distension est justiciable, suivant les cas, du cathétérisme répété ou de la sonde à demeure. »

(1) Thèse de Paris, 1898. Carré et Naud, édit.

BLENNORRAGIE CHEZ UN ENFANT DE TROIS ANS

Par M. le docteur Louis Rouher (d'Artonne).

Si la vulvo-vaginite gonococcique est fréquente chez les petites filles, la blennorragie chez le petit garçon est beaucoup moins commune. C'est pourquoi j'ai cru devoir vous communiquer l'observation suivante, intéressante au point de vue du mode de contagion.

Le 27 novembre 1898, j'étais appelé dans un village pour un enfant de trois ans qui, au dire de la mère, n'avait pas uriné depuis trois jours.

J'arrivais dans une masure où grouillaient, dans une seule pièce, des ivrognes, des filles et des enfants. Dans cette pièce, deux lits où couchent le père, la mère et cinq ou six enfants.

Dans l'un était le jeune malade, que je trouvai avec la verge œdématiée et du pus sortant de l'urèthre. Quant à la prétendue rétention d'urine, elle n'était que relative; mais l'enfant urinait le moins possible, pour éviter la douleur que lui causait la miction.

Pendant que je l'examinais, on me montra un deuxième enfant de six ans, qui avait de la peine à uriner depuis un mois. En pressant sur la verge de ce dernier, je fis sortir quelques gouttes de muco-pus.

Le diagnostic de blennorragie s'imposait; mais d'où venait l'inoculation? Tel est le point d'interrogation que je me posais et qui fut résolu à mon retour par mon domestique. Ce dernier m'apprit que, la veille, on avait célébré le mariage de la fille aînée qui, selon son expression, « avait roulé dans toutes les maisons de Riom, » et avait accordé toutes espèces de privautés, le soir même de son mariage, à trois individus, pendant que le mari sacrifiait à Bacchus.

Je n'avais plus entendu parler de mon malade, lorsque, le 14 décembre, je vis arriver le pauvre diable de mari, avec une superbe chaude-pisse datant de huit jours.

La contagion venait certainement de la jeune mariée, qui a dû coucher, vu la promiscuité du milieu, dans le même lit

que ses frères; et les objets de literie auraient servi d'intermédiaire. Il se pourrait que, en vertu du préjugé populaire que le coït avec une personne vierge guérit des maladies vénériennes, la fille en question ait abusé de l'un d'eux. (*Le Centre médical.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'ichthyol dans le prurit vulvaire des femmes enceintes.

Le docteur Doizy, dans l'*Écho médical de Lyon*, recommande l'usage de l'ichthyol, soit :

En pommade :

Ichthyol	15	grammes.
Vaseline	100	—

En solution :

Ichthyol	10	grammes.
Eau	100	—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

MM. PICQUÉ et **BAZY** reviennent sur la question du diagnostic souvent difficile du début de l'appendicite; ils estiment qu'en présence de l'impossibilité du pronostic, il convient d'intervenir aussitôt le diagnostic posé d'une façon ferme.

M. TUFFIER reconnaît, avec ses collègues, qu'il est souvent très difficile d'avoir un diagnostic ferme dès le début; c'est ainsi que, tout récemment, dans un cas où tout portait à croire à une appendicite, au point que l'opération fut décidée et pratiquée, la marche ultérieure des accidents montra qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde. Pour en revenir à l'appendicite, même alors que la température reste basse, si le pouls est fréquent il ne faut pas hésiter à intervenir.

M. MONOD avait vu, avant M. Tuffier, la malade dont il vient de parler; il avait affirmé qu'il ne s'agissait pas d'une appendicite et s'était refusé à toute opération.

M. PEYROT a opéré 132 cas d'appendicite, dont 71 hommes et 61 femmes. D'accord avec ses collègues, il considère l'opération à froid comme absolument bénigne. Sur 26 cas, il n'a eu qu'un décès qui, certainement, n'est pas attribuable à l'opération. Restent 76 malades opérés au cours d'appendicites aiguës; sur ce nombre, M. Peyrot compte 23 cas de péritonite généralisée, sur lesquels il doit encore se féliciter d'avoir obtenu 3 guérisons. Donc, dans sa pratique particulière, M. Peyrot a eu 23 péritonites généralisées sur 102 cas d'appendicite. Il trouve cette proportion effrayante; il n'est pas douteux, pour lui, que si ces 23 malades avaient pu être opérés dès le début des accidents, la mortalité eût été presque nulle. La règle idéale serait donc, à n'en pas douter, d'intervenir dès les premières heures de la maladie. Il est vrai cependant qu'il y a des malades qui guérissent spontanément par le traitement médical; mais ces malades sont sujets à des rechutes, et il est bien certain qu'il vaut beaucoup mieux pour eux d'avoir, comme on l'a dit, leur appendice dans leur poche.

Il faut donc admettre, comme règle générale, qu'il y a tout avantage à intervenir dans tous les cas et dès le début. Même en cas d'erreur, cette intervention est souvent utile; c'est ainsi que M. Peyrot a opéré une femme de quarante ans qu'il croyait atteinte d'appendicite et chez laquelle il trouva la trompe droite pleine de pus. L'opération a sauvé cette malade. Il est vraiment regrettable que les chirurgiens ne soient pas appelés dès le début auprès des malades atteints d'appendicite; ce sont là, de la part des médecins, des mœurs fâcheuses et des erreurs souvent meurtrières. M. Peyrot se joint donc à MM. Reclus et Dieulafoy pour crier bien haut à tous les médecins qu'aussitôt qu'ils ont reconnu une appendicite ils appellent le chirurgien.

M. Picqué a fait connaître la statistique de Sonnenburg, qui, sur 106 cas opérés à chaud, aurait eu 106 guérisons; cela tendrait à prouver que l'opération faite à chaud n'est pas aussi grave qu'on l'a dit, et M. Peyrot pense qu'il n'y a pas, au point de vue de la gravité opératoire, une différence marquée entre les opérations à chaud et les opérations à froid. Il ne faut donc pas exagérer la gravité de l'intervention à chaud. Ce qu'il importe de savoir avant tout, c'est qu'il y a tout avantage à opérer de bonne heure.

M. Peyrot est d'avis qu'il faut, autant que possible, enlever l'appendice, d'autant plus que lorsque l'on le cherche on ouvre parfois des collections qui auraient échappé. M. Peyrot se résume dans les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite;

2° L'intervention immédiate doit être la règle;

3° L'ablation hâtive de l'appendice est préférable à l'ablation tardive.

M. REYNIER dit que M. Peyrot est un interventionniste de la première heure. Mais il fait remarquer que M. Peyrot a eu affaire, dans sa statistique, à un nombre considérable de péritonites généralisées. Sur les 78 appendicites qu'il a opérées, M. Reynier n'a compté que 9 cas de péritonite généralisée. Sur ces 9 cas, 5 fois il a cru devoir opérer, et ses malades sont tous morts. Quatre fois, trouvant le pouls trop mauvais, la température trop basse, il s'est refusé à toute opération; il s'est contenté de faire des injections de caféine et de sérum, et les malades ont guéri. Quelques jours après il a pu leur enlever leur appendice à froid.

M. QUÉNU déclare que, suivant lui, il ne faut pas mettre au passif des appendicites des malades qui arrivent au chirurgien en pleine péritonite. Il faudrait pouvoir mettre en parallèle les cas d'appendicites aiguës opérées dans les huit ou dix premières heures, avec les cas opérés à froid; il est très probable que pour ces deux catégories de faits, la mortalité serait nulle.

M. TUFFIER pense que l'opération à froid est beaucoup plus difficile que l'opération à chaud, faite dans les premières heures.

M. RECLUS est d'un avis diamétralement opposé et considère l'opération à froid comme étant toujours très facile.

M. ROUTIER demande à dire seulement quelques mots d'un cas tout récent : lundi matin un enfant est pris de vomissements avec 40 degrés de température. Un médecin le voit vers quatre heures, il fait part de ses craintes au point de vue d'une appendicite, il le revoit à sept heures. L'enfant a 40 degrés, 120 pulsations et un point douloureux à droite. Il appelle aussitôt M. Routier, qui opère à minuit; il trouve l'appendice libre, l'enfant a maintenant 37 degrés et 90 pulsations, il peut être considéré comme guéri.

M. HARTMANN tient à insister sur ce fait que tous les malades opérés dans les vingt premières heures ont guéri.

M. KIRMISSON fait observer que les choses se passent à l'hôpital d'une façon bien différente qu'à la ville. Les enfants y sont toujours amenés trop tard, c'est ainsi que, depuis sa dernière communication, quatre enfants ont été transportés dans son service en pleine péritonite généralisée. Ils furent opérés d'urgence par les chirurgiens du Bureau central; tous sont morts. C'est donc un devoir impérieux pour les chirurgiens d'insister auprès des médecins pour qu'ils fassent opérer leurs malades dès le début. Depuis

que M. Kirmisson est à l'hôpital Trousseau, il a reçu ainsi seize enfants atteints de péritonite, qui tous ont été opérés et tous sont morts. Si, dit-il, nous avions eu ces enfants plus tôt entre les mains, nous en aurions certainement guéri un grand nombre. Il faut donc, à tout prix, que cette époque funeste du traitement temporisateur des appendicites cesse.

M. WALTHER, qui a été rangé par M. Chaput parmi les opportunistes, est d'accord avec ses collègues sur les grands avantages de l'intervention dans les vingt-quatre heures; tous les malades qu'il a opérés ainsi dans les premières heures ont guéri. Mais quand il n'est appelé qu'après plusieurs jours, il préfère attendre que les accidents soient calmés pour opérer à froid.

M. PEYROT se joint à M. Kirmisson pour crier bien haut que l'appendicite est une maladie chirurgicale. A l'heure actuelle, beaucoup de malades atteints de cette affection meurent de péritonite, qui eussent été certainement sauvés s'ils avaient été opérés à temps. Or, le meilleur moment pour opérer est le premier moment. Si l'on réunit tous les cas d'opérations faites à chaud, on arrive à une mortalité d'environ 4 p. 100. On est donc en droit de dire que l'opération à chaud ne présente pas beaucoup plus de gravité que l'opération à froid.

COMMUNICATION

Luxations congénitales de la hanche. — M. RICARD s'excuse de sortir de l'appendicite pour parler de trois enfants qu'il a traités de luxations congénitales de la hanche, par le procédé de Lorenz. Dans un premier cas, sur une petite fille de quatre ans, il a obtenu une amélioration sensible, mais non pas la réduction. Chez une petite fille, il a appliqué deux appareils à trois mois de distance et il ne pense pas avoir obtenu de réduction. Mais dans le troisième cas, il a été assez heureux pour obtenir une réduction complète, qu'il espère bien pouvoir maintenir.

M. KIRMISSON engage vivement M. Ricard à suivre sa malade et à en donner des nouvelles dans deux ans.

RAPPORT

Traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales de sérum antitétanique. — M. QUÉNU analyse plusieurs observations adressées par différents confrères et relatives à des cas de tétanos ainsi traités. Cinq premiers cas se sont terminés par la mort; il n'y a eu que deux succès obtenus par M. Villon (de Versailles), qui sont peut-être dus à ce que l'injection a été faite le jour même du début des accidents.

Cependant, M. Chaput a cité un fait dans lequel, bien qu'il soit intervenu le premier jour, le malade est mort.

M. BERGER fait remarquer que, parmi ces observations, il peut s'en trouver dans lesquelles le diagnostic doit être contesté.

Il est, en effet, reconnu que l'efficacité curative de la méthode de Behring doit être considérée comme nulle. Aussi, M. Berger se demande pourquoi, tout en continuant à recourir à cette méthode, on ne revient pas à l'amputation, qui, semble-t-il, pourrait en favoriser les résultats.

M. PEYROT appuie l'opinion de M. Berger; il n'a vu qu'un seul cas de guérison. Il s'agissait d'un malade tombé d'un wagon et qui avait été transporté d'hôpital en hôpital. M. Peyrot ne le vit que huit jours après, alors qu'il avait déjà subi une injection préventive intra-cranienne de sérum antitétanique et qu'il avait été amputé quelques jours après, il fut pris de tétanos. Mais le malade a guéri.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne croit pas que l'amputation ait donné d'assez bons résultats pour qu'on puisse la vanter de nouveau. Nous ne savons rien de précis sur le traitement du tétanos. On en a vu guérir avec le chloral à hautes doses. Le traitement par les injections de sérum s'appuie sur des données physiologiques, mais il n'a pas jusqu'ici donné les résultats qu'on en attendait. C'est donc encore une question à l'étude, au sujet de laquelle on ne saurait émettre de conclusions fermes.

M. CHAPUT a opéré un malade atteint de tétanos externe à la suite d'une plaie de la main, le pouls était à 116. Le malade est mort vingt-quatre heures après l'injection. Dans ce cas, M. Borel n'était pas d'avis que l'on fît l'injection, se basant sur ce fait que, le pouls étant à 116, le bulbe était pris et qu'il n'y avait rien à espérer.

M. RICARD a reçu dans son service de Saint-Louis un malade atteint de tétanos à la suite d'une plaie de l'index de la main gauche. M. Borel, aussitôt appelé, trouvant une température de 37°8, un pouls au-dessous de 100, et l'infection durant depuis plusieurs jours, ne croit pas devoir pratiquer l'injection; quelques jours après, la température étant montée au-dessus de 38, M. Ricard rappela M. Borel, qui pratiqua l'injection intra-cérébrale. La température a continué à monter et le malade est mort trois jours après.

Tout n'est donc pas dit au sujet des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique, et il y a encore à poser les véritables indications de ce traitement.

PRÉSENTATIONS

Fracture de jambe. — M. QUENU présente un malade qui était atteint d'une fracture de jambe au quart inférieur, il l'a traité par l'immobilisation dans un appareil plâtré, avec flexion de la jambe sur la cuisse à angle droit. Ce malade a parfaitement guéri et n'a que deux centimètres de raccourcissement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que c'est là une réédition du plan incliné bien connu.

Actinomycose. — M. LEGUEU présente une malade atteinte d'actinomycose faciale.

Entéro-anastomose. — M. SCHWARTZ présente une malade qui était atteinte d'un anus contre nature à la suite d'une hernie crurale et à laquelle il a pratiqué une entéro-anastomose, par un procédé spécial qui a donné un bon résultat.

Adénome du rein. — M. REYNIER présente un adénome calcifié du rein qu'il a enlevé récemment.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin. (Épreuve du malade) : MM. Gouget 17, Lamy 17, Macaigne 18, Aviragnet 20, Gallois 17, Belin 19.

A partir du dimanche 26 mars courant, le service des consultations externes fonctionnera les dimanches et les jours de fête.

Comme pour les jours ordinaires de la semaine, les portes du service des consultations seront ouvertes à huit heures du matin. Elles seront fermées à neuf heures, heure à laquelle commencent les consultations.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Prix décernés pour l'année scolaire 1897-1898 :

1° *Legs Trémont.* Ce legs, de la valeur de 1 000 francs, a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs. — 2° *Prix Barbier.* Quatre appareils ou instruments et deux ouvrages ont été présentés. La Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les encouragements suivants : 300 francs à M. Wulfing-Luer, pour sa seringue à injections hypodermiques; 200 francs à M. le docteur Mahu, pour son cornectitome nasal. L'excédent (1 500 francs) a été attribué à la

Bibliothèque de la Faculté, conformément aux dispositions du legs. — 3° *Prix Chateauvillard*. Dix ouvrages ont été présentés. La Faculté a décidé de partager le prix ainsi qu'il suit : 1200 fr. à M. le docteur Zambaco pacha, pour son ouvrage intitulé : « Les lépreux ambulants de Constantinople ; » 400 francs à M. le docteur Rénon, pour son étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme ; 400 francs à M. le docteur Le Double, pour son ouvrage intitulé : « Variations du système musculaire de l'homme. » — 4° *Prix Corvisart*. Le sujet proposé pour le concours était ainsi conçu : « Pneumonie des buveurs ». Ce prix, qui consiste en une médaille de vermeil et 400 francs, n'est pas attribué cette année ; aucun candidat ne s'est fait inscrire. La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1899 serait : « De la péritonite des cirrhotiques. » — 5° *Prix Montyon*. Ce prix, qui consiste en une somme de 700 francs, n'est pas attribué cette année, aucun candidat ne s'est fait inscrire. — 6° *Prix Jeunesse* (hygiène). Sept mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé de partager le prix de la manière suivante : 500 francs à M. le docteur Ferré, pour son mémoire sur l'hygiène d'une maternité (assainissement économique) ; 400 francs à MM. les docteurs Bordas, Laroche et Rackowsky, pour leur ouvrage sur l'assainissement spontané des cours d'eau ; 300 francs à M. le docteur Chastang, pour son travail intitulé : « Nos pêcheurs d'Islande ; » 300 francs à M. le docteur Cury, pour son travail sur l'hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière. La Faculté a, en outre, attribué une mention honorable à MM. Burot et Legrand, pour leur publication sur les troupes coloniales. — 7° *Prix Béhier*. Le sujet proposé pour le concours était : « Des infections secondaires consécutives à la tuberculose pulmonaire. » La Faculté a décidé que le prix serait décerné à M. le docteur Pierre Teissier. — 8° *Prix Lacaze* (fièvre typhoïde). Le prix est décerné à M. le docteur Widal, agrégé de la Faculté, pour sa méthode (le séro-diagnostic) permettant de faire à coup sûr le diagnostic de la fièvre typhoïde. — 9° *Prix Saintour*. Le sujet proposé pour le concours était : « De l'urémie lente. » Un seul mémoire a été présenté. La Faculté a décidé que le prix serait attribué à M. Castaigne, interne des hôpitaux. La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1899 serait : « De l'insuffisance hépatique. »

10° *Thèses récompensées*. — 1° Médailles d'argent : MM. Carnot, Fournier, Funck, Jolly, Kuss, Labbé, Le Masson, Lorrain, Portier, Vanverts ;

2° Médailles de bronze : MM. Bachimont, Barozzi, Bonnus, Bratiano, Bureau, d'Arbois de Jubainville, d'Avellar, Deyber, Guinard, Jacob, Josué, Lapointe, Mahu, Posth, Richaud, Robinot, Sersiron, Terrien, Vermorel, Weber ;

3° Mentions honorables : MM. Anghelescu, Ballet, Baraduc, Brosset, Chabry, Ducroquet, Dufour, Duvernoy, Fouineau, Galca, Garin, Guédj, Guessarian, Hyenne, Lévi, Nass, Page, Pley, Rabé, Villière.

— Par décret, en date du 7 mars 1899, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur : M. Fossard, médecin de première classe de marine ; seize ans huit mois de services, dont dix ans six mois à la mer. S'est particulièrement distingué pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi au port de Cherbourg.

M. Gouzer, promu médecin principal, est maintenu dans son nouveau grade au port de Brest.

— *Distinctions honorifiques*. — Par décret, en date du 4 mars 1899 et par arrêté ministériel en date du même jour, a été nommé chevalier du Mérite agricole :

M. le docteur Félix Brémond, publiciste à Paris, président du syndicat de la presse scientifique. Collaborateur à divers journaux agricoles. Publications à l'occasion du concours général agricole, à Paris.

— *Corps de santé de la marine*. — MM. Guitton, médecin de première classe au 7e régiment d'infanterie de marine à Rochefort ; Barot, médecin de deuxième classe au 1er régiment à Cherbourg, et Foucheraud, médecin de deuxième classe au 3e régiment à Rochefort, sont désignés pour remplacer au régiment de tirailleurs soudanais MM. Sévère, médecin de première classe ; Roquemaure et Prouvost, médecins de deuxième classe, qui termineront, en avril prochain, une période de séjour colonial, et qui seront affectés, le premier, au 2e régiment à Brest ; le second, au 1er régiment à Cherbourg, et le troisième, au 3e régiment à Rochefort.

M. Avrillaud, médecin de deuxième classe au 2e régiment d'infanterie de marine à Brest, est désigné, sur sa demande, pour continuer ses services au 7e régiment de l'arme à Rochefort, en remplacement de M. le docteur Guitton qui a reçu une destination coloniale.

M. Sisco, médecin de deuxième classe aux troupes en Calédonie, et promu au grade de médecin de première classe, est affecté au service général à Rochefort.

M. Prigent, médecin de deuxième classe au 2e régiment d'artillerie à Brest, est désigné pour servir aux troupes en Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. le docteur Sisco.

— *Faculté de médecine de Paris*. — Les travaux pratiques obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'été, sont :

DOCTORAT. — *Nouveau régime*. — Première année : Histologie, physiologie. — Deuxième année : Physique biologique, histologie, physiologie. — Troisième année : Chimie pathologique, médecine opératoire.

Ancien régime. — Deuxième année : Histologie, physiologie. — Troisième année : Physiologie. — Quatrième année : Médecine opératoire.

OFFICIAT. — Deuxième année : Physiologie. — Troisième année : Physiologie. — Quatrième année : Médecine opératoire.

Ces travaux auront lieu, à partir du 14 mars 1899, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

1° Physique biologique : Sous la direction de M. Weiss, agrégé, chef des travaux ; lundi, mercredi et vendredi, de une heure à trois heures.

2° Histologie : Sous la direction de M. Retterer, agrégé, chef des travaux ; lundi et mercredi, de neuf heures à onze heures du matin, pour les élèves de première année ; — jeudi et samedi, de une heure à trois heures, pour les élèves de deuxième année.

3° Physiologie (démonstrations pratiques) : Sous la direction de M. Laborde, membre de l'Académie de médecine, chef des travaux ; mardi, jeudi et samedi, de neuf heures à dix heures, et de dix heures et demie à onze heures et demie du matin, pour les élèves de première année ; lundi et vendredi, de trois heures à quatre heures, pour les élèves de deuxième année (salle de démonstrations de physiologie, à l'École pratique).

4° Chimie pathologique : Sous la direction de M. Hanriot, agrégé, chef des travaux ; mardi, jeudi et samedi, de une heure à trois heures, à l'École pratique.

5° Les exercices pratiques du cours de médecine opératoire auront lieu tous les mercredis, à quatre heures, au pavillon n° 1 de l'Ecole pratique (voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 214).

MM. les étudiants seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription de janvier 1899 (deuxième et sixième : nouveau régime ; sixième et dixième : ancien régime). Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription d'avril, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel ; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

— *Asile de Villejuif*. — Clinique psychiatrique, service de M. Toulouse. Le vendredi à neuf heures et demie, visite dans les salles ; conférences cliniques au lit des malades. — Tramway Châtelet-Villejuif ; trajet : une heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 30. — MARDI 14 MARS 1899. 72e ANNÉE. MARDI 14 MARS 1899. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 mars 1899.

L'huile phosphorée paraît être une préparation aussi dangereuse pour les médecins qui en prescrivent l'emploi que pour les malades qui en font usage.

A la suite du décès d'un enfant, l'opinion s'émut et le ministère public poursuivit un de nos confrères. L'autopsie fut pratiquée, une expertise chimique ordonnée ; malgré les conclusions des experts, une ordonnance de non-lieu fut rendue en faveur du confrère accusé. Mais la famille en appela devant la chambre des mises en accusation ; et malgré l'avis contraire du procureur général, le docteur X... fut traduit devant le tribunal correctionnel où il fut acquitté.

Sur appel à minima, interjeté par le procureur de la République, la Cour d'appel vient de condamner notre confrère à 600 francs d'amende et à 3 000 francs de dommages et intérêts. Le pharmacien, déclaré solidairement responsable, s'est vu condamner également à 400 francs d'amende et 2 000 francs de dommages et intérêts.

Voyons les faits :

Le 21 octobre 1897, le jeune A..., âgé de neuf ans et demi, élève du collège, présentait quelques signes d'embarras gastrique. Le 23 octobre, il a des vomissements. C'est un enfant de complexion faible et délicate.

Le docteur X..., appelé, prescrit de suite de l'huile de foie de morue phosphorée, en même temps qu'à son frère, également élève au collège et qui, lui, depuis 1894, avait, à plusieurs reprises et avec de bons résultats, pris cette même huile de foie de morue phosphorée. L'huile administrée avait, depuis 1895, été préparée au 10 000e. M. le docteur X..., confiant dans sa formule ancienne, se contenta de prescrire de l'huile de foie de morue phosphorée. Mais par suite d'un roulement entre les pharmaciens de la ville, établi au collège, cette ordonnance n'est pas exécutée par celui qui, jusque-là, avait préparé l'huile, mais par un pharmacien récemment installé. Celui-ci, n'ayant jamais préparé ce médicament, consulte le Codex, y trouve la préparation huile phosphorée au 1 000e et, par analogie, prépare de l'huile de foie de morue au 1 000e.

Le 25 octobre, l'enfant commence à prendre le médicament; il en prend le 26; l'huile est supprimée le 27 octobre, un vomissement s'étant produit. L'enfant a suivi les classes jusqu'au 29. Ce jour-là, il resta couché le matin, car la veille au soir, il avait vomi deux fois. Le docteur X... conclut à un simple embarras gastrique, ainsi qu'il en existait d'autres cas, au collège. Le 30, les vomissements ayant repris et une teinte subictérique des conjonctives s'étant manifestée, l'enfant, ainsi que son frère, furent envoyés dans leur famille. Le 31 octobre, le docteur Z... voit l'enfant; le lendemain, à sa visite, il constate une amélioration sensible. Mais, le 2 novembre, l'état du jeune A... s'aggrave, l'ictère augmente, l'enfant est pris de vives douleurs épigastriques, de vomissements, de délire violent, puis tombe dans le coma et meurt le 3 novembre, à une heure du matin, après avoir, dit le docteur Z..., présenté le tableau clinique de l'ictère grave.

Son frère aîné, qui avait été également souffrant, n'a pas tardé à se rétablir complètement.

Or, il résulte de la contre-expertise des docteurs Brouardel et Vibert que l'enfant n'a pu prendre que 20 milligrammes par jour, soit 4 centigrammes dans les deux jours, et que cette dose n'est pas mortelle pour un enfant de neuf ans et demi.

Malgré cette contre-expertise qui réduisait à néant les assertions de l'expert chimiste, concluant à la mort par une intoxication phosphorée aiguë, le jugement sévère que nous venons d'enregistrer a été rendu par la Cour d'appel.

Nous avons tenu à donner à ce fait toute la publicité dont nous disposons. Il faut que le malheur de notre confrère serve à tous d'enseignement, et que chacun de nous, dans sa pratique, trempe sept fois sa plume dans l'encre avant de prescrire des médicaments dont la dose maniable se chiffre par fractions de milligramme ; et même, si nos lecteurs veulent connaître notre opinion franche et entière, nous leur dirons en répétant notre phrase du début, de laisser de côté ces médicaments hypertoxiques, dangereux pour tous, pour eux comme pour les malades.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'occasion, l'herbe tendre, le soleil aussi les tentant...? Je ne sais lequel, mais les médecins des hôpitaux semblent déserter la Société médicale, et c'est triste. Un seul, brave entre tous, M. Caussade, communique une observation de

congestion pulmonaire à forme spléno-pneumonique, caractérisée par une très longue durée (trois mois et demi), et par la présence du pneumocoque de Talamon-Frænkel virulent pendant cette longue période.

Cette congestion, massive au début, avait pris le poumon gauche et simulait un vaste épanchement pleural par la matité absolue étendue depuis le sommet jusqu'à la base, par l'abolition totale des vibrations thoraciques, par l'absence de tout bruit morbide, par l'absence absolue de la respiration et de tout souffle, par la disparition de l'espace de Traube, etc. Ces signes ont persisté pendant un mois, et alors par tranches, par fragments, la congestion a disparu du sommet à la base, et le poumon s'est en quelque sorte dégagé. Tout d'abord apparurent des râles sous-crépitants, puis humides, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration, un souffle plutôt à timbre pleurétique, de la submatité, et les vibrations thoraciques. Ces signes persistèrent environ dix jours et la respiration redevint normale. Cette évolution successive et segmentaire a duré trois mois et demi ; mais, fait remarquable, pendant que le poumon gauche liquéfiait son exsudat, le poumon droit se prenait. Il y eut ainsi une sorte de balancement : d'une part, rétrocession du processus à gauche, suivant une marche descendante; et d'autre part, extension du processus de haut en bas à droite; le second foyer a évolué en deux mois. Donc, cette spléno-pneumonie offre quelque intérêt, par son évolution même. Par sa durée, trois mois et demi, elle est encore remarquable. Au point de vue bactériologique, cette spléno-pneumonie est à pneumocoque Talamon-Frænkel pur. Ce pneumocoque fut virulent et garda sa virulence pendant trois mois.

Cette observation, dit M. Rendu, est évidemment intéressante, car elle représente une particularité dans l'histoire des spléno-pneumonies. Ordinairement, l'affection ne va pas ainsi gagner un poumon après avoir envahi le poumon voisin. Mais il est prématuré de poser comme une règle, ainsi que le voudrait insinuer M. Caussade, que ces spléno-pneumonies décroissent dans l'ordre inverse du point où elles se sont développées. Il en est beaucoup qui disparaissent tout d'un coup, et non par « tranches ». Enfin, au point de vue bactériologique, cette observation n'est pas une nouveauté. M. Rendu a lui-même, et en collaboration avec Chaillou, démontré, dès 1893, que la conception de la spléno-pneumonie, fonction de la tuberculose presque toujours, conception due à Grancher, était parfois erronée, et que, très souvent, l'affection était provoquée par le pneumocoque. A cet égard, les résultats précis sont connus depuis assez longtemps.

M. Vincent envisage à un autre point de vue l'observation de M. Caussade. On sait, dit-il, que le pneumocoque a une vie éphémère, et que sa virulence cesse communément assez vite. Or, dans ce cas particulier, cette virulence a été singulièrement prolongée. C'est là un fait qu'on ne doit pas considérer comme tout à fait exceptionnel, et qu'on retrouve quand le pneumocoque sort de ses habitudes, pour ainsi dire. Il en est ainsi dans certaines broncho-pneumonies prolongées. On peut même croire, dans ces cas, à la tuberculose, alors qu'il ne s'agit que d'une variété de pneumococcie. En un mot, quand le pneumocoque fait autre chose que de la pneumonie, sa végétabilité est beaucoup plus longue.

La communication de M. Caussade était la seule inscrite à l'ordre du jour : la séance menaçait de tourner bien court. M. Galliard s'est dévoué et a traité d'un point de pathologie... chirurgicale et, bien mieux, d'un point que les chirurgiens connaissent à peine! Il a rapporté une observation d'entorse sacro-iliaque, que pendant longtemps on avait traitée comme un banal lumbago.

M. Florand, à son tour, a résumé, en quelques mots, une observation d'ulcère simple de l'estomac, qui avait ressemblé à tout, et, en particulier, à l'angine de poitrine, excepté à la maladie de Cruveilhier.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. THIBIERGE.

Maladie d'Addison chez un nègre arabe (1).

La pathologie cutanée des nègres est peu connue, même dans les pays où les sujets de couleur sont nombreux, et elle excite toujours un intérêt de curiosité. Cet intérêt de curiosité n'est pas moindre lorsqu'il s'agit d'une affection modifiant la coloration générale du tégument et qui, d'un sujet de race blanche, ferait déjà presque à elle seule un nègre, quant à la peau. A ce titre je viens présenter à la Société un nègre atteint de maladie d'Addison. Théoriquement, le nègre n'est pas à l'abri de la cachexie surrénale : il semble même, par son aptitude à la tuberculisation, devoir y être particulièrement exposé.

Je ne sache pas cependant que les auteurs aient fréquemment signalé le fait et, dans des recherches bibliographiques, très hâtives d'ailleurs, je n'ai pu retrouver l'indication de travaux relatifs à ce point de la pathologie comparée. Voici l'observation du malade que je soumets à l'examen des membres de la Société.

Moh... ben Bag..., âgé de quarante ans, marchand forain, entre le 17 février 1899 dans mon service à l'hôpital de la Pitié, pour des lésions tuberculeuses des deux poumons, parvenues à la période d'excavation (2).

C'est un homme d'assez grande taille, qui a joui d'un développement musculaire très prononcé ; depuis trois ans il a commencé à tousser et il a considérablement maigri.

Originaire d'Oran, il est né d'un père arabe, à peau blanche, et d'une mère également arabe, qui avait la peau de la même couleur que lui. Il ne peut donner de renseignements sur ses ascendants.

Son visage est de coloration brun très foncé, bronzée; par sa forme, par le développement de la barbe, il répond tout à fait au type arabe ; par sa coloration M... ressemble à un Maure du sud du Sahara (3) ; ses cheveux sont noirs, crépus modérément.

A l'examen du visage, on note seulement une déformation du nez, qui est aplati, légèrement enfoncé vers sa partie moyenne (nez en lorgnette). Cette déformation survenue en 1881, sans traumatisme externe, est d'origine syphilitique : bien que le malade n'ait aucun souvenir d'accidents syphilitiques antérieurs, la nature de la déformation nasale, déja caractéristique à elle seule, est confirmée par la déformation concomitante du pharynx ; les piliers postérieurs du voile du palais sont déformés, adhérent à la paroi

---

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) Observation rédigée d'après les notes que m'a remises M. Apte, élève du service.

(3) M. le docteur Bastian, ancien médecin de la marine, qui m'a fait l'honneur de visiter mon service, a bien voulu me donner ces renseignements ethniques.

postérieure du pharynx et sont rapprochés par leur partie inférieure de façon à donner à l'orifice naso-pharyngien une configuration cordiforme à angle inférieur; ces piliers sont manifestement cicatriciels sur une grande partie de leur étendue.

En examinant la gorge pour y rechercher ces stigmates de syphilis dont la déformation du nez me faisait soupçonner l'existence, je fus frappé immédiatement par la présence de très nombreuses taches pigmentaires disséminées sur presque toute l'étendue de la muqueuse buccale et qui ne peuvent mieux être comparées qu'aux plaques colorées de la muqueuse buccale des chiens de race.

Sur les lèvres, on voit de nombreuses taches irrégulières, dont la largeur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille; ces taches, de coloration brune un peu grisâtre, sont surtout abondantes sur la lèvre inférieure. A la face interne des joues, on voit, principalement au niveau de l'espace interdentaire, des taches pigmentaires assez nombreuses, les unes foncées, très petites et brunes, les autres plus noirâtres, rappelant la coloration produite par le nitrate d'argent, qui semblent sous-muqueuses. Toute la voûte palatine, sauf sa partie antérieure, est recouverte de taches d'un brun grisâtre, à contours irréguliers, mesurant environ 3 millimètres de largeur; à sa partie antérieure, on voit une tache plus foncée, en forme de traînée allongée, occupant la ligne médiane. Sur le voile du palais, on voit des taches semblables à celles de la voûte palatine, mais moins abondantes. Enfin, la langue est, sur tout son bord droit, recouverte d'une longue tache de coloration gris noirâtre, à bords un peu irréguliers, qui mesure une largeur de 4 millimètres en moyenne.

La constatation des taches pigmentaires de la muqueuse buccale m'ayant mis sur la voie du diagnostic de maladie d'Addison, j'en recherchai les autres signes.

En ce qui concerne la coloration du tégument externe, le malade déclare très nettement que celui-ci a pris depuis deux ans et demi une coloration beaucoup plus prononcée qu'auparavant : l'exagération de la coloration porte surtout sur le visage, qui est d'ailleurs, ainsi que les autres parties découvertes (cou, mains, avant-bras), plus coloré que les parties couvertes.

La peau du tronc est également plus colorée qu'elle n'était précédemment; elle n'est pas de teinte uniforme; sa coloration est plus prononcée au niveau de l'abdomen qu'au niveau du thorax. Sur différents points du tronc, on voit un grand nombre de cicatrices de petites dimensions, dont les unes résultent de cautérisations ignées, dont les autres sont vraisemblablement consécutives à la phthiriase; toutes ces cicatrices, si minimes quelles soient, sont le siège d'une hyperpigmentation périphérique manifeste.

Le malade éprouve, toujours depuis deux ans et demi à trois ans, des douleurs vagues, siégeant surtout dans la région lombaire, qui sont principalement marquées depuis quelques semaines. Il n'a cependant jamais ressenti de douleurs abdominales.

Depuis trois ans, il est en proie à une lassitude profonde, à une fatigue générale qui n'a fait que s'accroître et qui a fini par l'empêcher d'exercer son métier de marchand forain.

L'appétit est conservé, les digestions se font bien, sauf un léger degré de constipation habituelle et parfois de vomissements à la suite des efforts de toux.

L'existence de la maladie d'Addison est, ici, indubitable. Elle est prouvée par la pigmentation du revêtement muqueux, par l'exagération de la pigmentation cutanée, par l'asthénie générale et les douleurs lombaires que le malade ressent.

Les phénomènes généraux pourraient, à la vérité, s'expliquer par la cachexie tuberculeuse à laquelle est en proie notre malade; d'autre part, il n'est pas rare de voir, à propos d'une maladie quelconque, parfois même sans cause appréciable, les sujets de race nègre tomber dans un état d'asthénie profonde. Il n'en est pas moins vrai que ces phénomènes viennent ici compléter le tableau clinique infiniment suggestif de la mélanodermie addisonienne.

Ce tableau clinique, si suggestif qu'il soit, lorsqu'il est mis en toute lumière par l'examen complet et l'interrogatoire du malade, ne laisse pas que d'être, au premier abord, singulièrement obscur et difficile à percevoir. La race du malade explique assez la coloration de son visage, et les quelques légers nuancements des téguments du tronc sont trop peu prononcés pour éveiller l'idée d'une pigmentation pathologique. Seules les taches brunes de la muqueuse buccale font ombre dans ce tableau et donnent leur valeur aux autres traits.

Sans nul doute, dans la race nègre, la reconnaissance de la cachexie surrénale présente toujours des difficultés réelles : la mélanodermie, dénonciatrice chez le blanc, s'y confond avec la teinte normale du tégument ou s'y ajoute sans pouvoir en être dissociée; l'asthénie y est moins frappante et moins démonstrative; la bouche seule porte la signature de la maladie; mais encore faut-il l'y chercher. Dans le cas actuel, la pigmentation des lèvres et de la langue eût été suffisante pour faire reconnaître la maladie au médecin le moins prévenu et au cours de l'interrogatoire le plus sommaire, et la plus simple inspection du pharynx forçait ce diagnostic. Si la pigmentation buccale eût été moins accusée, elle eût pu, elle aussi, passer inaperçue. Ces considérations peuvent expliquer en partie l'absence de documents sur ce point de la pathologie de la race nègre.

CARDIOPATHIES ET MARIAGE

Par M. le docteur Ch. VINAY (de Lyon).

Le mariage peut-il être permis aux jeunes filles atteintes de lésions cardiaques? Il y a dix ans, la réponse à une pareille question aurait été négative, et la constatation simple d'une altération orificielle suffisait à un médecin pour qu'il refusât son adhésion à une union projetée, du côté féminin s'entend : il semblait que l'existence d'une lésion de cette sorte fût incompatible avec l'évolution d'une grossesse normale. Aujourd'hui, l'interprétation est quelque peu différente et l'on est revenu d'une sévérité inutile. Je crois avoir contribué, par mes publications, à donner une notion plus exacte de ce qu'on peut permettre et de ce qu'on doit défendre (1). Il va de soi que le mariage ne crée des dangers qu'en raison des grossesses possibles, si bien que la question se réduit au pronostic des cardiopathies chez les femmes enceintes.

Depuis plusieurs années, j'examine invariablement le cœur de toutes les femmes en état de puerpéralité que j'ai l'occasion d'observer en ville ou à la Maternité de l'Hôtel-Dieu; j'en ai ausculté près de 5000, et le nombre des car-

(1) Ch. VINAY. Maladies valvulaires du cœur et grossesse, *Arch. de tocol.*, nov. 1893; — Mort subite chez les accouchées, *Lyon méd.*, 6 nov. 1892; — *Traité des maladies de la grossesse*, p. 300 (Paris, J.-B. Baillière, 1894); — De l'œdème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse, *Lyon méd.*, 1er et 8 nov. 1896; — Traitement des accidents gravido-cardiaques, in *Traité de thérapeutique*, publié sous la direction d'A. Robin, fasc. XI, p. 201, Paris 1897.

diopathies dépasse actuellement 80. C'est là un matériel considérable, que bien peu d'accoucheurs possèdent. A mesure que les faits s'accumulent, je reste de plus en plus convaincu que la fréquence des accidents gravido-cardiaques a été exagérée et que, chez les trois quarts de ces malades, la grossesse et l'accouchement peuvent se passer sans accidents ou avec des troubles insignifiants.

Pour apprécier le pronostic des affections cardiaques qui coïncident avec la période puerpérale, il est nécessaire d'en faire une sélection préalable et de les diviser d'après leur nature. Les unes sont d'origine valvulaire; les autres d'origine artérielle ou rénale. Ces dernières ne m'arrêteront guère, car elles sont exceptionnelles, j'en ai observé quatre à cinq au plus. Il est facile de comprendre leur rareté si l'on songe que les cardiopathies de cette sorte sont, d'une façon plus générale, plus rares chez la femme que chez l'homme, que leur apparition ne survient qu'à un âge relativement avancé, tandis que l'activité génitale de la femme se produit entre vingt et quarante ans.

Je me bornerai à dire que le gros cœur gauche, avec bruit de galop sans lésions valvulaires, est une complication redoutable de la grossesse, l'augmentation de l'albumine est la règle et, avec elle, on voit s'élever la pression artérielle, tandis que les troubles respiratoires, l'œdème, l'anasarque, la congestion du foie et des poumons viennent interrompre la gestation et mettre en danger les jours de la patiente. Même dans les cas simples d'albuminurie chronique, il faut songer à ces complications et défendre le mariage. Chez les brightiques, toute grossesse présente des dangers en raison des complications que je viens d'énumérer et qu'il est plus souvent impossible d'écarter, en raison encore des risques que la maladie fait courir au fœtus par suite des troubles circulatoires et des lésions placentaires bien connues, infarctus blanc confluent, décollement du placenta normalement inséré.

Il en est autrement des cardiopathies d'origine valvulaire, et si la maternité est une éventualité redoutable pour un cœur hypertrophié, affaibli et déjà insuffisant, elle ne constitue point une épreuve qu'on doive écarter quand le fonctionnement de l'organe a été jusque-là normal. La gestation n'a qu'une influence insignifiante sur le fonctionnement du cœur sain : l'hypertrophie gravidique, qui est admise comme un dogme, de même que l'anémie des femmes enceintes, n'existent l'une et l'autre qu'à titre d'exception pathologique. La pression vasculaire n'augmente nullement pendant la durée de la grossesse normale, et il est facile de s'en assurer avec le sphygmomanomètre de Potain, le travail seul détermine une augmentation de la tension vasculaire, mais la force latente qui existe en réserve dans tout myocarde sain peut très bien suffire au surmenage passager que provoque la parturition (1).

Du reste, l'hypertrophie gravidique n'est démontrée ni par l'examen direct du cœur, ni par le résultat des pesées. Il en est de même dans les maladies valvulaires compensées et l'influence de la gestation passe inaperçue. Il est prudent toutefois de mettre en garde les intéressés contre le danger des grossesses répétées, surtout quand elles se succèdent à de courts intervalles; la résistance du myocarde ne peut être indéfinie, et il arrive au moment où, par le fait de parturitions trop nombreuses ou trop rapprochées, son insuffisance apparaît et peut devenir définitive.

Même à ce point de vue, il y a une grande variabilité d'une femme à l'autre; il en est qui sont atteintes d'asystolie dès la première fécondation; il y en a d'autres qui présentent une résistance imprévue; ainsi, dans le mémoire même de Peter sur les accidents gravido-cardiaques, on trouve une femme qui ne présenta des accidents de dyspnée et d'intolérance cardiaque qu'à la quinzième grossesse; j'en ai vu, pour ma part, qui pouvaient accoucher cinq à six fois de suite sans le moindre accident.

Cette résistance variable dépend pour une part de l'étendue de l'altération valvulaire, selon que l'endocarde est lésé plus ou moins profondément; on sait que certains rétrécissements sont plus ou moins serrés, de même qu'il existe des insuffisances plus ou moins larges. Il faut tenir compte encore du siège même de la lésion; ainsi l'insuffisance aortique est plus facilement et plus longtemps compensée que l'insuffisance mitrale. Lorsque les endocardites sont d'origine rhumatismale, il semble que la résistance soit plus vite épuisée, sans doute en raison de l'atteinte que porte le rhumatisme sur le muscle cardiaque. Je dois signaler encore l'immunité exceptionnelle qui accompagne souvent le rétrécissement mitral pur, la maladie de Duroziez, car de toutes les lésions vasculaires, c'est peut-être celle qui est compatible avec la plus longue survie; c'est une affection qui débute dans l'enfance et se prolonge parfois après la cinquantaine.

On doit encore faire intervenir, comme élément de pronostic, l'existence de lésions qui, par elles-mêmes, sont un obstacle à la circulation et au fonctionnement respiratoire, comme la malformation du thorax, la déviation de la colonne, l'emphysème pulmonaire, les adhérences pleurales, les grossesses gémellaires et l'hydramnios.

Il est facile de voir, après ces énumérations successives, que les éléments du pronostic sont nombreux et complexes; aussi est-il impossible d'établir des règles absolues, chaque cas doit être interprété en particulier, et c'est après un minutieux examen des bronches, des poumons, des reins, du foie, de l'état de la menstruation, des dimensions et du fonctionnement du cœur qu'on pourra prendre une décision si importante pour l'avenir d'une jeune fille.

En somme, je conclus avec des cliniciens éminents, comme Jaccoud, Huchard, qu'il n'y a aucune raison d'interdire le mariage chez les cardiopathes lorsque la lésion est compensée et qu'il n'est survenu aucun accident; mais, en raison du danger qui résulte des grossesses répétées, il ne faudra autoriser le mariage et la maternité qu'à la condition de rester dans les bornes de la modération. Par contre, s'il y a eu déjà des accidents, s'il est survenu des signes d'insuffisance cardiaque, comme de la congestion pulmonaire, des hémoptysies, de l'arythmie, et surtout lorsqu'il existe de l'albuminurie persistante avec gros cœur, on peut affirmer que la gestation sera gravement troublée et l'avenir de l'enfant compromis.

Même dans les cas où l'on peut compter sur un fonctionnement régulier du cœur, il est nécessaire de faire suivre avec soin les règles générales que comporte l'existence des cardiopathies; il ne suffit pas de constater la compensation

(1) L'augmentation de tension vasculaire déterminée par le travail ne disparaît pas avec la délivrance, elle persiste encore pendant un jour ou deux : à ce moment, les signes d'auscultation sont des plus nets, les souffles organiques sont plus secs, mieux filés, le rythme du rétrécissement mitral se déroule avec une netteté qui parfois s'atténue dans la suite. Cette particularité explique la persistance de l'angoisse, de la dyspnée, qui se prolongent souvent pendant les premières heures du puerpérium chez les parturientes asystoliques

et d'autoriser le mariage, il faut surveiller encore les malades jusqu'au moment de la délivrance. C'est souvent à la suite de fautes d'hygiène ou d'erreurs de régime qu'apparaissent les accidents; aussi, dès que la gravidité est certaine, c'est-à-dire dès la sixième ou la huitième semaine, les conseils du médecin deviennent nécessaires, même en l'absence de tout symptôme inquiétant. Je reste convaincu que, si des complications graves sont venues trop souvent troubler la marche de la grossesse, c'est qu'on n'avait rien fait pour les prévenir. Ce qui semble le démontrer, c'est l'action toute-puissante de la thérapeutique lorsque se manifestent les premiers indices du cœur forcé. Il m'est arrivé, à différentes reprises, d'avoir à traiter des gestantes qui présentaient des symptômes atténués qu'on pourrait appeler les petits accidents gravido-cardiaques, comme la dyspnée, les palpitations, la tendance aux bronchites; le pouls n'est pas arythmique, mais seulement augmenté de fréquence; il traduit, par son accélération, les difficultés croissantes de l'hématose. Chez la plupart de ces malades, le repos, le régime lacté, quelques laxatifs, les ventouses sèches répandues à profusion sur la paroi thoracique suffisent pour ramener l'équilibre circulatoire. Si des procédés aussi simples ont permis d'enrayer les accidents et d'écarter les symptômes redoutables qui caractérisent l'asystolie confirmée, il est facile de comprendre avec quelle efficacité on pourra prévenir les premiers troubles lorsque la compensation est restée suffisante jusqu'au début de la grossesse.

Dans les cas de cette sorte, il est inutile de soumettre à un traitement médicamenteux les lésions valvulaires qui ne se traduisent par aucun symptôme, et, sous prétexte qu'il existe un souffle organique, d'administrer les différentes substances qui tonifient le cœur, comme la digitale, la caféine, le strophantus, etc. En pareil cas, les préceptes d'hygiène suffisent : éviter la fatigue, les efforts, la marche prolongée, les ascensions d'étage, les changements brusques de température, le séjour dans des locaux surchauffés, comme le théâtre, les salles de concert et de bal. Les bains tièdes, de dix à douze minutes de durée, sont utiles, sauf en hiver, par les grands froids, où il faut les remplacer par des lotions tièdes à l'eau de Cologne ou à l'alcoolat de lavande. Si l'on doit éviter le surmenage physique, il ne faut pas tomber dans l'excès inverse et obliger les patientes à passer la plus grande partie de leur journée étendues dans leur lit ou sur une chaise longue. Un exercice modéré est toujours utile, et sans vouloir conseiller la cure d'Œrtel, qui ne réussit guère que chez les obèses, il sera bon de faire quotidiennement une promenade en terrain plat sans jamais atteindre la fatigue.

Le régime consistera dans l'usage d'aliments digestibles et ne favorisant pas les fermentations intestinales, comme les œufs, les viandes blanches grillées, les purées de légumes, les légumes cuits, le fromage frais, les crèmes, le flan, le laitage; il faudra boire avec modération et s'abstenir de toute boisson alcoolique.

Mais ce qu'il est important de surveiller par-dessus tout, c'est l'état de la sécrétion urinaire; le grand danger, c'est l'apparition de l'albumine; aussi, pour l'écarter dans la mesure du possible, je conseille à toute personne atteinte de lésion cardiaque, et qui devient enceinte, de prendre en moyenne 1 litre à 1 litre et demi de lait par jour, pendant les six premiers mois, et 2 litres pendant les trois derniers, même en cas de santé parfaite. Pendant cette dernière période, l'apparition de l'albuminurie est d'autant plus à craindre que la grossesse à elle seule peut la provoquer. Le régime lacté permet d'écarter non seulement les troubles légers de la compensation, mais encore certaines complications redoutables comme l'œdème aigu du poumon, l'apoplexie pulmonaire et les embolies viscérales. Malgré les théories régnantes sur l'importance exclusive du foie dans les maladies de la grossesse, je persiste à croire que l'influence du rein est prédominante; la dépuration urinaire doit être le but constant du clinicien, parce que, chez la femme enceinte, c'est la voie du salut. (*Lyon méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 MARS 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 20 MARS 1899, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Retterer et Poirier.

2e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Blanchard, Rémy et Launois.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* (1re série) : MM. Reclus, Delbet et Lepage; — (2e série) : MM. Terrier, Varnier et Legueu.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Pinard, Lejars et Sébileau; — (2e partie) : MM. Fournier, Gilles de la Tourette et Méry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Humbert et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Blum, Walther et Mauclaire; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 21 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Rémy et Poirier.

2e (2e partie) : MM. Hanriot, Retterer et Gley.

3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* (1re série) : MM. Berger, Bonnaire et Faure; — (2e série) : MM. Quénu, Thiéry et Wallich; — (2e partie) : MM. Hutinel, Chantemesse et Thiroloix.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Debove et Desgrez; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Richelot et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier; — (2e série) : MM. Cornil, Hallopeau et Marfan; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 22 MARS, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Blum, Poirier et Sébileau.

2e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Retterer et Launois.

3e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 3* : MM. Humbert, Varnier et Walther.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Gilles de la Tourette; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Reclus et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Teissier; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Delbet et Lepage.

JEUDI 23 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Faure.

3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* (1re série) : MM. Guyon, Rémy et Wallich; — *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* (2e série) : MM. Panas, Richelot et Bonnaire; — (3e série) : MM. Cornil, Bar et Poirier.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Widal et Thoinot; — (2e série) : MM. Debove, Achard et Wurtz.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Vaquez; — M. Desgrez, suppléant.

VENDREDI 24 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Sébileau et Legueu.

2e (oral, 1re partie) : MM. Retterer, Poirier et Launois.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Potain, Widal et Teissier ; — (2e série) : MM. Grancher, Lancereaux et Dupré ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Blum, Reclus et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Walther ; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 25 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Quénu et Albarran.

2e (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 3* : MM. Rémy, Retterer et Poirier.

3e (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Le Dentu, Berger et Bar ; — (2e partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* (1re série) : MM. Troisier, Vaquez et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Widal ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Marfan ; — (2e série) : MM. Joffroy, Roger et Achard ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Richelot et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 29 mai 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscriptions restera ouvert au secrétariat général de l'Assistance, de midi à trois heures, du lundi 1er mai au samedi 13 du même mois inclusivement.

— Par décret, en date du 5 mars 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Renard, Beltz, du Cazal, Mutin et Fournier.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité de Delamare.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Moret, Clément, Cadot, Troy et Aubertin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée, Viger, Brault, Decaux et Foureur.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active retraité L'Héritier de Chezelle.

MM. les médecins-majors de l'armée active, dont la démission a été acceptée, Fockenberghe, Michel et Ollier de Vergèze.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée, Azam et Denoy.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Blanchard, Chaillou, Maignal, Brunon, Croûtes, Marquez, Guibert, Janot, Bouglé, Debay, Lebœuf, Haie, Léna, Frostin, Carnot, Lévi-Valensi, Sahut, Pujos, Couturier, Tixeron, Eyraud, Argenson, Maurin, Dreyfus, Allais, Barrillon, Cange, Bourlet, Lévi, Meunier, Roussel, Constant, Vivien, Caris, Greslé, Olivier, Ferary, Langlois, Teulon-Valio, Landel, Lalanne, Meillon, Lemaire, Vidal, Huguel, Saint-Martin, Guillou, Maisonneuve, Massoni, Guyader, Renault, Colas, Fosse, Chalmette, Nurdin, Kerrien, Attal, Quintard, Guénard, Audiganne, Schwob, Massier, Barbet, Guériteau, André, de Boucaud, Amans, Heuzard, Boël, Brulin, Susini, Marion, Bourdette, Morrice, Saurain, Bollach, Ruel, de Sourouvre, de Guéfosse, Courchet, Bibent, Dezirot, Jeunet, Marquès, Schmitt, Gamblin, d'Acheux, Bourlier, Perthuisot, Gouffier, Gaymard, Trémolières, Étiévant, Barrau, Guyotte, Desmons, Ourradour, Germond, Dupont, Gobert, Lasserre, Dhaussy, Lahaussois et Batailler.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Someil, Chesnais, Degeilh, Joly, Burlat, Sée et Collinet.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le pharmacien principal de deuxième classe de l'armée active retraité Raby.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les pharmaciens de première classe Secques, Roche, Unal, Brunelet, Antoine, Muguet, Chaty, Puvion, Badier et Favreau.

— Par décision ministérielle, en date du 10 mars 1899, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Delorme, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Vincennes ; Sorel, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles.

M. le médecin principal de deuxième classe Moty, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Lille.

MM. les médecins majors de première classe Reverchon, pour l'hôpital militaire de Lille ; Perrin, pour la place de Marseille ; Lartigue, pour le 34e d'artillerie ; Romain, pour le 22e d'artillerie ; Petit, pour le 10e d'artillerie ; Ucciani, pour l'hôpital militaire de la division d'occupation de Tunisie ; Polin, pour le régiment de sapeurs pompiers, à Paris ; Mignon, pour l'hôpital militaire de Versailles ; Veillon, pour le 4e tirailleurs algériens ; Collin, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Olivier, pour le 60e d'infanterie ; Vack, pour le 63e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dupeyron, pour le 138e d'infanterie ; Bayvel, pour le 102e d'infanterie ; Mandoul, pour le 107e d'infanterie ; Fournot, pour le 23e d'infanterie ; Aubertie, pour le 40e d'infanterie ; Bich, pour le 12e hussards ; Rioblanc, pour le 7e chasseurs à cheval ; Michaud, pour l'école militaire de Billom ; Rouchaud, pour les hôpitaux militaires de Constantine ; Franquet, pour le 113e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Moinet, pour le 66e d'infanterie ; Ramally, pour le 44e d'infanterie ; Le Goic, pour le 64e d'infanterie ; Huot, pour le 142e d'infanterie ; Cordillot, pour le 29e d'infanterie ; Bronner, pour le 118e d'infanterie ; Perrogon, pour le 28e d'artillerie ; et Cavaroz, pour le 60e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Riche, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 14 mars 1899, à une heure un quart précise, à l'École pratique (pavillon n° 3).

— M. Nicolas, médecin principal du cadre de Cherbourg, est désigné au premier tour pour servir au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest.

— La Société médicale du IXe arrondissement constatant, à l'occasion d'incidents récents, que son adhésion au Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris pourrait être restrictive de sa liberté d'action, décide de retirer son adhésion au Conseil général.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 31. — JEUDI 16 MARS 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 16 MARS 1899. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il arrive généralement, dans la plupart des discussions, que chacun des orateurs reste sur ses positions et conserve son opinion. Il n'en a pas été ainsi dans cette éternelle discussion sur l'appendicite. M. Dieulafoy peut être fier des victoires qu'il a remportées. Si, en effet, on veut bien se rendre compte du chemin parcouru depuis quatre ans, on reconnaîtra que, d'abord seul de son avis, M. Dieulafoy est arrivé aujourd'hui à rallier à son opinion la plus grande partie de ses collègues de l'Académie et la presque totalité des membres de la Société de chirurgie. Chaque fois qu'une parole s'élève, dans l'une ou l'autre de ces deux compagnies, pour protester contre certaine formule trop absolue, M. Dieulafoy en prend aussitôt prétexte pour appuyer sur ses premières assertions, et il arrive chaque fois, muni de faits nouveaux, plus éloquent que jamais, bien que plaidant toujours la même cause, à rallier de nouveaux partisans.

Dans la dernière séance, M. Tillaux, avec l'autorité d'un maître universellement respecté, avait protesté contre certaines opinions de M. Dieulafoy; il était arrivé à cette conclusion qu'il y a des cas d'appendicites qui doivent être traités médicalement et qu'il était préférable, l'opération étant reconnue nécessaire, d'attendre de pouvoir la pratiquer à froid. Cette intervention de M. Tillaux dans le débat ne pouvait laisser indifférent M. Dieulafoy, qui a repoussé ces conclusions pour maintenir avec plus de fermeté cette opinion qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite et qu'il faut repousser systématiquement l'opération à froid pour opérer tout malade atteint d'appendicite dans les vingt premières heures de sa première atteinte. A l'appui de cette manière de voir, M. Dieulafoy cite plusieurs faits qui, tous, peuvent se résumer ainsi : appelé le septième ou le huitième jour auprès d'un malade atteint d'appendicite, il le trouve en pleine péritonite généralisée; il demande au confrère qui l'a appelé pourquoi il a tant tardé; celui-ci lui répond qu'il n'a fait que suivre, en cela, les conseils donnés par les maîtres de l'Académie et de la Société de chirurgie, pour faire opérer son malade à froid. Comme dernière ressource, on fait opérer le malade, et il meurt, et tous ceux qui ont été opérés dans ces conditions sont morts. A qui la faute? Est-ce au médecin qui a suivi les conseils de maîtres autorisés? Est-ce au chirurgien qui, appelé *in extremis*, a opéré sur la prière des médecins et des familles? La faute en est, M. Dieulafoy n'hésite pas à le dire bien haut, à ces maîtres de l'Académie ou de la Société de chirurgie qui ont déclaré que, l'idéal étant l'opération à froid, il fallait attendre. Donc plus que jamais, en dépit ou plutôt en raison même des objections qui lui sont faites, M. Dieulafoy conclut à la nécessité, aussitôt le diagnostic posé, d'opérer dans les quinze, vingt ou trente premières heures tout malade atteint d'appendicite. La plupart des chirurgiens désignés par M. Chaput sous le nom d'opportunistes deviennent maintenant franchement radicaux et se rangent sous le drapeau si bien défendu par M. Dieulafoy. Tel, par exemple, M. Gérard-Marchant, qui, dans une lettre ouverte, fait amende honorable. Tels bien d'autres encore.

M. Lucas-Championnière, qui a pris la parole après M. Dieulafoy, déclare qu'on a travesti sa pensée en le rangeant parmi les temporisateurs. Il a toujours soutenu cette opinion que c'était surtout une affaire de diagnostic et qu'il fallait se garder, en intervenant trop vite, d'intervenir pour d'autres affections que l'appendicite. Or, le grand service qu'aura surtout rendu M. Dieulafoy, c'est précisément d'avoir débrouillé ce diagnostic parfois difficile, et d'avoir bien montré les différences qui séparent l'appendicite de la colite et de la typhlo-colite et d'autres affections analogues. M. Lucas-Championnière accepte moins aisément la théorie du vase clos, soutenue par M. Dieulafoy; il ne croit pas qu'elle puisse expliquer tous les cas.

Au début de la séance, M. Pinard a présenté une femme qu'il a opérée, avec M. Segond, d'une grossesse extra-utérine. Il a attendu, pour opérer, que l'enfant présentât des conditions de résistance suffisante. Cet enfant vit.

M. Budin a fait une intéressante communication sur l'abaissement de la température chez les enfants débiles. La conclusion de M. Budin est que de grandes précautions doivent être prises pour le transport des enfants nouveau-nés. Grâce à ces précautions, on en peut sauver un grand nombre.

M. Filhol a été élu membre associé libre.

Dans son comité secret, l'Académie a arrêté ainsi qu'il suit la liste de présentation des candidats au titre de correspondant national de l'Académie de médecine : 1° M. Auffret,

médecin de la marine; 2° M. Forgue (de Montpellier); 3° M. Laroyenne (de Lyon); 4° et *ex æquo* MM. Crivelli (de Melbourne), Duret (de Lille) et Mouchet (de Sens).

HOSPICE DE BRÉVANNES. — M. TOUCHE.

Tarsalgie et rhumatisme chronique.

L'étiologie de la tarsalgie des adolescents est encore très discutée. L'observation suivante nous semble prouver que, dans quelques cas, le pied-plat valgus douloureux se rattache bien nettement au rhumatisme.

Mlle H..., cartonnière, vingt-trois ans, a été admise à l'hôpital de Brévannes pour un rhumatisme chronique polyarticulaire ankylosant, ne permettant pas à la malade de quitter son lit.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à quarante-sept ans d'un cancer. La mère est vivante et bien portante.

La malade a eu neuf frères et sœurs. Six sont morts en bas âge : l'un serait mort de méningite tuberculeuse. Des trois frères survivants l'un, actuellement âgé de dix-sept ans, a présenté à trois reprises des accidents méningitiques, qui ont laissé à leur suite du strabisme. Pas de rhumatisme chez les ascendants.

Antécédents personnels. — La malade, bien que née avant terme, eut une santé satisfaisante jusqu'à l'âge de treize ans. Pas de rachitisme. Pas de retard dans l'époque de la marche.

A l'âge de treize ans, Mlle H... fut placée comme apprentie dans un atelier de cartonnage. Habitant Aubervilliers, elle avait un long trajet à faire pour gagner son atelier situé dans le centre de Paris. Toute la journée elle travaillait debout ou faisait des courses. L'atelier était très humide.

A ce moment la malade était en pleine croissance. Dans les deux mois qui précédèrent le début des accidents, elle grandit de 20 centimètres.

Sur l'influence tant de fois incriminée de chaussures insuffisantes, nous n'avons rien à noter. La malade n'a jamais cessé de porter de fortes bottines à talon et à tige.

Par une soirée très froide Mlle H... fit le trajet de la place de la République à Aubervilliers sur l'impériale d'un tramway. En arrivant, elle avait les pieds tellement engourdis par le froid qu'il lui fut impossible de regagner son domicile et qu'on dut l'y porter. Le lendemain apparurent du gonflement de la région dorsale du pied et une douleur répondant assez exactement à l'interligne médio-tarsien. La malade continua néanmoins à marcher, mais à quelques jours de là, outre les douleurs du dos du pied, elle ressentit des élancements au niveau de la pointe de la malléole interne. Les parents de Mlle H... remarquèrent alors que le pied était porté en dehors et que l'enfant « marchait sur sa cheville ». On alla consulter à Saint-Louis et l'emploi d'une semelle de liège fut conseillé.

Ce traitement procura une certaine atténuation des douleurs et Mlle H... continua son travail.

Pendant quatre ans les douleurs disparurent presque complètement. Elles ne réapparaissaient qu'après une marche fatigante ou bien sous l'influence du froid. L'hiver les souffrances étaient plus vives, mais jamais au point de contraindre la malade à interrompre ses occupations. La déformation du pied ne se modifia pas, pendant les quatre années, de treize à dix-sept ans : la malade pouvait marcher longtemps, elle ne boitait pas, elle ne souffrait que rarement, mais le pied gardait toujours l'attitude du valgus.

A l'âge de dix-sept ans des douleurs apparurent au niveau du poignet droit et la main se dévia vers le bord cubital. On appliqua un appareil plâtré et l'ankylose du poignet eut lieu en rectitude. A partir de ce moment le rhumatisme se généralisa et envahit le pied droit qui se déforma exactement comme l'avait fait quatre ans auparavant le pied gauche en valgus pied plat. Puis ce fut le tour du poignet et du coude gauches, du coude droit, des genoux, enfin et longtemps après de quelques articulations des doigts. Les hanches, les épaules, les articulations de la colonne vertébrale restèrent indemnes. Toutes les jointures lésées s'ankylosèrent progressivement et quand, au mois de novembre 1898, nous voyons la malade, dix ans après la première atteinte de tarsalgie et six ans après la généralisation des lésions articulaires, nous observons les symptômes suivants.

Aux membres supérieurs, les deux coudes sont ankylosés à gauche à angle droit, à droite à angle légèrement aigu. A droite l'ankylose est complète; à gauche il existe encore quelques légers mouvements. Le poignet droit est ankylosé en rectitude, le gauche en flexion légère. Aux deux mains le médius est atteint : il présente à un degré très léger la déformation en escalier due à l'ankylose des phalanges en flexion et extension alternatives. L'articulation de la phalange et de la phalangine est la plus ankylosée; elle ne peut dépasser l'angle obtus dans l'extension.

Aux membres inférieurs, ankylose incomplète des genoux. Il existe encore quelques mouvements de flexion légère, mais l'extension complète est impossible. Les pieds ont l'attitude typique du pied plat valgus. Il existe un point douloureux sur la pointe de la malléole externe et sur la partie du ligament latéral externe qui l'avoisine. Au niveau de l'articulation médio-tarsienne sur le dos mais surtout sur le bord interne du pied, la douleur est aussi extrêmement vive. La palpation de la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne, entre les deux malléoles, réveille une certaine sensibilité. A gauche les orteils sont déviés en dehors et fortement relevés. Cette déformation est venue récemment se surajouter au valgus. Outre leur abduction, et un peu de relèvement de leur bord externe, les pieds présentent une très légère extension qui peut être corrigée par la malade au prix d'une assez vive douleur.

Toutes les articulations envahies sont plus ou moins ankylosées, mais les déformations des extrémités osseuses sont très peu considérables. Cette forme de rhumatisme ne peut guère être appelée rhumatisme déformant; le nom de rhumatisme ankylosant lui conviendrait mieux.

La peau au niveau des articulations malades et surtout au niveau des pieds et des mains présente des altérations. Elle est lisse, amincie, habituellement couverte de sueur. La pulpe des doigts est cyanosée. Il y a aux pieds et aux mains une sensation habituelle de chaleur, mais la recherche des troubles objectifs de la sensibilité cutanée donne un résultat absolument nul.

La pression profonde au niveau des ligaments et des os détermine de la douleur. La sensibilité osseuse n'est pas localisée au voisinage de l'articulation, la pression du tibia est, par exemple, très pénible pour la malade sur toute la hauteur de l'os.

Les douleurs spontanées, non plus, ne sont pas localisées aux articulations lésées. Ces douleurs précèdent l'envahissement de l'articulation ou annoncent une aggravation de la lésion. La malade compare la sensation qu'elle éprouve à la perforation du membre par une aiguille enfoncée transversalement. Aux membres supérieurs les douleurs commencent à la partie moyenne du bras et irradient jusqu'à l'extrémité des doigts; elles ne siègent pas particulièrement sur les jointures mais se rencontrent aussi dans la continuité des segments des membres. Aux membres inférieurs, les sensations douloureuses sont ressenties jusqu'au niveau

de la ceinture; elles deviennent plus vives au moment des règles.

Il n'existe pas de troubles des sphincters. La santé générale est satisfaisante.

Cette observation nous semble prouver, aussi clairement que possible, l'origine rhumatismale de certains cas de tarsalgie.

Le début soudain à la suite d'un refroidissement chez une enfant surmenée, la production du pied-plat valgus à la suite de la douleur et du gonflement des articulations du tarse, enfin l'apparition d'un rhumatisme chronique généralisé déterminant sur le pied opposé des déformations en tout point semblables, tous ces faits nous permettent d'établir l'origine bien nettement rhumatismale de certains cas de pied-plat valgus.

FRACTURE COMPLIQUÉE DE L'AVANT-BRAS

SEPTICÉMIE DE MICROBES VARIÉS; TÉTANOS; MORT. (INJECTION INTRA-CÉRÉBRALE DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE)

Par le docteur NIMIER, professeur à l'École du Val-de-Grâce.

(Communication à la Société de chirurgie.)

X..., vingt et un ans, soldat au 2e cuirassiers, le 21 janvier 1899 tombe avec son cheval au cours d'un exercice en campagne et se fait une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit. Un pansement improvisé compressif arrête l'hémorragie; à l'infirmerie, on place un premier pansement, et le lendemain matin la blessure est désinfectée après chloroformisation.

Il existe une tuméfaction mollasse de la main, de l'avant-bras et de la moitié inférieure du bras. La main est fortement déjetée en dehors et en arrière; sur la face antérieure du poignet, deux centimètres au-dessus du pli articulaire, une plaie transversale laisse saillir l'extrémité du fragment supérieur du radius en dedans duquel sont rejetés les tendons et les vaisseaux radiaux. Après débridement, lotions profondes au sublimé et au chlorure de zinc, la fracture est réduite.

Le cubitus, de son côté, est brisé à 6 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde qui, elle, est arrachée; ces foyers de fracture sont fermés.

Le pansement est laissé trois jours en place, et le 31 janvier, en raison des douleurs accusées et de l'élévation de la température, 38°4, il est levé, on constate un œdème mou de tout le membre, avec plaques rouges, douloureuses à la pression. La plaie du poignet est grisatre et la pression en chasse une petite quantité de sanie, une incision dorsale à son niveau permet le passage d'un drain. Une seconde incision sur la face antérieure de l'avant-bras à sa partie moyenne, puis une troisième sur la face antéro-interne du bras au-dessus du coude, ne laissent écouler que du sang. Bain au sublimé, puis pansement humide au sublimé; injection de 8.000 grammes de sérum artificiel. Température soir, 39°6.

1er février. — Température matin, 38°3; soir, 39°5. Même traitement. Une autre incision à la partie moyenne de l'avant-bras permet le passage d'un drain entre les deux couches musculaires.

2 février. — Température matin, 38 degrés; soir, 39°4.

3 février. — Température matin, 37°9; soir, 38°7.

4 février. — Température matin, 38°1; soir, 39°5. Même traitement, état stationnaire, puis, le 4, éruption scarlatiniforme septicémique ou sublimée (?). Une nouvelle incision à la face postéro-externe du bras au-dessus du coude donne issue à du sang.

5 février. — Température matin, 37°8; soir, 38°5.

6 février. — Température matin, 39°4; soir, 39 degrés.

7 février. — Température matin, 37°7; soir, 39°1.

8 février. — Température matin, 38 degrés. La nuit a été mauvaise, le malade se plaint de ne pouvoir ouvrir la bouche, et par l'interrogatoire on lui fait dire que depuis deux jours il a commencé à éprouver cette gêne. Nous sommes au onzième jour de l'accident.

L'écartement des dents permet le passage du pouce, et la contracture des masséters se laisse vaincre en partie; pas de gêne pour la déglutition des liquides, cependant la salive n'est avalée qu'avec un certain effort; pas de raideur de la nuque. Rien du côté du membre, sauf quelques secousses ressenties par le blessé et la fétidité du liquide fourni en petite quantité par les plaies.

Après une injection sous-cutanée de 60cc de sérum antitétanique, M. Borel et moi nous injectons, à midi, 2cc de sérum anti-tétanique dans chacun des lobes frontaux après anesthésie superficielle à l'éther du malade, qui se réveille au cours de l'intervention et déclare ne rien sentir.

Depuis le matin, le trismus s'était accentué, la parole était devenue quelque peu gênée, le malade se mordait la langue.

A cinq heures du soir, nouvelle injection sous-cutanée de 50cc de sérum antitétanique. Pouls, 120; température, 39°3; R., 20.

Injection de sérum artificiel. Lait. Même pansement et bains antiseptiques, attouchement des plaies à la teinture d'iode.

9 février. — Température matin, 38°2. Pouls, 120. Le trismus s'est accentué, les dents sont serrées, le malade peut à peine les écarter et, lorsqu'on cherche à vaincre la contracture, on y arrive quelque peu en provoquant une douleur qui irradie dans le bras. La déglutition des liquides est assez pénible en raison d'une sensation, au niveau de la gorge, de gêne, de constriction. Le malade est énervé, mais « aucun nouveau symptôme de tétanos ». Température soir, 38°9.

10 février. — Nuit mauvaise; lancées douloureuses dans le bras sans localisation spéciale, qui furent calmées par une injection de deux centigrammes de morphine et quatre grammes de chloral.

Température matin, 38°5. Pouls, 114. R., 18. Le malade écarte les mâchoires suffisamment pour permettre le passage du petit doigt, la déglutition des liquides est plus facile. Même traitement : pansements et bains antiseptiques; injection de sérum artificiel; lait; une incision sur la face dorsale pseudo-fluctuante de la main, toujours écoulement très modéré de sérosité sanieuse.

Température soir, 40°2. Pouls, 120, R, 18. L'état général fléchit, pas d'albumine dans l'urine.

L'examen bactériologique du liquide des plaies a montré la présence de micro-organismes aérobies et anaérobies en quantité considérable et d'espèces très diverses, avec prédominance du staphylocoque. On constate la présence de bacilles de Nicolaïer et l'inoculation confirme cette donnée.

11 février. — Température matin, 39 degrés. On installe une pulvérisation phéniquée permanente sur le membre blessé et le soir température 36°8, avec urines noires. Même état du trismus.

12 février. — Température matin, 40°2. Pouls, 125. L'état général paraît en outre contre-indiquer la prolongation des tentatives de conservation du membre, et malgré l'amélioration du trismus, le bras est amputé au niveau de la pointe du deltoïde.

Le membre est doublé de volume; le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire est imbibé d'une sérosité à peine louche qui coule sur leurs tranches; les muscles, recouverts d'un enduit grisâtre, font hernie à travers les incisions de la peau; leur coupe est d'un rouge sale, et cette teinte se

retrouve quelque peu au niveau du moignon. Ici, la moelle de l'humérus noirâtre fait hernie. Il existe un petit foyer purulent près d'un drain à l'avant-bras; le foyer de la fracture radiale est imbibé de sanie purulente.

L'opéré a bien supporté l'intervention. Température soir, 39°1.

13 février. — Température matin, 39°3; soir, 39°7; pouls, 110.

14 février. — Température matin, 39°4; soir, 39°7; pouls, 125. Malgré la pulvérisation phéniquée, le moignon a pris une teinte grisâtre.

15 février. — Température matin, 39°8. R., 49. On fait, en désespoir de cause, une injection de sérum de Marmorek en sus de l'injection quotidienne de sérum artificiel. Le trismus est peu prononcé.

Vers les quatre heures de l'après-midi, on note que la température marque 40°7, et à cinq heures le malade meurt brusquement au milieu d'une crise de suffocation avec cyanose de la face.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre, en putréfaction très avancée, est chaud à la main, et distendu par les gaz. Une ponction dans le cœur, mis à nu, ne donne issue qu'à des gaz; la veine fémorale elle aussi est à peu près vide de sang.

Dans le lobe droit du cerveau, la ponction siège à 5 centimètres en arrière de la pointe et à 3 centimètres de la ligne médiane, les coupes n'en décèlent aucune trace, mais il existe entre la dure-mère et la pie-mère une plaque de méningite, ovale, mesurant environ 2 centimètres, c'est une couenne jaunâtre peu épaisse et nettement limitée.

Dans le lobe gauche, il n'existe aucune trace de la pénétration de l'aiguille dans les membranes, mais des coupes verticales antéro-postérieures font découvrir de dedans en dehors, en plein centre ovale, un petit foyer hémorragique de forme triangulaire, assez analogue à une piqûre de sangsue, de 1 centimètre carré environ, très étroit dans le sens transversal et surmonté par un fin trajet qui remonte jusqu'à la surface de l'écorce. Il a à peu près la grosseur et les dimensions d'un noyau de datte. Au pourtour, le tissu cérébral paraît sain. (L'injection dans le lobe gauche a été faite la première.)

Après avoir suivi avec un soin tout particulier ce malade, je me crois en droit de conclure, avec M. Borel et mon collègue M. Vaillant, que chez lui les injections simultanées intra-cérébrale et sous-cutanée de sérum antitétanique pratiquées dès l'apparition des premiers symptômes du tétanos, en ont enrayé le développement. Mon blessé a succombé par suite d'une septicémie de microbes variés aérobies et anaérobies.

DE LA VALEUR DES CYLINDRES URINAIRES

DANS LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC DES MALADIES RÉNALES

Par M. Péhu, interne des hôpitaux de Lyon.

Conclusioms. — I. La recherche et l'étude des cylindres urinaires peuvent donner en clinique des renseignements utiles pour le diagnostic et le pronostic des néphrites : elles sont actuellement abandonnées, parce que, d'une part, on a voulu demander à chacune de leurs variétés une valeur séméiologique égale, et que, d'autre part, on n'a pas placé à sa base l'individualisation des néphrites épithéliales dans le groupe complexe des maladies rénales.

II. On peut, d'après leur mode de formation, diviser les variétés de cylindres en trois classes : 1° les cylindres de « transsudation » résultent du passage à travers les parois des tubes urinifères de certaines substances contenues dans le sang, et ce passage s'effectue à la faveur de troubles circulatoires, d'allure aiguë ou chronique : cylindres hyalins, d'hémoglobine, de fibrine, de globules rouges; 2° les cylindres de « desquamation » sont des formations dues à la mise en liberté, par le mode dégénératif, de cellules modifiées venues des tubes du rein ; cylindres colloïdes, graisseux, amyloïdes, épithéliaux même; 3° les cylindres de « fermentation » sont produits par la « prolifération » de l'épithélium à revêtement de Heindenhain, qui a subi du principe pathogène une atteinte plus ou moins forte, et réagit suivant le mode prolifératif.

III. « Les cylindres granuleux sont la caractéristique des néphrites épithéliales » ; leur constatation en plus ou moins grande quantité, leur persistance, même en dehors d'une inflammation aiguë, doit conduire à formuler le « diagnostic » d'une néphrite portant son action sur le labyrinthe rénal.

Les autres variétés de cylindres sont d'une utilité moindre pour le diagnostic d'une affection rénale : les cylindres « hyalins » qui sont, de beaucoup, la variété la plus fréquente, accompagnent généralement les troubles circulatoires, mais n'ont en eux-mêmes aucune signification caractéristique au point de vue du diagnostic.

IV. Comme facteur du « pronostic » dans les néphrites épithéliales, la recherche des cylindres « granuleux » tire sa valeur de ce qu'elle permet de suivre les phases diverses du processus anatomo-pathologique, les modifications des cylindres traduisant des étapes inflammatoires.

A l'état « aigu », ils sont nombreux, cohérents, à granulations compactes, d'un diamètre étroit, et sont l'indice d'une fermentation cellulaire active.

A l'état « subaigu », les formations granuleuses sont plus rares, moins cohérentes : leur diamètre est accru. Lorsque la sclérose secondaire tend à s'installer dans le tissu lésé, il semble qu'avec ce type spécial des cylindres on note la présence de cylindres colloïdes; cependant, on ne peut, sur ce point, formuler des conclusions fermes, étant donné la variabilité de leur constatation.

Enfin, si l'affection passe à l'état « chronique », les cylindres sont en quantité minime et sont doués d'une cohésion moindre. Si l'affection « guérit, l'albumine et les cylindres disparaissent ». Si le processus passe à l'état « cicatriciel », les tubes, imparfaitement régénérés, laissent passer une quantité variable, généralement minime d'albumine ; ils ne fournissent plus aucun cylindre.

V. Pour tous ces motifs, la recherche systématique des cylindres mérite de prendre une place importante en séméiologie urinaire. (*Rev. de méd.*)

THÉRAPEUTIQUE

Pommade au protargol contre les maladies des paupières (A. Darier).

Protargol	1gr50
Oxyde de zinc	1 gramme.
Amidon	1 —
Vaseline	15 —

(*Presse méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1899. — Présidence de M. PANAS.

PRÉSENTATION DE MALADE

Grossesse extra-utérine menée à terme. — M. PINARD présente une femme chez laquelle il a diagnostiqué une grossesse extra-utérine de six mois. Il s'est proposé alors de la conduire méthodiquement jusqu'au jour où l'enfant présenterait des conditions de résistance suffisantes pour la vie extra-utérine et d'opérer à ce moment. C'est ce qu'il a fait le 25 décembre 1898, avec l'aide de M. Segond. Il a incisé les parois de l'abdomen et du kyste; l'enfant extrait, il a suturé ces parois l'une à l'autre et laissé le placenta s'éliminer spontanément; ce qui eut lieu le 1er mars.

L'enfant pesait 2 875 grammes; il en pèse aujourd'hui 4 780.

Ce fait montre que les enfants non utérins peuvent arriver à terme plus souvent qu'on ne le croyait autrefois, pourvu qu'on soumette les mères à une hygiène spéciale, dont la base est l'immobilité absolue.

M. GUÉNIOT demande à M. Pinard si, dans les différents cas qu'il a observés, les enfants étaient toujours contenus dans un kyste. Il est intervenu une fois dans une grossesse extra-utérine et a retiré un enfant bien vivant, presque à terme et pesant six livres. Malgré tous les soins, il périclita de suite et mourut le quinzième jour, en présentant des abcès autour de la mâchoire. Or, cet enfant était libre dans la cavité abdominale; le placenta était greffé sur les intestins; il a pensé que c'était par cette voie que l'enfant avait puisé l'intoxication à laquelle il a succombé.

M. PINARD n'a trouvé que deux fois des enfants à nu dans l'abdomen, et dans les deux cas les enfants étaient morts.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. DIEULAFOY rapporte un certain nombre de cas qui lui permettent de répondre à M. Tillaux.

Il affirme de nouveau que le traitement médical de l'appendicite n'existe pas. L'analyse des 66 cas vus par M. Dieulafoy et opérés lui a montré que, si 57 de ces malades ont guéri, c'est qu'ils ont été opérés d'une façon très hâtive. Les 9 autres, au contraire, qui ont succombé, ont tous été opérés trop tard.

Les médecins traitants, l'esprit troublé par les discussions des Sociétés savantes, ayant lu que plusieurs de leurs maîtres conseillent de tarder et de n'opérer qu'à froid, avaient temporisé et fait un traitement purement médical pendant quatre, cinq, et même huit jours.

Et alors ils ont demandé l'avis de M. Dieulafoy qui leur a fait comprendre leur erreur en leur montrant qu'il était trop tard; et, en effet, l'opération faite alors n'a pas empêché le malade de succomber. Donc, dans tous les cas où l'intervention a eu lieu à temps, le malade a guéri. Il a succombé quand on a opéré trop tard.

Mais quand faut-il intervenir? C'est sur ce point que M. Dieulafoy répond ainsi à M. Tillaux.

Dans les types à forme fébrible d'emblée, la péritonite menace : dès que le diagnostic est posé, il faut opérer dans les quinze, vingt ou trente heures au plus

Dans les formes à symptomatologie moins accentuée, avec douleur peu marquée, température ne dépassant guère 38 degrés, pouls légèrement accéléré, patientez mais ne tardez pas trop, ne dépassez pas vingt-quatre heures, trente-six heures avant d'opérer. Voici ce qu'il appelle intervenir à temps.

Il est donc irréductible dans ses opinions et il croit toujours qu'on ne doit pas mourir d'appendicite si l'opération est faite à temps.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne prend la parole que parce que ses idées ont été travesties et qu'on lui a prêté des opinions qui ne sont pas siennes. En forme de conclusion, il tient à établir bien nettement son sentiment relativement à l'intervention dans l'appendicite.

Toutes les fois qu'un foyer purulent est *soupçonné*, aucun retard ne saurait être mis dans l'intervention. La recherche de l'appendice lui paraît superflue. Ce n'est presque pas une question d'appendicite, c'est une question d'abcès infectieux.

En cas de péritonite diffuse, l'intervention s'impose, bien qu'elle donne peu d'espoir.

Toutes les fois qu'il s'agit d'une appendicite aiguë nettement diagnostiquée, l'opération doit être faite, et il se plaît à ajouter qu'il ne voit plus aucune raison d'attendre pour opérer à froid, quoiqu'il ait commencé, comme tout le monde, par agir ainsi.

En cas de forme plus insidieuse ou d'appendicite à répétition, toutes les fois que le foyer est *bien diagnostiqué* et persiste manifestement, l'opération est à faire aussitôt qu'on peut l'obtenir.

Il réserve pour un traitement régulier et surtout pour un traitement par les évacuants des cas souvent étiquetés comme appendicite mais qu'il estime n'être pas de l'appendicite : douleurs sans foyers précis, vomissements ou arrêt de matières, crise de forme spéciale, qui appartient à la colite et à l'entéro-colite. Ces formes, admirablement décrites par M. Dieulafoy, sont, d'après lui, distinctes de l'appendicite. Il croit qu'elles peuvent engendrer une espèce spéciale d'inflammation appendiculaire secondaire. Dans ces cas l'opération est inutile ou donne des résultats très imparfaits.

Enfin dans le cas très particulier du sujet obèse, s'il s'agit d'appendicite à répétition ou à forme chronique, il préfère attendre, au prix de quelques dangers pour le sujet, à cause des menaces redoutables d'éventration secondaire qu'il faut prévoir chez les obèses.

Enfin il estime que le diagnostic de l'appendicite est plus difficile qu'on ne le croit généralement et qu'il y a lieu de le serrer beaucoup pour éviter des erreurs regrettables comme il en a signalé.

La considération de ces faits utiles à connaître n'enlève rien à la nécessité d'intervenir le plus tôt possible dans les cas bien nettement et justement diagnostiqués.

COMMUNICATION

De l'abaissement de température chez les enfants débiles. — M. BUDIN. Les observations ont montré que l'enfant, aussitôt après sa naissance, se refroidissait. Si le nouveau-né est débile et si les plus grandes précautions ne sont pas prises, sa température peut s'abaisser d'une façon considérable.

En entrant à la Maternité en 1895, M. Budin a constaté que les enfants amenés du dehors, pour entrer au service des débiles, se trouvaient souvent dans de déplorables conditions. Beaucoup d'entre eux, en effet, présentaient un refroidissement considérable et mouraient dans les vingt-quatre ou quarante huit heures; d'autres vivaient plus longtemps mais finissaient par succomber. Dans quelles proportions mouraient-ils?

Dans les années 1895, 96 et 97, 142 enfants furent admis ayant une température rectale de 32 degrés, ou moins de 32 degrés. Sur ces 142 enfants, 139 sont décédés, la mortalité a donc été de 98 p. 100.

Evidemment, d'autres causes doivent entrer en ligne de compte : la syphilis, les troubles digestifs, etc., mais l'abaissement de température a dû jouer le rôle capital.

En effet, à la clinique Tarnier, M. Budin a fait prendre toutes les précautions pour empêcher les nouveau-nés de

se refroidir et ceux qui se trouvaient en état de faiblesse congénitale étaient immédiatement mis en couveuse. Du 15 mars au 31 décembre 1898, la mortalité des enfants pesant 2000 grammes et moins n'a été, dans cette clinique, que de 26,5 p. 100.

Pour les enfants pesant 2000 grammes et au-dessous, et dont la température était comprise entre 32°1 et 32°5 lors de leur admission à la Maternité, la mortalité a été de 90 p. 100.

Ces abaissements de température ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le supposer, car pendant les trois années 1895, 1896 et 1897, 297 enfants ont été reçus dans ces conditions. Le total des admis ayant été de 1114 on voit que 26,6 p. 100 des enfants avaient une température ne permettant pas la survie.

L'examen des statistiques montre encore que le refroidissement est d'autant plus grave que la température tombe plus bas et les enfants meurent d'autant plus que leur poids est moins élevé.

De grandes précautions doivent donc être prises pour le transport des enfants nouveau-nés.

L'Assistance publique, depuis quelques années, fait voyager, dans des trains rapides, les nourrices qui emportent ces enfants; elles sont, en outre, placées dans des wagons de deuxième classe bien chauffés. Les mêmes précautions doivent être exigées pour toutes les autres nourrices. L'hiver, les enfants déposés dans les tours, ceux qu'on conduisait autrefois à la mairie, ceux qu'on transportait dans des églises froides couraient grand risque de succomber. On ne saurait donc prendre trop de précautions pour éviter le refroidissement des nouveau-nés et surtout des débiles.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin (Épreuve du malade) : MM. Péron 15, Hudelo 17, Dufour 17, Achalme 15, Sallard 17, Veillon 19, Léopold Lévi 19, Bezançon 19, Paul Tissier 18.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux est définitivement composé de MM. Picqué, Ricard, Blum, Bazy, Polaillon, Lejars et Aud'houi.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 24 avril 1899, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 27 mars et sera clos définitivement le samedi 8 avril suivant, à trois heures.

— Par décret, en date du 13 mars 1899, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de réserve : MM. les médecins principaux de réserve Merleaux dit Ponty et Dubergé.

Au grade de médecin principal de réserve : MM. les médecins de première classe de réserve Borély et Peyron.

Au grade de médecin de première classe de réserve : MM. les médecins de deuxième classe de réserve Bossuet, Gros, Hamon du Fougeray, Aubœuf et Crambes.

Au grade de pharmacien de première classe de réserve : M. le pharmacien de deuxième classe de réserve Calot.

— *Service de santé militaire.* — Sont inscrits au tableau d'avancement et proposés pour le grade supérieur :

1897. MM. Moussu, directeur à Alger; Claudot, directeur au 4e corps.

1898. MM. Madamet, sous-directeur à l'École d'application de médecine militaire; Robert, professeur à l'École d'application de médecine militaire; M. Marvaud, directeur au 17e corps.

— MM. les médecins-majors de première classe Roux-Freyssineng, désigné pour embarquer sur l'*Épervier*, et Fallier, désigné pour embarquer sur le *D'Assas*, sont autorisés à permuter.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Dheilly, professeur de physiologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'infirmités résultant de l'exercice de ses fonctions, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. Dheilly est nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Brun, médecin en chef à l'asile de Bron, est promu à la première classe de son grade (7000 francs).

— M. le docteur Briche est nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains.

— La Société protectrice de l'enfance vient de nommer membre honoraire M. le docteur Bauzon (de Chalon-sur-Saône). Elle a accordé une médaille d'or à M. le docteur Bartès (de Chartres); des médailles de vermeil à MM. les docteurs Laurent (de Saint-Saulge) et Dermigny (de Saint-Simon); et des médailles d'argent à MM. les docteurs Baratier (de Jeugny); Courtade (d'Outarville) et Frémicourt (de Jauljonne).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbaroux, ancien conseiller général de Colmars; Bernard (Pierre), professeur à l'Université catholique de Lille; Dugat-Establier (de Marseille); Lalance (d'Ajaccio); Samet (de Blois); et Roubion, interne des hôpitaux de Lyon.

— *Hôpital Andral.* — MM. Albert Mathieu, médecin des hôpitaux, et Maurice Soupault, ancien interne des hôpitaux, commenceront, le vendredi 17 mars 1899, à dix heures, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, une série de conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif.

— *Clinique des maladies nerveuses.* — Un cours pratique et élémentaire de pathologie nerveuse s'ouvrira, à l'hospice de la Salpêtrière, le lundi 20 mars. Ce cours durera six semaines; il comprendra quarante-deux leçons et aura lieu tous les jours, de deux heures et demie à trois heures et demie. — Le nombre des élèves est limité à vingt. — Le droit à payer est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté de médecine, ainsi que les étudiants immatriculés. — MM. Gasne, chef de clinique, et Philippe, chef de laboratoire, recevront les inscriptions tous les matins, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits du cours.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Pâques.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, de toutes les gares du réseau P.-L.-M. à Alger, viâ Marseille.

Réduction de 50 p. 100 sur le parcours P.-L.-M., et de 40 p. 100 sur le parcours maritime. — Arrêts facultatifs sur tout le parcours. — Validité trente jours. — Billets délivrés du 15 mars au 2 avril inclusivement.

— La Compagnie organise, avec le concours de l'agence des Voyages modernes, deux excursions permettant de visiter (tous frais compris) :

La première : l'Italie et la Sicile (du 21 mars au 16 avril). — Prix : 1re classe, 1150 francs; 2e classe, 1020 francs.

La deuxième : l'Italie (Semaine sainte à Rome), du 27 mars au 14 avril. — Prix : 2e classe, 540 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, au bureau de l'agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision présidentielle, en date du 15 mars 1899, M. le docteur Danguillecourt, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande, à compter du 1er juillet 1899.

— M. Mathis, médecin de deuxième classe du port de Toulon, est désigné au douzième tour pour embarquer sur le *Jouffroy*, à Cayenne (mission du Contesté franco-brésilien).

— *Faculté de médecine de Lille*. — M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 21 mars 1899.

— *École de médecine d'Alger*. — Le concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Egrot.

— *École de médecine de Tours*. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et histologiques s'ouvrira, devant l'École de médecine de Tours, le 1er mai 1899. Le registre d'inscription sera clos définitivement le 31 mars.

— Liste de départ pour les colonies :

1° Médecins principaux : MM. 1 Alix (P.-M.), 2 Burot, 3 Prat, 4 Curet, 5 Alix (L.), 6 Hervé (H.-M.-V.), 7 Rit, 8 Ludger.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Avrilleaud, 2 Roby, 3 Lefebvre, 4 Bonnescuelle de Lespinois, 5 Guilloteau.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Préboist, 2 Charuel, 3 Porre, 4 Mailliu, 5 Pellan, 6 Vergues, 7 Denis (A.), 8 Merleau-Ponty, 9 Michollet, 10 Bartet, 11 Rejou, 12 Fournes, 13 Chalibert, 14 Degroote, 15 Berger, 16 Lacombe, 17 Abbatucci, 18 Sarrat, 19 Palasme de Champeaux, 20 Auregan, 21 Duranton, 22 Buisine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bermont (de Norroy-le-Sec); Coats (de Glascow); Montagnié (de La Calle).

— M. le docteur Ducor, secrétaire général du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine, nous adresse la note suivante :

« Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine constate : 1° qu'il n'a été articulé aucun fait, qu'il n'a été produit aucun argument à l'appui de cette hypothèse que l'adhésion des Sociétés médicales d'arrondissement au Conseil général pourrait être restrictive de leur liberté d'action; — 2° qu'il n'est point fourni de motifs à la résolution prise au nom de la Société médicale du IXe arrondissement, à la suite d'une discussion tenue secrète. »

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques à Rome.* — Billets d'aller et retour de Paris à Rome. — Validité trente jours. — Arrêts facultatifs sur tout le parcours. — Prix des billets viâ Dijon, Mâcon, Culoz, Modane : 1re classe, 262 fr.; 2e classe, 185 fr.

Billets délivrés du 19 au 30 mars inclusivement à la gare de Paris-Lyon, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences de voyages.

Nota. — Des billets d'aller et retour supplémentaires et de même validité seront délivrés à Rome pour Naples et sa vallée.

Franchise de bagages : 30 kilogrammes sur le réseau P.-L.-M. — Aucune franchise sur les résaux italiens.

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société française des Voyages Duchemin, plusieurs excursions permettant de visiter :

1° L'Italie. — Départs de Paris les 25 et 27 mars. — Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire choisi) : 465 à 915 fr.; 2e classe, 350 à 820 fr.

2° La Tunisie et l'Algérie. — Départ de Paris le 25 mars. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1 150 fr.; 2e classe, 1 050 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, au bureau de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

154. M. FOURNIER. Etude sur la mastoïdite de Bezold. — 155. M. DEJEAN. Contribution à l'étude des corps étrangers articulaires d'origine traumatique. — 156. M. BOSQUET. De la jéjunostomie. — 157. M. LEBRETON. Opothérapie ovarienne. — 158. M. THOUVENIN. Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. Traitement par l'uréthrectomie. — 159. M. COVILLE. Contribution à l'étude du traitement des ankyloses vicieuses de la hanche. — 160. M. MOCH. Des kystes perlés de l'iris. — 161. M. RIPAULT. Contribution à l'étude pathologique de la bourse séreuse prérotulienne. Hygroma chronique sanguin. — 162. M. PELISSE. Récidives dans le rhumatisme blennorragique. — 163. Mme PETIT. Séborrhée grasse de Sabouraud. — 164. M. WIART. Recherches sur l'anatomie topographique et la voie d'accès du cholédoque. — 165. M. CUNÉO. Tuberculose primitive du sein. — 166. M. WILLARD. Les accidents du curetage de l'utérus. — 167. M. MORNAC. De l'hygroma sous-deltoïdien. — 168. M. REY. Etude clinique et expérimentale de la leucocytose dans l'érysipèle. — 169. M. GRENET. Du foie pneumonique.

REVUE GÉNÉRALE

Les fractures du coude, en particulier chez les jeunes sujets (1).

Par le docteur Albert Mouchet,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Ancien aide d'anatomie.

VII

Tableau clinique. — Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus présentent à peu près les mêmes signes fondamentaux, d'où la difficulté de préciser la variété. Un examen clinique approfondi est nécessaire; il devra être pratiqué sous chloroforme chez les enfants trop jeunes ou trop indociles, et il devra, dans tous les cas, être complété par la radiographie. Celle-ci ne doit être considérée que comme un moyen de contrôle : elle a besoin de la clinique pour être interprétée. Nous avons déjà eu l'occasion de dire comment le coude devait être placé pour la radiographie; revenons sur ce point en quelques mots. Dans le plus grand nombre de cas, la radiographie du coude sera faite dans un *plan frontal*, c'est-à-dire qu'on fera reposer sur la plaque sensible la face postérieure du bras et de l'avant-bras placés en extension et en supination, l'ampoule étant disposée au-dessus; c'est la position qui permet l'interprétation la plus aisée et la plus parfaite dans la majorité des cas. Il n'est point nécessaire que l'extension soit complète, ce qui est, du reste, généralement impossible; il suffit que la face postérieure du bras repose sur la plaque sensible et que l'avant-bras soit placé dans une extension qui dépasse l'angle droit.

Cette radiographie dans un plan frontal ne remplit pas cependant toutes les indications; dans les cas où la fracture s'accompagne d'un grand déplacement et intéresse une portion étendue de l'extrémité inférieure de l'humérus, la radiographie du coude faite de profil, dans un plan sagittal, devient la position de choix, sinon suffisante, du moins nécessaire : d'une part, elle empêche la confusion de l'image qui résulte de la superposition de plusieurs plans osseux; d'autre part, elle permet d'apprécier nettement le sens et le degré du déplacement. Ici le bras et l'avant-bras, faisant entre eux un angle obtus, reposent par leur côté interne sur la plaque sensible. C'est la position que l'on devra employer dans les cas de fractures supra-condyliennes à grand déplacement, de fractures en T, de fractures comminutives, de luxation du coude, etc.

Dans les fractures anciennes, la radiographie « frontale » conserve tous ses avantages; il faut bien avouer cependant que, si elle a démontré l'existence d'un trait de fracture sus-condylien ou en Y, la *radiographie « sagittale »* s'impose à sa suite; cette dernière seule permettra de reconnaître un déplacement persistant, une consolidation vicieuse que la première n'a pas fait soupçonner.

Insuffisante souvent, la radiographie dans un *plan frontal* n'en reste pas moins le *procédé de choix dans l'immense majorité des cas*. Lorsqu'il s'agit de fractures minimes de l'extrémité inférieure de l'humérus chez de jeunes enfants, ou encore de fractures anciennes, quel que soit le volume des fragments, on ne doit pas hésiter à faire la *radiographie du coude sain* exactement dans la même position que celle du coude blessé. La *comparaison* des deux épreuves radiographiques assure seule le diagnostic.

Lorsqu'un enfant se présente à nous avec les commémoratifs d'une chute sur le coude ou sur la paume de la main, il tient généralement le membre blessé de la main saine dans la flexion à 120 ou 130 degrés et dans la demi-pronation. L'*interrogatoire* ne peut guère fournir de renseignements utiles, chez les enfants au moins. On apprend qu'il y a eu chute sur le sol, choc contre un angle de meuble, contre un arbre, mais c'est tout. L'enfant fournit des renseignements sommaires ou mensongers, et les parents qui l'accompagnent en fournissent de trop précis pour qu'ils soient vrais.

Il est des cas où l'*attitude du membre est typique*, telle est la déformation de la fracture supra-condylienne classique qui ressemble tant à la luxation en arrière des deux os de l'avant-bras. Le diagnostic peut se faire au premier coup



Fig. 9. — Attitude du membre dans la fracture supra-condylienne classique.

d'œil (fig. 9). Mais le plus souvent le coude présente un *gonflement* plus ou moins considérable et régulièrement circulaire. Dans les circonstances favorables où l'on voit l'enfant de suite après l'accident, le gonflement peut être encore circonscrit, limité à la région condylienne ou à la région épitrochléenne, par exemple; cette seule limitation acquiert par elle-même une réelle valeur séméiologique, elle facilite l'exploration du squelette sous-jacent. Nous avons vu chez certains sujets une véritable bosse sanguine fluctuante sous-cutanée. L'*ecchymose* n'apparaît point le premier jour en général, excepté dans les cas de contusion directe du coude : elle apparaît le lendemain ou le surlen-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 265.

demain et se diffuse plus ou moins rapidement. Quant aux *phlyctènes*, elles ne sont pas fréquentes dans les fractures du membre supérieur, nous avons constaté leur présence dans quelques fractures du condyle externe, et en plus grande abondance dans quelques fractures supra-condyliennes. Leur apparition date seulement du second jour de la fracture.

La *palpation* sera pratiquée avec méthode et avec précaution. Un des premiers points à élucider est celui de savoir si le radius et le cubitus sont intéressés par le traumatisme. Pour cela, on imprime d'abord d'une main des mouvements de pronation et de supination à l'avant-bras et on cherche à sentir avec le pouce de l'autre main appuyé sur la tête radiale, les mouvements de cette tête. On s'assure de la sorte que celle-ci est intacte. L'exploration du cubitus est aisée jusqu'au voisinage de l'olécrâne ; cette saillie peut être difficile à sentir sous un gonflement considérable des parties molles, et l'on ne craindra pas de revenir à plusieurs reprises sur son exploration.

L'examen des deux os de l'avant-bras terminé, il faut arriver de suite à la palpation de l'extrémité inférieure de l'humérus. Les saillies épicondylienne ou épitrochléenne sont-elles à leur place? Sinon, on sentira une dépression à ce niveau, et on pourra mobiliser le fragment osseux en bas et en arrière de sa situation normale. A l'état normal, dans l'extension, les trois saillies, olécrâne, épicondyle, épitrochlée, sont sur une même ligne horizontale; si l'olécrâne est remonté, il y a luxation. Dans la flexion à angle droit, les trois saillies forment un triangle dans le même plan frontal, à sommet inférieur olécranien; l'olécrâne dépasse en arrière ce plan frontal, quand il y a luxation.

Le changement de rapports de l'olécrâne avec les autres saillies du coude suffit à prouver qu'il y a luxation des os de l'avant-bras, mais il n'élimine pas la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; nous avons déjà dit que celle-ci pouvait se rencontrer en même temps qu'une luxation des os de l'avant-bras. Ce signe perd du reste beaucoup de son importance, lorsqu'il y a un gros gonflement et lorsque les sujets sont jeunes ; dans le premier cas, les saillies sont masquées par l'épanchement sanguin articulaire et sous-cutané; dans le second, les trois points sont si voisins que l'observateur le plus attentif peut difficilement les reconnaître.

La *douleur provoquée* localement par la palpation est un signe de peu de valeur, surtout chez les enfants. Il suffit que la pression du doigt porte sur le point d'insertion d'un ligament arraché, pour que le sujet accuse une douleur assez vive.

La palpation ne fournit comme signes importants que la *mobilité anormale* et la *crépitation*. Ce sont les deux signes fondamentaux, de certitude, que l'on doit rechercher avec soin. Fixant solidement de la main gauche la diaphyse humérale, le chirurgien saisit de la droite la partie de l'extrémité inférieure qui est déplacée ou cette extrémité inférieure tout entière, s'il y a lieu, et cherche à la mobiliser dans le sens transversal.

En recherchant cette mobilité anormale, le chirurgien sent une *crépitation* dure, sèche, due au contact des surfaces fracturées; très souvent cette crépitation est assez forte pour être entendue à distance par les aides. On est obligé quelquefois pour l'obtenir de mobiliser le fragment inférieur de bas en haut contre la diaphyse.

En même temps, s'il s'agit d'une fracture supra-condylienne, on sent en avant sous la peau, au-dessus du pli du coude, la saillie parfois aiguë du fragment diaphysaire. Il n'y a pas lieu d'insister outre mesure sur la recherche de la crépitation; c'est un signe dont il faut savoir se passer.

L'*étendue des mouvements* du coude blessé mérite d'être notée avec soin. Il peut arriver, lors de fractures ne comprenant qu'une minime partie de l'extrémité inférieure de l'humérus, comme l'épitrochlée, l'épicondyle, ou lors de fractures plus importantes, supra-condyliennes par exemple, mais sans déplacement, que la mobilité du coude conserve encore une certaine amplitude ; on peut obtenir du sujet, s'il n'est pas trop jeune, des mouvements spontanés variant de 80 ou 90 degrés à 130, 140 degrés et plus parfois. En revanche, dans les fractures à grand déplacement, l'impotence fonctionnelle est complète, le membre est maintenu par la main opposée et le sujet ne peut exécuter aucune espèce de mouvement. En pareil cas, la recherche des mouvements provoqués doit plutôt être évitée, elle n'apporte au diagnostic qu'un bien faible appoint, et il est vraiment fâcheux, pour avoir à constater une limitation de la flexion ou une exagération de l'extension, de causer d'atroces douleurs au blessé; les mouvements qui se passent dans les articulations radio-cubitales, c'est-à-dire les mouvements de pronation et de supination, peuvent cependant être recherchés avec douceur, ainsi que les mouvements anormaux d'adduction et d'abduction du coude. La présence de mouvements de latéralité est toujours utile à noter dans les fractures juxta-articulaires.

La difficulté consiste moins pour le chirurgien à reconnaître l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, qu'à en déterminer exactement la *variété*. Toutefois, le gonflement du coude peut être si considérable qu'il gêne l'exploration, ou le déplacement des os de l'avant-bras si marqué, qu'il masque la présence d'un fragment osseux. Deux éventualités peuvent se produire : on *croit à une fracture qui n'existe pas*, ou l'on *méconnaît une fracture qui existe*.

Dans le premier cas, nous avons diagnostiqué, par exemple, fracture de l'épitrochlée, d'après les signes suivants : gonflement et ecchymose localisés, abduction exagérée, douleur vive à la pression sur l'épitrochlée, alors qu'il s'agissait uniquement d'une *entorse par rupture du ligament latéral interne*. La même erreur aurait pu être commise chez un garçon de douze ans et demi, tombé une quinzaine de jours auparavant, qui conservait une certaine raideur du coude, et qui nous avait été envoyé avec le diagnostic de fracture de l'épitrochlée. Il présentait un épaississement assez notable sur le devant de la trochlée, en dedans du tendon bicipital, avec une vaste ecchymose sous-cutanée, mais l'épitrochlée était à sa place normale, et nous n'eûmes pas de peine à constater que la tuméfaction antétrochléenne était un *hématome du brachial antérieur*, suite de contusion violente. La radiographie a confirmé l'absence de toute fracture.

Dans un sens opposé, il est aisé de croire à une *contusion* simple du coude chez un sujet atteint de fracture supra-condylienne sans déplacement. Les signes certains de fracture manquent, et l'on est d'autant plus autorisé à diagnostiquer une contusion que cette lésion est assez fréquente chez les jeunes sujets; elle est loin d'être une rareté, comme on a pris l'habitude de le dire.

De même, la *luxation* complète ou incomplète des os de

l'avant-bras qui accompagne la fracture, peut attirer seule l'attention et faire méconnaître la brisure de l'os.

La *fracture de l'épitrochlée* est généralement facile à reconnaître, surtout quand elle s'accompagne de déplacement; on peut alors arriver à sentir un *fragment osseux, mobile*, du volume d'une *lentille* ou d'un *petit pois*, que l'on tentera de repousser contre le bord interne de l'humérus, afin d'obtenir de la *crépitation*. Cette manœuvre demande quelque précaution; il faut avoir soin de fléchir l'avant-bras du sujet en pronation et l'on peut alors arriver à saisir entre le pouce et l'index le fragment mobile.

Nous avons déjà dit dans quel sens se déplaçait ce fragment; c'est en bas surtout, contre l'apophyse coronoïde, quelquefois entre elle et l'olécrâne, qu'on doit le chercher; on fera successivement fléchir et étendre le coude pendant cette exploration. Il est des cas où le *fragment est presque immédiatement* sous la peau; la sensation qu'il fournit au doigt à ce niveau et la constatation de son absence au point où il devrait être, permettent d'affirmer le diagnostic sans avoir besoin d'obtenir la crépitation.

La fracture supra-condylienne, lorsqu'elle présente la déformation typique de la figure 9, peut être reconnue à la simple inspection. On voit pourtant les praticiens poser très souvent, en pareil cas, le diagnostic de luxation des deux os de l'avant-bras en arrière; ils réduisent séance tenante, sans chloroforme, la prétendue luxation, et ils n'ont pas plutôt quitté le malade, que celle-ci se reproduit. Cette erreur de diagnostic, si grave dans la pratique, ne devrait jamais être faite si l'on y prenait garde. *A priori*, le chirurgien, qui voit un coude d'enfant dans l'attitude d'une luxation de l'avant-bras en arrière, doit se méfier, car la *luxation simple, non compliquée de fracture, des deux os de l'avant-bras en arrière*, est *une exception chez l'enfant.* Sur 122 lésions traumatiques du coude radiographiées, nous n'avons observé que 7 luxations simples en arrière. Cette infime proportion vaut la peine d'être notée.

Nous avons déjà, chemin faisant, énuméré les *signes de la fracture supra-condylienne;* rappelons-les sommairement.

A l'*inspection*, saillie antérieure, étroite, arrondie au-dessus du pli du coude, au lieu de la saillie étalée au-dessous de ce pli qui caractérise la luxation, gonflement très étendu et rénitent, abduction exagérée de l'avant-bras plutôt qu'adduction, ecchymose considérable.

A la *palpation*, conservation des rapports entre les saillies du coude, qui sont détruits dans la luxation, raccourcissement du bras, flexion provoquée plus loin que dans la luxation, enfin, par-dessus tout, *mobilité anormale avec crépitation* au-dessus de l'interligne articulaire. Ces derniers signes sont infaillibles.

Il n'y a pas que la luxation du coude en arrière qui présente une grande ressemblance avec la fracture supra-condylienne. La *fracture du condyle externe à grand déplacement* peut induire en erreur. C'est ce qui nous est arrivé dans un cas où les deux os de l'avant-bras étaient déplacés en arrière avec un gros fragment huméral mobile et crépitant, qui nous paraissait constituer toute l'extrémité inférieure de l'humérus. En réalité, la radiographie nous démontra que le condyle externe seul était fracturé.

En général, la fracture du condyle externe est assez aisée à distinguer de la fracture supra-condylienne.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la nécessité de la radiographie; elle tranchera la difficulté, mais elle ne dispensera, à aucun prix, de l'examen approfondi du malade, sans lequel l'interprétation du cliché serait souvent impossible.

L'*évolution* des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus est simple, lorsqu'il n'y a pas de déplacement. Dans le cas contraire, la réduction doit être faite avec soin, mais elle est parfois difficile à assurer, même sous le chloroforme. Le cas se présente pour certaines fractures du condyle externe, accompagnées de rotation prononcée du fragment, ou de luxation concomitante des os de l'avant-bras; il se présente surtout pour les fractures supra-condyliennes, dont le trait est fortement oblique, et dont le fragment inférieur tend à basculer derrière la diaphyse.

Lorsque la réduction est bonne, la consolidation est assez marquée dès le douzième ou quinzième jour, pour qu'on puisse commencer le massage et la mobilisation. Dans les fractures de l'épitrochlée, nous verrons qu'il n'y a pas à chercher la réduction; le massage doit être le seul traitement.

Dans certains cas, la consolidation est retardée ou même absente; retardée dans certaines fractures supra-condyliennes, où il y a interposition de faisceaux musculaires entre les fragments, fait d'ailleurs rare; absente dans quelques fractures du condyle externe (Malgaigne, Hamilton, Walther).

VIII

Pronostic. Complications. — Le point noir du *pronostic* consiste essentiellement dans le mauvais fonctionnement ultérieur du coude, allant depuis la simple raideur articulaire jusqu'à l'ankylose. Ces inconvénients doivent être évités par un massage précoce, mais ils sont trop souvent au-dessus des ressources du chirurgien et dépendent d'une *consolidation vicieuse* que ce dernier ne peut prévenir : cal exubérant, dû à des végétations ostéophytiques, comme il s'en produit souvent chez l'enfant, ou cal difforme, dû à une mauvaise réduction; ce dernier cas est le plus fréquent. Les végétations ostéophytiques sont vraisemblablement dues au décollement du périoste au niveau de la fracture et à l'irritation continue qu'il en éprouve. Nous avons assisté, dans quelques cas de fractures bien réduites, à l'apparition de ces néoformations osseuses dont la cause intime nous échappe.

Le cal difforme, dû à une mauvaise réduction, s'observe particulièrement dans les fractures supra-condyliennes; nous ne parlons pas des fractures en T qui sont heureusement exceptionnelles. Si la fracture supra-condylienne ne s'accompagne pas de déplacement (5 fois sur 37 observations), on peut espérer un retour presque intégral des mouvements. Mais s'il y a déplacement, ce qui est le cas le plus fréquent, si le fragment inférieur remonte derrière le supérieur, sous l'influence des contractions du triceps brachial, il peut persister, malgré tous les soins apportés à la réduction, une saillie en avant du fragment diaphysaire qui limitera plus ou moins la flexion (fig. 8). Le massage et la mobilisation employés aussitôt après la sortie de l'appareil préviennent les raideurs articulaires, rendent aux muscles leur vigueur normale, mais ne peuvent amener la disparition de cette saillie osseuse. Dans la plupart des cas, c'est la flexion qui sera limitée; dans quelques-uns, c'est l'extension; exceptionnellement on assistera, même au bout d'un an et davantage, à une restitution intégrale des mouvements de l'articulation.

Si le chevauchement des fragments est notable, si le fragment inférieur reste soudé à la partie postérieure du fragment diaphysaire, deux complications peuvent surgir : l'une, dont nous venons déjà de parler, la limitation des mouvements de flexion, qui dans certains cas n'atteignent même pas 90 degrés; l'autre, plus grave, le *soulèvement du nerf médian* et une paralysie partielle ou totale de ce nerf, justiciable d'une intervention chirurgicale. On voit quelle est l'importance d'une bonne réduction dans la fracture supra-condylienne.

Cependant il peut arriver que des fractures bien réduites soient suivies d'un mauvais résultat fonctionnel en raison des végétations ostéophytiques qui se produisent au-devant du foyer de la fracture. Il est indéniable qu'une bonne réduction des fragments n'entraîne pas dans tous les cas un bon fonctionnement de l'articulation; et ce qui peut paraître encore plus étrange, c'est que des fractures mal réduites sont parfois suivies d'un résultat fonctionnel très satisfaisant. La raison d'être de ce fait nous semble résider dans le *niveau même du trait de fracture*. Ce trait est d'une façon générale au-dessus de la ligne épicondylo-épitrochléenne, mais il est plus ou moins oblique dans le sens antéro-postérieur et même dans le sens transversal. Or, dans certains cas, il est situé assez au-dessus de la cavité coronoïde pour que celle-ci ne soit point comblée par la formation du cal et pour que le fragment diaphysaire, même saillant en avant, ne vienne point apporter une entrave notable au mouvement de flexion.

Avec une bonne réduction et une immobilisation de courte durée (quinze jours) suivie de séances quotidiennes de massage et de mobilisation, on doit obtenir, sinon une restitution intégrale des mouvements du coude, du moins un résultat fonctionnel très satisfaisant.

L'âge de l'enfant présente sous ce rapport une certaine importance ; chez les très jeunes sujets qui supportent difficilement le massage et la mobilisation et n'exercent pas eux-mêmes leur jointure, les résultats sont moins favorables que chez les enfants plus avancés en âge. D'autre part, chez les adolescents et les adultes, le déplacement des fragments est plus considérable, la réduction plus difficile et la consolidation souvent plus exubérante.

Il peut arriver que des complications heureusement assez rares assombrissent le pronostic, *plaie des téguments* qui communique avec le foyer de la fracture ; *déchirure des vaisseaux*, qui portent atteinte à la vitalité du membre et ont parfois nécessité l'amputation ; *blessures des nerfs*, nerf radial, nerf médian ou nerf cubital. Arrêtons-nous un instant sur les lésions nerveuses dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Les paralysies sont, les unes, primitives ; les autres, secondaires : les premières apparaissent au moment de l'accident ou dans les jours qui suivent, les secondes apparaissent au moment de la guérison de la fracture, pendant la formation du cal, quelquefois très tardivement, au bout de plusieurs années.

Les *paralysies primitives* sont liées aux lésions suivantes : section complète du nerf (fait rare, deux cas de Claus et de Finotti : sections du nerf radial dans des fractures supra-condyliennes); déchirure partielle du nerf (Kocher, nerf médian dans une fracture de la même variété); distension du nerf par un fragment disloqué, embrochement par une arête osseuse, contusion du nerf (3 faits de Granger : paralysie cubitale dans la fracture de l'épitrochlée, observations analogues de Richet, de Fallier). Nous avons vu deux cas de paralysie survenus par le mécanisme de la contusion, l'une bénigne, paralysie du cubital après une chute sur le coude qui avait causé une fracture du condyle externe (1), l'autre grave, atteignant les deux nerfs médian et cubital d'une façon irrémédiable (2).

Les *paralysies secondaires* sont dues à une compression du nerf par le cal (deux observations personnelles de paralysies radiales bénignes dans des fractures supra-condyliennes) — à une compression du nerf par un fragment mal réduit — par exemple le fragment diaphysaire de la fracture supra-condylienne qui soulève le nerf médian à la façon d'un chevalet (3) (deux observations personnelles) — à une pénétration dans le nerf d'esquilles osseuses.

Très tardivement enfin, il peut survenir à la suite des déformations du membre *en valgus* qui résultent de certaines fractures du condyle externe, des névrites du cubital apparaissant dix-huit ans (observation 32 de notre thèse), vingt-deux ans (observation inédite de notre maître, M. le docteur Broca) après l'accident initial.

On conçoit que le pronostic de ces paralysies soit très variable, suivant leur cause, suivant le degré de lésion du nerf (section, contusion violente écrasant le nerf ou compression énergique), enfin, suivant l'époque de l'intervention médicale ou chirurgicale, et ce serait sortir du cadre de cette revue que d'insister davantage sur ces divers points.

Des attitudes vicieuses du membre en *varus* ou en *valgus* succèdent tardivement à certaines fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus survenues dans l'enfance. On sait que l'avant-bras en extension et en supination complètes ne se trouve pas sur le prolongement direct du bras ; les axes de ces deux segments du membre supérieur s'entre-croisent en formant entre eux un angle très obtus ouvert en dehors. Cet angle est dû à la disposition héliçoïdale, en pas de vis allongé, de la trochlée humérale; il est d'autant plus marqué que la différence de hauteur des deux lèvres de la poulie est plus accusée. *L'angle huméro-cubital* a été diversement évalué; nous pouvons dire qu'en moyenne cet angle est de 170 degrés, à droite comme à gauche.

La dénomination de *cubitus valgus* (fig. 10) s'applique à l'exagération de l'angle normal ouvert en dehors entre le bras et l'avant-bras; celle de *cubitus varus*, à l'existence anormale d'un angle ouvert en dedans (fig. 11).

Le cubitus varus peut succéder tardivement aux fractures supra-condyliennes, nous en avons rapporté dans notre thèse deux observations intéressantes (4); mais c'est une déformation assez spéciale aux fractures du condyle externe. Le cubitus varus apparaît plusieurs mois après la fracture du condyle ; il semble lié, comme l'a bien montré Rieffel, à des troubles dans l'accroissement de l'extrémité inférieure de l'humérus (5). Rieffel et nous-même avons publié plusieurs observations de cette déformation. Le cubitus valgus semble être exceptionnel après les fractures du condyle externe, du moins le vrai cubitus valgus, c'est-à-dire la déformation du coude avec fonctionnement parfait de la jointure, et Rieffel n'avait pu en relever aucun exemple probant. Nous avons depuis cette époque observé trois cas de cette difformité, dont deux seulement ont été pu-

(1) Voir Thèse de A. Mouchet, 1898, p. 99.
(2) A. Mouchet. Loc. cit., p. 163.
(3) A. Mouchet. Loc. cit., p. 208.
(4) Obs. LII et LIX.
(5) Rieffel. *Revue d'orthop.*, 1er juillet, 1er sept. et 1er nov. 1897.

bliés dans notre thèse (1). Dans un cas inédit, observé avec notre maître, M. le docteur Broca, comme dans un des cas publiés par nous, il est survenu, une vingtaine d'années



FIG. 10. — Cubitus valgus.



FIG. 11. — Cubitus varus.

après l'accident, une névrite du nerf cubital vraisemblablement resserré dans sa gouttière et contusionné chroniquement par suite du rapprochement de l'olécrâne de l'épitrochlée.

A part cette dernière complication nerveuse qui assombrit le pronostic, les déformations « en crosse de fusil » du membre, après les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus (« gunstock » des Américains, Allis, Stimson, etc.), nuisent à l'esthétique, plutôt qu'au bon fonctionnement du coude.

IX

Traitement. — Une fois le diagnostic établi, le chirurgien se comportera différemment suivant les cas.

Si le déplacement des fragments est absent ou s'il est minime, il traitera la fracture exclusivement par le *massage* et la *mobilisation*. Il aura soin de masser les tissus en dehors du foyer de la fracture et avec douceur pendant les premiers jours. Les séances de massage seront quotidiennes et dureront chaque fois dix à quinze minutes; elles seront prolongées au bout de quelques jours par une mobilisation de la jointure qui consistera non seulement en mouvements de flexion ou d'extension, mais encore en mouvements de pronation ou de supination. Dans l'intervalle des séances de massage, le membre sera maintenu fléchi à angle droit dans une écharpe. Au bout d'une quinzaine de jours, on pourra engager les parents à mobiliser eux-mêmes avec précaution le coude de leur enfant, et les séances de massage feront place exclusivement à des séances de mobilisation.

(1) Page 42.

S'il existe un déplacement assez prononcé des fragments, la réduction doit être faite avec soin le plus tôt possible et sous chloroforme. Quel appareil faut-il employer pour maintenir cette réduction?

Nous ne décrirons pas les *multiples attelles angulaires* avec ou sans charnières, en bois, en carton ou en gutta, imaginées pour maintenir dans une bonne position les fractures du coude ; leur rôle doit aujourd'hui se borner à celui d'appareil provisoire ; il y a mieux comme appareil définitif.

L'*appareil silicaté* est assez délicat à faire, et nous lui trouvons des inconvénients sérieux : la durée de sa confection est telle que les fragments ont le temps de se déranger lorsqu'ils ont été réduits, et la grande épaisseur de coton qu'il exige pour ne pas exercer une compression dangereuse, nuit certainement à la contention des fragments.

L'*appareil à tractions continues* préconisé par Kocher, dans l'attitude de flexion de l'avant-bras, nous semble trop compliqué pour être employé, chez les enfants tout au moins, et ce sont eux surtout qui sont atteints de ces fractures.

Nous donnerons donc la préférence à l'*appareil plâtré*, d'une application facile et d'une action sûre. Cet appareil consistera *en une gouttière postérieure* étendue de l'aisselle à la partie inférieure de l'avant-bras, et n'entourant que les deux tiers de la circonférence du membre, de façon à permettre l'inspection de la face antérieure.

La *surveillance* de cet appareil doit être active ; on a signalé parfois des gangrènes du membre dues à une compression énergique trop longtemps maintenue. Le *moment de l'application* a été discuté. Faut-il appliquer la gouttière plâtrée de suite ou attendre que le gonflement ait cessé? Nous avons toujours appliqué l'appareil immédiatement, et nous nous en sommes bien trouvé. Il est vrai que le gonflement ne permet pas de s'assurer de la bonne réduction des fragments. Mais d'autre part, chez les enfants où le cal est si vite formé, nous verrions un grave inconvénient à trop prolonger l'expectation. Nous ne croyons pas que le gonflement empêche la bonne coaptation des surfaces fracturées ; si cependant la réduction n'avait pas été maintenue par l'appareil plâtré, à cause de la disparition rapide du gonflement, le chirurgien aurait la ressource de réappliquer un nouvel appareil. Mais ce fait est exceptionnel.

Une question encore plus discutée et qui mérite d'être examinée longuement, est celle de *l'attitude à donner au membre dans l'appareil. Doit-on placer le coude dans la flexion à angle droit ou dans l'extension avec supination?*

La *flexion* a été la méthode la plus anciennement employée. Sans vouloir en faire l'historique, rappelons cependant les noms de ses principaux partisans, Marjolin, Chassaignac, Nélaton, Boyer, Malgaigne, Tillaux, Hamilton, Bouilly, Pingaud, Stimson, etc.

La méthode *d'extension* est de date plus récente. Recommandée déjà en 1832 par Pézerat, elle a été surtout vantée depuis vingt-cinq ou trente ans. La thèse de Berthomier (1875) est un chaleureux plaidoyer en faveur de cette méthode préconisée par Laroyenne (de Lyon). Au Congrès de chirurgie de 1888, Berthomier est revenu sur les avantages de l'extension. Un peu plus tard, en Amérique, Roberts (de Philadelphie), Thompson et Allis recommandent chaudement le traitement par l'extension. Dans quelques cas, Forgue, Reynes, préconisent l'extension avec des poids gradués.

Avant de discuter comme il convient les arguments en faveur de l'extension et de la flexion, il importe de poser

en principe ce fait, vérifié par l'expérience, que les *raideurs articulaires et l'ankylose, mises successivement sur le compte de chacune des deux méthodes, sont imputables à une mauvaise réduction des fragments.* La crainte de l'ankylose a fait longtemps préférer la position fléchie de l'avant-bras compatible avec la plupart des usages de la vie. Cette considération ne doit plus nous occuper aujourd'hui. Du reste, jadis on maintenait les fractures trop longtemps dans l'appareil ; il se produisait des végétations osseuses au niveau des surfaces fracturées, des rétractions partielles de la capsule, qui venaient accroître encore les inconvénients d'une réduction défectueuse. A l'heure actuelle où les fractures ne sont pas maintenues longtemps dans un appareil, où elles sont massées et immobilisées au sortir de celui-ci, *l'ankylose ne doit pas survenir davantage avec le traitement par l'extension qu'avec le traitement par la flexion, pourvu que la réduction soit bien faite.*

La question est de savoir quelle est la position qui assure la meilleure réduction, puisque le retour des mouvements du coude dépend essentiellement d'une bonne réduction. Or, sur cette question précisément, les auteurs ne sont pas d'accord. Berthomier pense que c'est l'extension qui assure la meilleure coaptation des fragments. Roberts et Allis sont du même avis. Les expériences cadavériques de Smith, les nôtres, tendent à prouver la supériorité de la flexion. Nous ne voulons pas tirer de déduction absolue de cette expérimentation ; il lui manque, pour être vraiment probante, un facteur important, avec lequel nous devons compter sur le vivant, la contraction musculaire. C'est donc sur l'observation clinique que nous devons nous appuyer pour trancher cette délicate question. Or, nous avons constaté maintes fois, surtout dans les fractures supra-condyliennes, que le déplacement en arrière du fragment inférieur tendait sans cesse à se reproduire dans la position d'extension, et ne pouvait être corrigé que par la flexion. Cette constatation a son importance, mais elle ne saurait suffire, elle doit être complétée par un tableau comparatif des résultats obtenus par l'une et l'autre méthode dans un certain nombre de cas comparables. C'est ce tableau que nous avons présenté dans notre thèse où le traitement par la flexion affirme son incontestable supériorité sous le rapport de la réduction des fragments et du fonctionnement ultérieur de la jointure.

Il y a des fractures supra-condyliennes, *à trajet très oblique*, dont le fragment inférieur tend sans cesse à se déplacer en arrière, pendant l'application et la dessiccation de la gouttière plâtrée. En pareil cas, au lieu de la flexion du coude à angle droit, nous avons employé la *flexion aiguë*, recommandée par Robert Jones (de Liverpool), Smith, Frazier, etc., et nous nous en sommes bien trouvé en général.

L'immobilisation dans l'appareil plâtré doit être courte : chez les enfants, douze à quinze jours au maximum suffisent ; chez les adultes, en cas de gonflement très considérable du coude, quinze à vingt jours. Nous croyons exagérée, dans l'enfance surtout, la durée de vingt à vingt-cinq jours (Berthomier, Kocher). Si l'inspection de la face antérieure du membre, la persistance d'un état douloureux de la région, la sensation d'une saillie osseuse au-dessus du pli du coude font craindre une mauvaise réduction, il faut de suite radiographier le membre dans le plâtre en le faisant reposer par son côté interne sur la plaque photographique. C'est dans cette position qu'on appréciera le mieux la réduction des fragments ; si elle est défectueuse, nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'on enlève l'appareil pour en remettre de suite un autre, sous le chloroforme, bien entendu.

L'application de la gouttière plâtrée en flexion nécessite quelques précautions : il faut avoir soin de placer l'avant-bras en demi-pronation, ou mieux en supination ; cette position nous a toujours paru préférable. Il faut veiller aussi à ce que l'avant-bras ne forme pas avec le bras un angle anormalement ouvert en dedans ou exagérément ouvert en dehors. Ces *déformations en crosse de fusil* (gunstock des Américains) surviennent plutôt tardivement à la suite des fractures du condyle externe, mais elles peuvent exister dès le début et persister sous l'appareil contentif.

Aussitôt l'appareil enlevé, on devra commencer le *massage* très doux d'abord, consistant en frictions légères sur tout le membre pendant cinq à dix minutes. Ces séances seront répétées quotidiennement, et prolongées bientôt, après un pétrissage, tapotage, etc., énergiques des muscles, par une *mobilisation de la jointure* (flexion, extension, pronation, supination).

Le chirurgien doit, chez les enfants surtout, s'armer de patience et de ténacité, s'il veut obtenir un résultat satisfaisant ; il ne saurait trop recommander dans ce but l'usage continu du membre, et, si possible, l'emploi des appareils de gymnastique suédoise, tel qu'il en existe depuis longtemps à l'étranger, à Baden-Baden, à Ragatz, etc., et depuis quelques mois à Paris même.

Lorsqu'on est en présence d'une fracture à très *grand déplacement*, impossible à réduire (condylienne ou supra-condylienne), ou d'une *fracture comminutive* (en T, en V, etc.), on devra, si elle est ouverte, on pourra, si elle est fermée, intervenir chirurgicalement par la *suture* ou l'*enchevillement*, quelquefois par la simple *régularisation modelante des fragments* (Broca, Mouchet). S'il s'agit d'une *fracture du condyle externe irréductible ou à plusieurs fragments*, le mieux est d'*extirper les fragments ;* le jeu de l'articulation n'en subira aucune atteinte, au contraire ; un cubitus valgus peut seul en résulter. Peut-être vaudrait-il mieux, pour cette raison, s'abstenir de cette opération chez les très jeunes enfants.

Il est des cas où la réduction est particulièrement difficile à obtenir et à conserver : ce sont les cas dans lesquels les ligaments de la jointure sont assez rompus pour permettre aux *os de l'avant-bras un déplacement indépendant de celui des fragments.*

Dans le cas où le chirurgien s'apercevrait pendant le massage de la production de végétations ostéophytiques, il devrait prudemment laisser le membre au repos et renoncer pendant quelque temps au massage.

Les *fractures de l'épicondyle*, les *fractures de l'épitrochlée* doivent être uniquement traitées par le *massage* et la *mobilisation*, quel que soit le degré de déplacement du fragment. Une courte immobilisation (cinq à huit jours) peut être nécessaire au cas où une dislocation articulaire considérable, survenue en même temps que la fracture, offrirait quelque tendance à se reproduire.

Nous pensons que dans toute *fracture ouverte* ou dans toute fracture accompagnée de *lésions vasculaires ou nerveuses primitives*, l'opération chirurgicale doit être pratiquée immédiatement.

Les *complications nerveuses* causées par la formation du cal ne sont justiciables de l'intervention chirurgicale que si elles ont résisté à plusieurs mois de traitement électrique ; celles qui sont causées par la *position vicieuse des fragments* doivent être opérées, aussitôt que la radiographie a clairement démontré leur origine.

En cas de *cubitus valgus ou varus* vrais, inutile d'intervenir, à moins de réclamation de la part des parents ou du malade lui-même; ces déformations n'ont guère qu'un inconvénient esthétique.

Les *cals vicieux*, enfin, qui nuisent au bon fonctionnement de l'articulation, sont justiciables d'une intervention chirurgicale, à ciel ouvert, d'une *ostéotomie*. Toutefois, il ne faut point mettre trop de hâte à pratiquer l'opération; par suite de l'accroissement de l'extrémité inférieure de l'humérus, tel cal, vicieux un jour, peut devenir indifférent plusieurs mois après. Il n'y a qu'une circonstance où la temporisation ne soit pas de mise, c'est lorsque la saillie persistante d'un fragment ou l'exubérance du cal comprime un des nerfs voisins.

Nous ne pouvons mieux terminer cette Revue que par la conclusion de notre mémoire :

« Le chirurgien qui soigne les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus doit, particulièrement chez les enfants, se munir de patience et de dévouement; il se heurtera à de nombreuses difficultés, il devra surmonter bien des obstacles avant d'atteindre le but rêvé; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'il verra le membre malade reprendre son attitude et ses fonctions normales. »

THÉRAPEUTIQUE

Pityriasis du cuir chevelu (jeune fille de seize ans, sujette à des poussées alternatives d'impétigo et d'eczéma), par le docteur H. Dauchez.

1° Éviter très soigneusement les irritations du cuir chevelu par la brosse, le peigne fin et l'épluchage de la tête.

On pourra respecter la chevelure, bien qu'il soit préférable de couper les cheveux aux ciseaux pour faciliter le traitement local.

2° On pourra prescrire l'usage de sirops alcalins, de sirop iodo-tannique, et du sirop d'iodure de fer par périodes de dix jours, de préférence les deux derniers sirops.

3° Le soir les cheveux seront écartés par un certain nombre de raies et entre celles-ci on imprégnera le cuir chevelu de la pommade suivante (Besnier) :

Pommade :

Moelle de bœuf	60 grammes
Huile d'amandes douces	20 —
Fleur de soufre	1 —
Teinture de benjoin	6 —

Onction trois fois par semaine.

4° La tête sera recouverte la nuit d'un bonnet imperméable;

5° Et le matin au réveil largement lavée avec la :

Décoction de bois de Panama (20 à 30 p. 1 000).

6° Le traitement sera suivi trois fois — puis deux fois par semaine — et peu à peu tous les huit et quinze jours.

Pendant la convalescence, on fera porter la nuit le bonnet de caoutchouc et on conseillera une fois par semaine le bain de vapeur.

7° Le traitement sera longtemps continué.

On évitera surtout l'application des topiques légèrement irritants. (*Journ. de clin. et thér. infant.*)

Solution de protargol pour instillations dans la blennorragie (E. Desnos).

Protargol	1 à 10 grammes.
Eau distillée bouillie	100cc

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATIONS

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. TUFFIER, en son nom et au nom de M. Relierjaud, communique une observation de plaie pénétrante de l'abdomen chez une femme enceinte de cinq mois. Laparatomie, suture des perforations intestinales, réduction, fausse couche quelques jours après. Guérison.

Torsion totale de l'intestin. — M. ROUTIER rappelle quelques cas de torsions de l'intestin avec phénomènes d'obstruction, l'un entre autres qui a été publié par Delbet.

C'est une nouvelle observation de ce genre qu'il désire communiquer.

Le 29 juillet dernier il voit une femme de quarante-sept ans qui est prise de symptômes d'occlusion intestinale. Cette femme depuis un an était sujette à des crises de colite qui duraient deux ou trois jours; le 25 juin elle avait eu une crise plus forte, le 24 juillet elle ressentit une douleur brusque dans tout le ventre qui se ballonna au point de devenir énorme, elle ne rendait plus ni gaz ni matière. M. Routier chercha sans la trouver la cause de l'occlusion; la température était de 36°4, le pouls à 100. Il fit la laparotomie. La malade étant endormie, il reconnut l'existence d'un gâteau dur résistant entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Le ventre ouvert il se trouva en présence d'une anse intestinale extrêmement distendue; il reconnut que c'était l'S iliaque qui en bas était comme étranglé par un anneau circonscrit; en haut la distension cessait brusquement. Après un examen attentif on reconnut qu'il s'agissait d'une torsion de l'S iliaque. M. Routier arriva à détordre cette anse intestinale, aussitôt les gaz passèrent et à l'aide de malaxations et de pressions il arriva à faire la vidange de cet intestin et à remplir trois vases de matières anciennes. Il n'y avait pas d'épanchement dans l'abdomen, l'intestin était seulement congestionné, M. Routier put facilement refermer le ventre, plaça deux gros drains dans le rectum fit faire des irrigations qui amenèrent encore deux ou trois débâcles; cette malade après un mois était complètement guérie.

M. Routier n'a pas pu trouver l'explication de cette torsion dont le diagnostic n'était guère possible.

M. MICHAUX a présenté au congrès de chirurgie un cas analogue; dans ce cas, il fit une petite incision sur l'intestin qui était extrêmement distendu; grâce à cette précaution il a pu dégonfler l'anse qui était le siège du volvulus; on put alors faire le diagnostic qui était impossible auparavant. M. Michaux insiste sur les avantages de cette incision qui n'a pas d'inconvénient et qui facilite singulièrement le diagnostic et le traitement.

M. DELBET a observé un volvulus de l'S iliaque chez un enfant de onze ans; il l'opéra le 6 juin; mais l'enfant succomba. Dans ce cas, le ballonnement du ventre était énorme et vraiment total; le ventre ouvert, on vit que l'S iliaque seul était distendu, l'intestin grêle ne l'était pas.

M. Delbet insiste sur la facilité, une fois le ventre ouvert, de reconnaître cette torsion et de la supprimer; au point de vue du pronostic opératoire, il aurait eu un meilleur résultat s'il avait pu intervenir à temps.

M. WALTHER, en 1894, a été appelé à l'hôpital Tenon pour opérer un garçon de vingt ans qui était atteint de torsion de l'S iliaque. La distension était telle que M. Walther et ses aides avaient la sensation que l'intestin allait éclater; il fit, non pas une incision, mais des ponctions de l'intestin, qui en diminuèrent le volume au point qu'il put facilement détordre l'anse tordue.

M. ROBERT a vu un sous-officier qui fut pris brusquement d'un volvulus et qui succomba deux heures après, avant qu'on pût l'opérer. Dans un autre cas, il s'agit d'un officier qui, après deux jours d'étranglement, fut opéré. On trouva une torsion de l'S iliaque; la distorsion fut facile, mais il y eut une petite déchirure de la séreuse et il se fit une péritonite qui enleva le malade au bout de trois jours. Dans ce cas, M. Robert avait pratiqué une petite incision de l'intestin pour en diminuer la distension. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une torsion considérable de l'anse grêle autour de l'appendice enflammé; ce malade mourut d'une péritonite de voisinage.

RAPPORT

Anévrisme artérioso-veineux. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation adressée par M. Collin, dans laquelle il s'agit d'un officier qui avait reçu une balle de revolver dans la cuisse. Le projectile fut extrait par une incision sur la partie externe de la cuisse; les deux plaies étaient en voie de cicatrisation quand il se fit un anévrisme artérioso-veineux. M. Collin fit une quadruple ligature au-dessus de la tumeur et pratiqua l'extraction du sac anévrismal. Il eut une hémorragie abondante qui nécessita une cinquième ligature.

LECTURE

Procédé de suture profonde. — M. BERGER décrit un procédé de suture profonde imaginé par M. Gauthier (de Luxeuil), procédé qui paraît présenter quelques avantages au point de vue de la cure des hernies.

PRÉSENTATIONS

Ostéo-myélite. — M. WALTHER présente un jeune homme de quinze ans, qui a été atteint d'ostéo-myélite du tibia gauche ayant nécessité une trépanation et une résection de la partie inférieure de la diaphyse tibiale. Ce malade eut une fracture du péroné, qui eut pour résultat une coudure à angle droit de la partie inférieure de la jambe. M. Walther fit la résection du péroné.

Néphrotomie lombaire. — M. NÉLATON présente une malade qui était atteinte de néphrite tuberculeuse et chez laquelle le regretté Glantenay avait pratiqué une néphrotomie lombaire.

Anévrisme de l'artère sous-clavière. — M. GÉRARD-MARCHANT présente un malade qui a été traité sans succès par les injections de sérum gélatineux. M. Gérard-Marchant fit la ligature de la carotide droite.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du foie et du pancréas (1), par E. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine.

Le nom de M. Lancereaux est tellement lié à l'étude des maladies du foie et du pancréas, que c'est une véritable bonne fortune que de lui devoir un traité des maladies de ces deux organes. Comme on pouvait s'y attendre, l'auteur fait reposer son étude sur l'anatomie pathologique et sur l'étiologie.

Dès les premières lignes de ce traité M. Lancereaux tient à établir qu'à l'exception des lésions de nature traumatique, il n'y a en pathologie que des maladies générales. Ces maladies générales, subordonnées à des agents pathogènes divers, tout en imprégnant l'organisme entier, localisent leurs effets d'une façon spéciale sur l'un des tissus qui le composent, d'où la possibilité de types pathologiques distincts, constants et définitifs. Telle est la vérité que M. Lancereaux tient à bien établir.

(1) Un fort vol. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

Il est une autre proposition que l'auteur soutient avec très juste raison. C'est que, si l'étude pathologique des organes repose sur l'observation clinique et sur l'expérimentation, il importe de ne jamais oublier que l'observation clinique doit précéder l'expérimentation. En oubliant ce précepte, on s'expose à faire fausse route.

Un coup d'œil sur le plan de l'auteur nous montrera toute l'importance de ce remarquable travail.

Divisé en trois parties, ce traité consacre, d'abord, une première partie à l'étude pathologique de l'appareil hépato-pancréatique. Après un aperçu rapide sur le foie et le pancréas, l'auteur expose l'anatomie et la physiologie de l'appareil hépato-pancréatique; rôle de l'hépato-pancréas dans les phénomènes de la digestion, de l'assimilation, de sanguification; dans les intoxications et, enfin, chez le fœtus.

Cette introduction nous permet d'aborder la seconde partie consacrée aux affections du foie. M. Lancereaux, dans une étude générale, étudie les influences physiologiques, hygiéniques, climatériques et pathologiques, les influences des organes sur le foie et réciproquement. Passant à l'anatomie et à la physiologie pathologiques, il étudie l'évolution et les modes de terminaison des affections du foie et l'insuffisance hépatique, et termine cette étude générale par l'étude de la séméiologie, de la prophylaxie et de la thérapeutique de ces affections.

M. Lancereaux présente alors l'étude spéciale des affections du foie : anomalies de développement et de situation, anomalies de nutrition, néoplasies hépatiques; anomalies de circulation et d'innervation. Il aborde alors les affections des voies biliaires, consacre un livre au parasitisme et au traumatisme, et termine ce magistral ouvrage par l'étude des affections du pancréas et des voies pancréatiques.

Par cette rapide analyse nous avons voulu donner un aperçu de la méthode de l'auteur. Le « Traité des maladies du foie et du pancréas » est une œuvre de première valeur qu'il suffit de présenter aux lecteurs.

La maladie de Carrion ou la verruga péruvienne (1), par Ernesto ODRIOZOLA, professeur à la Faculté de médecine de Lima.

Tous les travaux publiés jusqu'ici sur la verruga péruvienne, ont laissé dans l'ombre bien des points fondamentaux et enregistré bien des erreurs qu'il est temps de dissiper. Aussi l'auteur s'est-il attaché tout particulièrement à l'étude clinique de la maladie.

Cette monographie est divisée en quatre parties : Dans la première, M. Odriozola fait l'histoire de la maladie. — Dans la deuxième, il en étudie la distribution géographique. L'étude zoologique, botanique, géologique et météorologique des endroits verrugueux y est présentée d'une façon très complète. — La troisième partie, consacrée à l'étude de la fièvre grave de Carrion, appelée autrefois fièvre de la Oroya, constitue un chapitre nouveau et des plus importants. — Enfin, la quatrième et dernière partie comprend l'étude de la maladie éruptive commune, la verruga proprement dite, la plus anciennement connue.

L'histologie pathologique des verrugas cutanées termine cet intéressant ouvrage, comprenant sept préparations microscopiques dues au docteur Letulle et dessinées d'après nature par Karmanski.

(1) In-8° jésus. Prix : 18 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 33. — MARDI 21 MARS 1899. 72e ANNÉE. MARDI 21 MARS 1899. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 mars 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Enfin, peut-être les médecins des hôpitaux vont-ils s'occuper un peu, à leur tour, de l'**appendicite**. Tout le monde en parle, eux se taisent; ils semblent cependant les plus autorisés. Cette question est une de celles qui gagneraient, à coup sûr, à être discutées en réunion commune. Des observations, si multipliées depuis quelque temps, des chirurgiens et des médecins, naîtrait peut-être une lumière plus vive. Où en est la proposition de M. Le Gendre? Elle doit profondément dormir, au sein d'une commission, fort assoupie elle-même. Qui la tirera de son repos?

M. Florand, à la dernière séance, a ouvert le feu, et fort à propos. On sait l'aphorisme du professeur Dieulafoy : « On ne doit jamais mourir d'appendicite. » Or, M. Florand, s'appuyant sur des faits fort bien observés, montre : 1° qu'on peut mourir d'appendicite, et qu'on y succombera sans doute encore assez souvent, alors même que l'intervention aura été faite, bien et *en temps voulu;* 2° que l'on ne doit pas, systématiquement, ouvrir le ventre de tout malade, sans distinction. Il n'y a pas une appendicite, mais des appendicites; et lorsqu'à la suite de la grippe, un enfant présente une douleur au point de Mac Burney, sans grande réaction générale, personne ne songera jamais à faire la laparotomie. On ne rencontrerait pas un chirurgien pour y consentir.

Toute la question tient, à mon humble avis, en ces quelques lignes. Nous ne connaissons pas les signes qui commandent l'intervention: il n'y a pas, en matière d'appendicite, de parallélisme net et suffisant entre les symptômes locaux et les symptômes généraux. Tel, qui présente 38 degrés et une douleur localisée peu vive, a déjà un appendice gangrené ou sur le point de se perforer. Alors, on croit mieux faire en opérant tout le monde et très tôt. On a raison, certes, en l'état actuel de nos connaissances, mais peut-être pourrait-on rechercher et préciser les indications de l'intervention. C'est l'observation clinique des médecins qui pourrait conduire à ce but.

M. Sevestre étudie les **spasmes du larynx** qui nécessitent une intervention prolongée (tubage ou trachéotomie). Il dit : En général, on doit détuber les enfants traités par le sérum, au bout de deux ou trois jours; puis, s'il survient de nouveau, soit immédiatement, soit après quelques heures, des accès de suffocation ou de tirage, renouveler le tubage et le répéter, même à plusieurs reprises, pendant une période de six à huit jours; cette période ne doit pas être dépassée dans la diphtérie compliquée de rougeole ou de streptococcie, et même dans les cas de laryngite simple, surtout si le tube expulsé présente une coloration noire. En dehors de ces cas, surtout si le tube revient clair et brillant, le tubage peut être continué pendant quelques jours encore. Si, après cette période, une intervention est encore nécessaire, au lieu de répéter le tubage, il est préférable de recourir à la trachéotomie. Dans les cas où il existe des complications de broncho-pneumonie, la question est encore plus délicate, car la trachéotomie n'offre guère plus de chances de succès que le tubage; il est possible même qu'elle aggrave la complication pulmonaire; en tout cas, elle ne permet guère l'administration des bains qui, chez les enfants tubés, sont d'un emploi facile et peuvent rendre alors de grands services.

M. Parmentier, au nom de M. Lenoble (de Brest), lit une observation de **maladie de Werlhoff chronique**, avec remarques sur l'état du sang. L'anémie était moyenne, le caillot non rétractile, le chiffre des hématoblastes tombé à 70000, des globules rouges à noyau existaient au nombre de 194, quand, sous l'influence d'un érysipèle, des modifications survinrent dans l'état du sang. Le nombre des hématoblastes s'éleva à 155000, mais celui des globules rouges à noyau tomba à 70 et plus tard les éléments disparurent. De ce fait, M. Lenoble croit pouvoir conclure qu'il existe une sorte de balance entre la réaction hématoblastique et la réaction normoblastique.

MM. Variot et Chicotot présentent une étude radioscopique **des mouvements d'oscillation du cœur chez l'enfant, sous l'influence du décubitus latéral droit et gauche.**

M. Louis Rénon communiqne une observation intitulée: **Sur un type clinique de congestion pulmonaire et pleuro-**

pulmonaire sans expectoration. Toutes les modalités cliniques de l'hyperhémie pulmonaire qui constituent la congestion active et propre du poumon peuvent, dans certains cas, évoluer chez l'adulte sans donner lieu à la moindre expectoration ; cette notion est indépendante de toute constatation bactériologique.

Dans la congestion pulmonaire de Woillez, l'absence d'expectoration est l'exception; Woillez ne l'a signalée qu'une fois ; il en a trouvé trois cas dans la thèse de Bourgeois, et il en a recueilli lui-même une observation.

La fluxion de poitrine de Dupré, Grasset et Dieulafoy s'accompagne presque toujours d'expectoration ; l'auteur n'a découvert que dans le mémoire de Dupré un cas où elle faisait défaut, et il en rapporte deux nouveaux cas.

Dans la congestion pleuro-pulmonaire de Potain, l'expectoration est la règle, comme dans la congestion de Woillez, et on ne trouve qu'un cas, dû à Ferrand, où elle a manqué.

Dans la splénopneumonie de Grancher, l'absence d'expectoration est beaucoup plus fréquente, et, dès leurs premiers travaux, Grancher, Queyrat et Baudel ont signalé cette particularité.

En modifiant considérablement l'évolution régulière des congestions pulmonaires, la grippe a rendu le fait moins rare. Duflocq et Lemoine mentionnent l'absence d'expectoration dans ces pneumopathies grippales. Huchard insiste sur une nouvelle forme, dans laquelle les malades ne crachent pas, la forme bronchoplégique, et qui relève de l'action du poison grippal sur le pneumogastrique.

Tel est, à peu près, le bilan actuel des congestions pulmonaires sans expectoration.

Est-il possible de réunir tous ces cas en un tableau d'ensemble et d'esquisser une forme propre et distincte de congestion pulmonaire? Sans aller aussi loin dans la synthèse des faits, il est incontestable que les variétés cliniques de congestion pulmonaire sans expectoration ont, entre elles, plusieurs traits communs, la violence de la dyspnée qui ne manque pour ainsi dire jamais, et, à l'auscultation, le souffle et surtout le double souffle à timbre légèrement bronchophonique. L'absence d'expectoration ne s'étend pas toujours à toute la durée de l'affection, et peut se limiter à ses premières périodes ; parfois, elle ne se signale que par l'émission d'un seul crachat (faits de Dupré et de Bourgeois), ce qui établit une véritable graduation entre l'absence relative et l'absence complète d'expectoration.

Dans la plupart des cas, cette particularité ne paraît guère avoir d'influence sur la marche des congestions pulmonaires ; elle n'implique, en général, une marche longue et traînante que si la grippe est en jeu. Leur pronostic n'est pas modifié, bien que les malades aient plus à souffrir de la dyspnée ; on doit excepter les cas de bronchoplégie si souvent mortels.

Il résulte de ces recherches qu'il existe un type clinique de congestion pulmonaire sans expectoration commun à toutes les variétés congestives : il s'agit là d'une sorte de congestion massive du poumon, qui n'est pas sans quelque analogie avec la pneumonie massive de Grancher, qui doit être rapprochée de la pneumonie sèche de Wiedemann et qui peut être considérée aussi comme une congestion pulmonaire sèche.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE HATIVE

COMME TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC

Par le docteur A. Ricard,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Dans un récent article (1), le professeur Landouzy faisait un éloquent plaidoyer en faveur de l'intervention chirurgicale rapide dans la cure du cancer gastrique. La haute et légitime autorité du savant professeur de thérapeutique nous dispense de revenir sur les raisons qu'il a si brillamment exposées en faveur du traitement chirurgical. Nous nous bornerons à résumer en quelques mots son argumentation :

1° La thérapeutique médicale est illusoire et, « pour variée et ingénieuse qu'elle soit en ses entreprises, elle n'a jamais montré autre chose qu'une absolue impuissance, puisqu'elle ne parvient même pas, d'ordinaire, à soulager les malades torturés par les douleurs, fatigués par les vomissements, empoisonnés par l'ichor cancéreux, épuisés par les hématémèses ou foudroyés par la péritonite ! »

2° La cure chirurgicale n'a plus à faire ses preuves; la guérison opératoire est aujourd'hui la règle, et « l'on connaît, actuellement, plus d'une vingtaine de malades opérés avec succés pour des cancers, histologiquement vérifiés depuis quatre, cinq, six, sept et huit années ».

Dans trois cas (2) où j'ai pu trouver des malades suffisamment résistants, j'ai pratiqué la gastrectomie avec succès. Dans 1 cas, j'ai refermé le ventre sans intervenir, la lésion était déjà généralisée. Dans 3 cas, les malades étaient si faibles que j'ai pratiqué, presque *in extremis*, la gastro-entérostomie pour obvier à la sténose du pylore. J'ai enregistré 2 morts et 1 succès. Dans ce dernier cas, la malade était presque sans pouls, aphone; nous ne pûmes intervenir qu'en injectant, pendant l'acte opératoire, du sérum artificiel *dans les veines*. La malade guérit comme par miracle ; elle augmenta en deux mois de plus de 20 livres. Je voulus, à ce moment, tenter l'extirpation du néoplasme ; mais, dès l'ouverture de l'abdomen, j'aperçus sous la paroi abdominale et dans l'épiploon des noyaux cancéreux multiples, et je dus refermer le ventre sans aller plus loin.

Cette courte statistique montre nettement que tous les cas opérés hâtivement ont guéri. Ma première malade, âgée de soixante-sept ans, a été présentée à la Société de chirurgie plusieurs mois après l'intervention; elle était en parfait état de santé. Une deuxième observation concerne un homme d'une quarantaine d'années, chez lequel j'ai dû réséquer presque toute la petite courbure, à peu de distance du cardia. Ces deux observations ont été publiées dans la thèse de Guinard (3). Mon troisième cas remonte en octobre dernier. En voici l'observation, telle qu'elle m'a été remise par mon interne, M. Auclair :

H... (André), trente-cinq ans, employé des magasins du Bon Marché. Entré à la maison Dubois, le 20 octobre 1898.

---

(1) *Presse méd.*, 15 mars 1899.

(2) Dans une présentation de malade à la Société de chirurgie, j'ai parlé de 4 cas d'opération avec 4 guérisons. C'est à tort, car, dans un troisième cas, ayant constaté dans le foie des noyaux secondaires, j'ai refermé le ventre sans pratiquer la résection de l'estomac.

(3) Guinard. *De la cure chirurgicale du cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1898.

Les antécédents héréditaires sont sans intérêt : mère âgée de soixante-seize ans bien portante, cinq frères et sœurs en bonne santé. Le malade a une fille de six ans bien portante.

Dans les antécédents personnels, on ne relève aucune maladie antérieure, ni blennorragie, ni syphilis.

Le malade a été soldat pendant cinq ans dans un régiment d'artillerie, et depuis neuf ans il est employé dans les magasins du Bon Marché.

Maladie actuelle. — Le début remonte au mois de décembre 1897 : le malade éprouve de la lassitude et pour la première fois ressent une sensation de pesanteur avec gêne un peu douloureuse après les repas. Etat stationnaire jusqu'au milieu de janvier 1898, époque à laquelle, à la suite d'une grande contrariété, il se plaint de douleurs plus fortes, toujours après les repas. Le malade compare ces douleurs à des brûlures. A aucun moment il n'a eu de vomissements.

Un médecin consulté conseille le repos et le séjour à la campagne. Malgré un séjour de trois semaines au bord de la mer, le malade continue de souffrir dans la région gastrique et après les repas.

Il rentre à Paris le 13 septembre et va *faire ses treize jours* à Orléans. Il continue de souffrir et à la fin de ses treize jours il est pris pour la première fois de vomissements alimentaires. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes et surviennent trois heures après le repas. De temps en temps elles s'accompagnent de vomissements.

Examen du malade à son entrée. — Le malade entre à Dubois le 20 octobre 1898.

Au premier examen on note un amaigrissement considérable et la décoloration des téguments et des muqueuses (teint jaune-paille). Le malade se plaint d'une fatigue générale qui se traduit par une grande lassitude. Dès qu'il a mangé, il ressent une douleur siégeant dans la région gastrique ; cette douleur s'installe progressivement et atteint son maximum d'intensité environ deux heures à deux heures et demie après les repas. Le malade constate en même temps une voussure au niveau du rebord inférieur des fausses côtes gauches, grosseur qui se déplace de gauche à droite jusque dans la région pylorique.

A la palpation de la région on ne sent pas de tumeur, on provoque une douleur au niveau de l'hypocondre gauche au dessous des fausses côtes et dans un point très limité. Mais on note après l'ingestion des aliments des contractions péristaltiques de l'estomac, qui expliquent la constatation d'une grosseur par le malade. La percussion permet de voir que l'estomac est assez notablement distendu et dilaté, et que la grande courbure descend au voisinage de l'ombilic.

Rien du côté du cœur, des reins et des poumons.

Le 22 octobre, le malade, qui a été passé dans un service de médecine pour être soumis à l'examen de M. Ménétrier, a des vomissements alimentaires et d'aliments ingérés (raisins) depuis quarante-huit heures.

Le 23 octobre à la suite d'un tubage pratiqué pour faire l'analyse du suc gastrique, le malade s'est senti très fatigué et a dû rester au lit toute la journée. Le soir l'interne du service, M. Quiserne, note à nouveau le péristaltisme de l'estomac deux heures après l'ingestion d'un peu de viande et de légumes.

Le 24 octobre analyse du suc gastrique après un repas d'épreuve.

HCl = 0,002 378 pour 1 centimètre cube de suc gastrique, donc *anachlorhydrie* presque complète.

L'examen du sang dénote une déglobulisation portant sur les globules rouges qui sont diminués des 2/5.

Le 28 octobre et le 30 octobre, le malade a eu de nouveau des vomissements six ou sept heures après les repas. Les douleurs persistent, l'appétit diminue, le malade se cachectise, et est repassé dans le service de M. Ricard qui se décide à intervenir en raison des phénomènes de sténose spasmodique du pylore que présente le malade.

Opération le 30 octobre. — Longue incision médiane de l'ombilic à l'appendice xyphoïde; isolement de la tumeur par section et ligature de l'épiploon gastro-hépatique et de l'insertion du grand épiploon. Ablation de deux masses ganglionnaires sous-pyloriques et d'un ganglion à la base du petit épiploon. Résection de la tumeur par le procédé de Péan-Billroth. L'examen de la pièce fait reporter plus loin l'incision de la paroi postérieure de l'estomac et de la petite courbure. Libération et mobilisation du duodénum qui, comme d'habitude, bouge peu; abouchement du duodénum dans la partie inférieure de la plaie stomacale dont la partie supérieure est suturée. Les sutures sont un peu tendues, aussi est-on obligé de les multiplier et de faire plusieurs plans de sutures.

Dans la première journée, on injecte sous la peau 1500 grammes de sérum artificiel, qui sont continués les cinq jours suivants, jusqu'au 9 novembre. La température atteint 38°8 le troisième jour, mais le malade a un bon état général; le pouls est au-dessous de 100, la langue humide et le malade est débarrassé de toute douleur.

L'alimentation lactée est commencée dès le troisième jour, et l'on enlève les fils le 14 novembre. Tout est parfaitement réuni.

La convalescence fut marquée par une paralysie radiale du bras gauche due à ce que, pendant les quarante-cinq minutes qu'avait duré l'intervenion, le bras était resté tombant et comprimé le long du rebord de la table d'opération.

Le malade quitte la Maison de santé le 10 décembre. Aujourd'hui 15 mars, il est des mieux portants a retrouvé ses forces, son appétit, est débarrassé de ses douleurs et a repris sa place de *vendeur au Bon Marché*. L'examen histologique, fait par le docteur Ménétrier, a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome cylindrique.

Ce dernier fait est tout en faveur de l'opération hâtive, car, dans ce cas, aucune tumeur n'était perceptible à la palpation, il n'y avait comme tous symptômes que quelques troubles dyspeptiques, de l'amaigrissement, un teint légèrement pâle, des phénomènes de sténose commençante, et de rares vomissements.

Quand les médecins seront persuadés que la gastrectomie pratiquée au début est la seule chance de salut pour les malades atteints de néoplasme stomacal, ils n'hésiteront pas à suivre les conseils que leur donne avec tant de raison le professeur Landouzy et à confier le plus rapidement possible leur malade au chirurgien.

Le procédé de Billroth (première manière), ou plus justement de Péan-Billroth s'exécute en trois temps :

Premier temps. — Isolement de la portion néoplasique

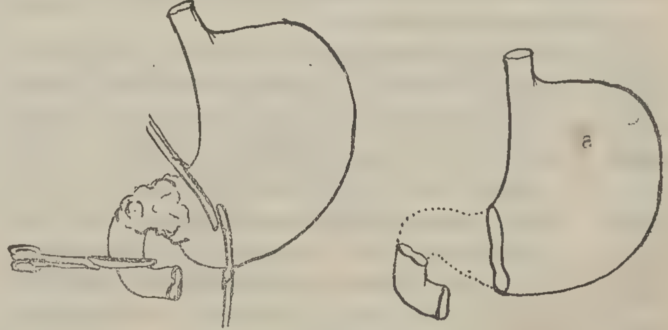


Fig. 1 et 2. — *Premier temps.*

entre des pinces, ablation de la tumeur et des ganglions;

Deuxième temps. — Suture de la partie supérieure de la plaie stomacale, de façon à réserver un orifice d'un diamètre identique à celui du duodéum.

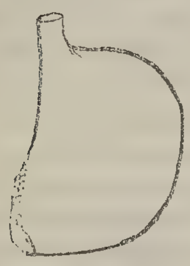


FIG. 3. — *Deuxième temps.*



FIG. 4. — *Troisième temps.*

Troisième temps. — Suture du duodénum à l'estomac.

ENTORSE SACRO-ILIAQUE

Par M. le docteur L. GALLIARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

(Communication à la Société médicale des hôpitaux.)

Le docteur Deshayes (d'Orléans) a communiqué à la Sociéié de médecine du Loiret, en novembre 1896, six cas d'entorse sacro-iliaque. Cette entorse, mal connue des chirurgiens jusqu'à présent, s'accompagne généralement d'entorse de la symphyse pubienne ; aussi le docteur Deshayes a-t-il intitulé son mémoire : « De l'entorse pelvienne. »

Chez le malade dont je vais relater l'observation, l'entorse sacro-iliaque du côté gauche existait isolément ; cette entorse a été suivie de désordres nerveux appréciables du côté des membres inférieurs.

M. L..., âgé de trente et un ans, employé dans une usine d'électricité à Paris, s'efforçait, le 20 janvier 1899, de soulever un lourd tonneau d'huile, lorsqu'il éprouva une douleur atroce à la partie postérieure du bassin, à gauche, douleur accompagnée d'une sorte de craquement dans la même région. Il tomba. On se hâta de le ramener chez lui en voiture. Le lendemain, on le conduisit à la consultation la plus rapprochée, celle de l'hôpital Necker, où il subit une application de ventouses scarifiées.

C'est évidemment au « lumbago » qu'on crut avoir affaire à cet hôpital, car les deux jours suivants on renouvela, sans ajouter d'autres prescriptions, les ventouses scarifiées sur la région des lombes.

Cependant, le malade ne marchait qu'avec une extrême difficulté, s'appuyant sur le bras d'un aide ou sur deux cannes solides, le corps penché en avant, les jambes écartées. La douleur était surtout violente lorsqu'il se portait sur la jambe gauche. Il ne pouvait rester assis : se mettant au lit, il ne trouvait pas de position convenable pour reposer et ne réussissait pas à dormir.

Le 24 janvier, il vint me voir au cabinet où se donne la consultation hebdomadaire de l'usine. Recherchant le siège exact de la souffrance, je le localisai nettement à l'articulation sacro-iliaque gauche : la pression exercée sur tous les points accessibles à cette jointure provoquait une vive douleur ; il y avait aussi de la douleur sur le sacrum lui-même. Rien aux lombes, rien au coccyx, rien à la fesse, rien à l'articulation sacro-iliaque, rien à la symphyse pubienne, pas d'œdème, pas de tuméfaction, pas d'ecchymose. En faisant coucher le malade sur le dos, je constatai que la douleur était exaspérée par les commotions et par la compression latérale du bassin, mais non par les mouvements communiqués à la cuisse.

Je ne pus admettre qu'un diagnostic, celui « d'entorse sacro-iliaque, à gauche ». Je prescrivis le repos au lit, des frictions térébenthinées sur la région lombo-sacrée, un peu d'antipyrine.

Le 31 janvier, M. L... vient me dire que le repos a rapidement amélioré sa situation ; il a même pu reprendre son travail le 28 janvier. Mais la douleur n'a pas complètement disparu ; elle est réveillée par la pression sur l'interligne articulaire et sur le sacrum, elle est réveillée par les mouvements spontanés. En outre, le malade accuse quelques irradiations douloureuses qui vont du siège au creux poplité du côté gauche ; elles se manifestent quand il se baisse, s'assied, s'agenouille, tourne le pied à gauche. Pas d'élancements à la face antérieure de la cuisse, au genou, à la jambe et au pied. Le malade a remarqué qu'après avoir été assis longtemps, il a de la peine à se relever ; pas d'autres troubles parétiques.

Rien de nouveau à la région sacrée ; à la partie interne de la fesse, je découvre une petite ecchymose.

La sensibilité générale est atténuée à gauche ; dans toutes les régions du corps, les piqûres d'épingle sont moins nettement perçues à gauche qu'à droite. Pas d'anesthésie du fond de la gorge, pas de rétrécissement du champ visuel. L'hémi-hypoesthésie ne constitue ici qu'une coïncidence ; elle ne me paraît se rattacher en aucune façon au traumatisme. Dans les antécédents, pas de manifestations hystériques. Le patient n'a eu qu'une angine diphtérique, sans suites fâcheuses, à l'âge de dix ans, et une insolation pendant son service militaire en Afrique.

Je conseille le repos en cas de persistance des douleurs. Frictions térébenthinées, bains tièdes.

Le 28 février, M. L... vient se plaindre d'éprouver, depuis une huitaine de jours, de la lassitude des membres inférieurs. Deux fois, en allant à l'usine, il a dû s'arrêter brusquement et s'asseoir sur le bord du trottoir, ne pouvant ni avancer ni reculer. La région sacro-iliaque gauche peut être explorée sans qu'on y détermine de points douloureux, mais le patient accuse des douleurs à la partie postérieure des deux cuisses, où les muscles paraissent offrir un certain degré de parésie.

Comme le sujet m'affirme qu'il a travaillé toute la semaine sans interruption, restant debout du matin au soir, je m'efforce de le rassurer ; je lui prescris X gouttes de teinture de noix vomique par jour et des bains tièdes.

Le 1er mars, il essaie de sortir, mais ne peut marcher ; il a des douleurs à la face postérieure des deux cuisses, et c'est là que l'énergie musculaire fait défaut. Il se repose jusqu'au 6 mars.

Le 7 mars, il se tient debout et marche sans peine.

Jamais de troubles du côté du rectum ni du côté de la vessie.

En résumé, entorse de l'articulation sacro-iliaque gauche avec tiraillements probables de quelques branches du plexus sacré. Cette complication n'est pas signalée dans les faits du docteur Deshayes.

J'aurai l'occasion de revoir le sinistré et de compléter, s'il y a lieu, son observation.

INTOXICATION PAR LE SULFATE DE CUIVRE

Par le docteur BONNET (de Romans),

Lauréat de la Faculté de Montpellier, membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

La réputation des sels de cuivre, au point de vue toxique, n'est pas mauvaise comme jadis. Autrefois, en effet, le Conseil supérieur d'hygiène interdisait formellement à l'industrie de confire des fruits dans des récipients en cuivre

non étamé. M. Draggendorf, professeur à l'Université de Dorpat, déclarait aussi : « Que dire de ces marchands éhontés qui ajoutent un sel de cuivre pour rehausser la couleur de leurs cornichons ? »

Et cette toxicité était si bien admise, qu'un herboriste, nommé Moreau, fut condamné à mort par le jury de la Seine pour avoir empoisonné lentement sa femme avec du cuivre administré à petites doses répétées.

Le docteur Galippe s'éleva contre cette croyance générale et soutint, après une série d'expériences, que les sels de cuivre dilués ou employés en quantités modérées pendant longtemps, ne sont pas vénéneux. Les observations de M. Galippe ont ébranlé l'opinion publique, et le Conseil supérieur d'hygiène accepte ce qu'il défendait précédemment, l'emploi des ustensiles de cuivre.

L'idée admise aujourd'hui est que l'on peut, sans aucun inconvénient, sans aucune influence funeste, absorber de petites doses de ces sels, et cela pendant des années. Les raisins sulfatés tardivement et pendant les sécheresses estivales, ne communiquent-ils pas au vin de faibles quantités de composés de ce métal? Et pourtant personne n'en est incommodé !

A haute dose, au contraire, les sels de cuivre sont très toxiques. Leur couleur caractéristique (bleue ou verte), leur saveur astringente et même caustique, empêchent l'empoisonnement criminel, et la chose est fort heureuse, car le sulfate, le vert de gris sont à la portée de tous; ces sels étant très employés pour combattre les maladies cryptogamiques (mildew, etc.), se vendent sans aucune difficulté et par kilos, chez les droguistes et épiciers, et se trouvent dans chaque maison à la campagne.

Les sels de cuivre sont nauséeux et provoquent même les vomissements. Cette propriété était utilisée autrefois en thérapeutique, bien plus souvent qu'aujourd'hui ; le sulfate de cuivre s'employait comme émétique dans le croup, à la dose de 5 à 40 centigrammes. Absorbés en plus grande quantité, les composés cupriques produisent une inflammation vive de la muqueuse du tube digestif et causent une gastro-entérite aiguë violente et grave. C'est le cas que nous avons observé cette année, le mardi 12 juillet. Nous sommes appelé à onze heures du matin, à 8 kilomètres de notre résidence, pour rendre visite à la dame X..., âgée de trente et un ans, mère de trois enfants, qui avait pris volontairement le dimanche précédent, vers huit heures du soir, une cuillerée à soupe de sulfate de cuivre, soit 29 grammes, délayée dans un bol d'eau, aromatisée avec un petit verre à liqueur d'absinthe. Nous trouvons la malade très prostrée et presque « in extremis ». Couchée dans le décubitus dorsal, elle répond faiblement à nos questions, l'intelligence est intacte, le facies grippé, le pouls misérable, le ventre très douloureux, la langue colorée nettement en bleu. Dans la nuit du dimanche au lundi, c'est-à-dire la nuit suivant l'empoisonnement, les selles et les vomissements ont été excessivement nombreux, la famille a compté plus de trente selles.

Malgré l'emploi de la caféine et des divers moyens indiqués en l'occurrence (lait, eau albumineuse, etc.), l'état de Mme X... n'a cessé de s'aggraver, et elle a succombé sans convulsions le 14 juillet à six heures du matin, soit trois jours et demi après le début de l'intoxication. Mme X..., souffrant de céphalalgie rebelle, s'est volontairement donné la mort, elle nous l'a déclaré, le suicide est donc certain.

Cet empoisonnement présente, à notre avis, ces intéressantes particularités : ressemblance frappante des symptômes avec une gastro-entérite choleriforme, sauf la couleur bleue caractéristique de la langue, qui aurait permis (même dans le cas où la malade n'aurait point voulu ou n'aurait pas pu parler), d'établir, sur des bases solides, le diagnostic d'empoisonnement par le sulfate de cuivre.

HYGIÈNE

Procédé pratique de stérilisation applicable aux instruments en usage chez les coiffeurs.

Dans le « Journal de médecine de Bordeaux », M. Sabrazès, agrégé, attire l'attention sur une des questions qui intéressent au plus haut point l'hygiène publique. Les procédés de stérilisation appliqués dans la pratique chirurgicale ne peuvent être pratiquement employés par les coiffeurs. La chaleur sèche, l'autoclave, les antiseptiques détériorent les instruments. Le pétrole si souvent employé est absolument insuffisant, et M. Honorat dans sa thèse (1), a montré que, désodorisé et rectifié « il ne détruit pas les germes et n'exerce en particulier aucune action parasiticide sur les divers champignons des teignes de notre collection. »

Et le laisser aller de tous expose le public à la syphilis, la pelade, la tricophytie, le favus, à toutes les infections. Des commissions d'hygiène départementale, exerçant un contrôle officiel, s'imposent donc.

Mais à côté de certaines prescriptions souvent formulées déjà, rarement suivies, telles que l'ablution des mains, l'étuvage du linge, il reste encore à indiquer une méthode pratique de désinfection du matériel.

M. Sabrazès a essayé avec succès les vapeurs d'aldéhyde formique « telles qu'elles se dégagent des pastilles paraformiques du commerce chauffées par une flamme d'alcool ».

Les opérations ont porté sur des brosses ou instruments provenant d'un salon de coiffure, et non nettoyés préalablement.

« Tous ces outils donnent *toujours* des cultures abondantes lorsqu'on prélève à leur surface quelques parcelles des squames ou des poils qui les souillent et lorsqu'on ensemence ces débris.

Les instruments employés chez les coiffeurs, brosses, tondeuses, ciseaux, rasoirs, peuvent être exposés, sans dommage, dans un espace clos, aux vapeurs de formol pendant dix heures. Au bout de ce laps de temps, ces outils ne sont nullement détériorés; ils se montrent stériles (une seule culture sur dix-neuf ensemencements) quand on transporte sur des milieux nutritifs les débris squameux et pilaires qui les souillent. Il faut éviter après la stérilisation de laisser l'air ambiant se substituer aux vapeurs de formol, tant que les instruments sont dans l'étuve ; dans ce cas, en effet, quelques germes athmosphériques se déposent sur ces instruments, lesquels ensemencés sont susceptibles de cultiver; c'est vraisemblablement ce qui s'est produit (sauf le cas de souillure accidentelle pendant les manipulations), dans deux expériences où une brosse et un rasoir ont cultivé après quarante-huit heures d'exposition aux vapeurs de formol : l'appareil n'était pas rigoureusement étanche.

Ce mode de stérilisation peut être effectué dans un espace clos quelconque, à la condition d'y gazéifier rapide-

(1) Bordeaux, 1898.

ment deux pastilles paraformiques (pesant 1 gramme chacune) par mètre cube. Après avoir été sursaturé de vapeurs de formol, il faut que cet espace reste hermétiquement clos.

Pour rendre ce mode de désinfection plus pratique, M. Saint-Martin, fabricant d'instruments de chirurgie à Bordeaux, a imaginé une étuve à double paroi qui sera parfaitement étanche, facile à saturer de vapeurs d'aldéhyde formique, et dans laquelle les outils en usage chez les coiffeurs pourront être stérilisés dans des casiers superposés, au fur et à mesure de leur emploi; un dispositif ingénieux permettra de retirer chaque case sans qu'il y ait déperdition de gaz.

En décrassant préalablement par des moyens mécaniques les objets à désinfecter, en faisant volatiliser un grand nombre de pastilles paraformiques par mètre cube, en opérant à une température un peu plus élevée, il est facile de prévoir qu'on arrivera à réduire notablement la durée de la stérilisation. »

MÉDECINE INFANTILE

La cosaprine, nouvel antipyrétique et antirhumatismal, par le docteur A. Schudmak.

La cosaprine, sulfodérivé de l'antifébrine, se présente sous forme d'une poudre grisâtre, amorphe, de goût salé, inodore, facilement soluble dans l'eau; la solution à réaction acide.

Vamosy et Tenyvessy (de Budapest), qui ont découvert ses propriétés antithermiques et antirhumatismales, l'ont expérimenté sur les animaux et sont arrivés aux conclusions suivantes : la cosaprine ne détruit pas les microbes; elle n'exerce aucune action délétère sur les globules sanguins. En solution concentrée à 10 p. 100, elle n'empêche pas les mouvements amæboïdes des leucocytes; les hématies sont à peine modifiés. La cosaprine n'est donc pas un poison du sang. Si une injection de 5 centigrammes d'antifébrine tue, en une heure, un lapin, une injection souscutanée de 5 à 6 grammes de cosaprine est très bien supportée par un lapin.

Au point de vue clinique, nous l'avons expérimenté dans 60 cas (affections de l'appareil respiratoire, articulaires ou intestinales). La cosaprine est administrée sous les deux formes suivantes :

1° Cosaprine . . . . 2 à 3 grammes.
Eau distillée . . . . 100 —
Sirop simple. . . . . 20 —

Une cuillerée à café toutes les heures.

2° Cosaprine. . . . . 25 à 50 centigrammes.

En un paquet.

De nos observations, il résulte que la cosaprine est un bon antipyrétique et antirhumatismal. Sa solubilité facile convient parfaitement à son administration chez les enfants. Son peu de réaction locale ou générale permet de l'employer en injections sous-cutanées, ce qu'on ne peut obtenir avec l'acide salicylique et le salicylate de soude. La cosaprine n'entraîne aucun des troubles observés avec les antipyrétiques. Le cœur, le poumon, l'intelligence ne sont point troublés par son usage. Il est enfin intéressant de remarquer que la cosaprine ne donne lieu ni à des bourdonnements, ni à des troubles de la vue, ni à la production d'exanthème. (*Wien. klin. Woch.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin (épreuve orale), 16 mars : Symptômes, marche et terminaison de l'aortite chronique, MM. Lamy, 19; Aviragnet et Macaigne, 18; Tissier, 17; Veillon, 15.

17 mars : Symptômes et diagnostic du cancer du foie MM. Belin, 19; Bezançon, Dupré et Renault, 18; Gouget, 17.

— Par décret, en date du 16 mars 1899, M. Moissan, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est nommé membre de la commission instituée au ministère des finances, à l'effet d'unifier dans les laboratoires de l'administration des finances les méthodes d'analyse applicables aux produits à base d'alcool et aux sucres, et d'étudier les diverses questions qui se rattachent à la dénaturation de l'alcool.

— Par décret, en date du 16 mars 1899, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. Quennec, médecin de première classe du corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Par décision ministérielle, en date du 16 mars 1899, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1899, savoir :

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault. — M. le médecin-major de première classe Mercier, médecin-chef; — M. le médecin aide-major de première classe Dusolier.

Hôpital thermal de Vichy. — M. le médecin principal de deuxième classe Annesley, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Lambert et Carayon; — M. le médecin-major de deuxième classe Viela; — MM. les médecins aides-majors de première classe Paris, Lafeuille et Viguier.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — M. le médecin principal de deuxième classe Moine, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Morer et Mathelin; — M. le médecin aide-major de première classe Mathieu.

Hôpital thermal de Barèges. — M. le médecin principal de deuxième classe Gorsse, médecin-chef; — MM. les médecins-majors de première classe Peborde et Cluzant; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Labaste.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Hervé, médecin principal au 2e régiment d'artillerie de marine à Cherbourg, est désigné, sur sa demande, pour servir au 8e régiment d'infanterie de marine à Toulon, en remplacement de M. le docteur Alix (P.-M.), qui embarque le 20 mars sur le *Cécille*.

M. Roby, médecin de première classe au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, est désigné, sur sa demande, pour servir au 3e régiment à Rochefort, en remplacement de M. le docteur Dubois, attendu de Cochinchine, et qui sera affecté au 6e régiment à Brest.

— L'École principale du service de santé de la marine vient d'inaugurer le médaillon d'Amédée Lefèvre, une des gloires les plus pures de la médecine navale française. Directeur du service de santé de la marine à Brest, Amédée Lefèvre, né à Paris le 4 juin 1798, est mort à Rochefort le 12 décembre 1869.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cantineau (de Saint-Gilles); Crickx (de Bruxelles); Abraham Mayer (d'Anvers); Vilain (de Paturages).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de Pâques.* — A l'occasion des vacances de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 25 mars 1899, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 13 avril.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 34. — JEUDI 23 MARS 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 23 MARS 1899. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Le Dentu a de nouveau pris la parole sur la question de l'appendicite. Après un examen consciencieux des diverses statistiques qui ont été publiées, tant en France qu'à l'étranger ; après avoir rappelé les réserves qu'il a émises à l'égard des propositions de M. Dieulafoy, les craintes qu'inspire encore à quelques chirurgiens l'ouverture du péritoine dans certaines conditions de suppurations plus ou moins localisées, M. Le Dentu en vient à ne plus repousser la dernière formule de M. Dieulafoy, présente même de sérieuses tendances à l'adoption en se basant sur le raisonnement suivant : Il est entendu que tout appendice touché est un appendice condamné. Il faut l'enlever un jour ou l'autre. La plupart des chirurgiens admettent que l'ablation de cet appendice en pleine crise inflammatoire n'est pas sans danger ; tous s'accordent à dire qu'opérer en pleine péritonite, c'est courir au-devant d'un échec. Il ne reste donc plus que deux solutions : ou bien attendre et opérer à froid, ou bien faire un bon et précoce diagnostic et opérer de suite. Attendre, c'est incontestablement risquer gros, puisqu'on ne sait jamais au juste comment tournera une appendicite. Logiquement, le plus sage est donc de se rallier à la dernière formule de M. Dieulafoy, et c'est ce qu'a fait M. Le Dentu.

M. Berger a communiqué une très intéressante observation d'ostéomalacie masculine avec déformations extrêmes du squelette, ainsi qu'on peut le voir sur de belles radiographies. Tous les traitements, même la médication thyroïdienne, sont restés sans résultat. En raison des bons effets, obtenus chez la femme, de la double castration tubo-ovarienne dans des cas analogues, M. Berger a proposé à ce malade la double castration. Il s'y est refusé. Il ne reste donc plus qu'à tenter les diverses médications proposées par M. Robin, qui a étudié, avec M. Maurice Binet, le chimisme respiratoire et les échanges généraux de ce malade, et qui, en se basant sur ces données fort ingénieuses, est arrivé à instituer un plan de traitement en apparence très rationnel.

L'Académie a nommé deux membres correspondants nationaux (deuxième division) : MM. Auffret (de Brest) et Forgue (de Montpellier).

NOTE SUR LA DACRYOCYSTITE DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Par M. le docteur E. VALUDE,
Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

La dacryocystite des jeunes enfants est décrite, dans les quelques auteurs qui ont traité de cette question, sous le nom de *Dacryocystite congénitale.* Cette dénomination sous-entend que l'affection serait due à une malformation congénitale, à un arrêt du développement des voies lacrymales ; c'est bien en effet le cas de beaucoup le plus fréquent, et c'est un retard dans l'ouverture du méat inférieur du canal lacrymo-nasal, qui produit ordinairement chez l'enfant nouveau-né la rétention des larmes et, partant, la dacryocystite.

Toutefois, d'autres causes peuvent intervenir et, bien que la dacryocystite soit une affection assez rare dans les premières semaines de la vie, je possède des observations qui permettent d'affirmer que dans certains cas, tout comme chez l'adulte, le larmoiement et les accidents qui l'accompagnent peuvent être causés par des rétrécissements muqueux du canal nasal ou des lésions des parois osseuses de ce même canal.

C'est ce que nous tendrons à établir au cours de cette note, de façon à justifier cette appellation de *Dacryocystite des enfants du premier âge* qui nous paraît plus conforme à la réalité des faits, que celle de dacryocystite congénitale, d'une signification trop restreinte. D'ailleurs il existe des cas de dacryocystites syphilitique et tuberculeuse chez des enfants nouveau-nés, et si nous n'en parlons pas ici, ces faits viennent à l'appui de notre manière de voir.

L'affection, dans sa forme la plus habituelle, se manifeste ordinairement vers le dixième ou le douzième jour de la naissance, ou même un peu plus tard, par un catarrhe conjonctival dont le pus est mélangé de larmes. Les parents remarquent souvent que l'œil de l'enfant est mouillé en même temps que les paupières sont souillées de pus sur les bords. La conjonctive est tomenteuse et rouge, mais d'un rouge pâle et les paupières sont peu gonflées, ce qui écarte l'idée d'une ophtalmie purulente au début. L'absence de

rougeur au grand angle de l'œil n'attire pas l'attention sur la région du sac lacrymal et la configuration un peu aplatie de la racine du nez chez l'enfant nouveau-né ne laisse pas apercevoir la saillie que fait souvent, chez les sujets plus âgés, le sac distendu.

Ceci explique que la dacryocystite des nouveau-nés passe souvent inaperçue de ceux qui ne songent point à la possibilité de cette affection; elle est prise ordinairement pour une simple conjonctivite catarrhale, car le larmoiement, lorsqu'il existe, ne suffit pas à conduire au diagnostic, de l'hypersécrétion lacrymale accompagnant toujours le catarrhe de la conjonctive.

C'est alors l'échec du traitement dirigé contre la conjonctivite, la persistance d'une suppuration que ne modifie pas un traitement rationnel, qui dirige l'attention du côté des voies lacrymales. Une pression ascendante exercée sur la région du sac fait sourdre, par les points lacrymaux, et parfois en grande abondance, un pus ordinairement assez liquide et bien lié, très jaune; dès lors le diagnostic est établi.

Il est assez rare que, chez l'enfant nouveau-né, la dacryocystite prenne une allure phlegmoneuse et se termine par une ouverture spontanée au dehors et la formation d'une fistule. J'en ai observé un cas cependant : il s'agissait d'un enfant âgé de huit jours et qui présentait une très grosse tumeur lacrymale, rouge, chaude, phlegmoneuse, renfermant environ trois centimètres cubes de pus épais strié de sang. J'ai évacué le contenu purulent par un débridement du canalicule inférieur suivi de compression du sac, et la guérison a été rapide. Chez le même enfant l'autre côté semblait sain et il n'existait aucune apparence de tumeur lacrymale; la pression sur l'angle fit cependant sourdre une goutte de pus par l'orifice lacrymal; quelques cathétérismes amenèrent la cessation de tous les symptômes de catarrhe et du larmoiement.

Quant à la fistule lacrymale je n'en ai jamais observé chez les tout jeunes enfants, mais des faits de ce genre sont signalés par Scarpa, A. Bérard, Carron du Villars et quelques autres. Dans certains cas, l'enfant vient au monde avec la fistule lacrymale; Wood et Wicherkiewicz l'ont constaté. Chez le petit malade, dont j'ai rapporté l'histoire plus haut, il est certain que la dilatation du sac lacrymal était trop considérable pour avoir pu évoluer depuis la naissance; d'ailleurs la voussure de l'angle interne de l'œil avait été remarquée dès le premier jour dans l'entourage de l'enfant.

Le pus de la dacryocystite des nouveau-nés contient ordinairement du pneumocoque, et cependant je dois mentionner que, dans le cas précédent, le pus ne renfermait qu'un seul micro-organisme, un micrococque tétragène. D'ailleurs la variété de l'agent infectieux qu'on retrouve dans la sécrétion lacrymale importe peu et il n'y a pas ici de microbe spécifique; l'infection lacrymale est produite par les microbes pathogènes qui se trouvent présents, mais cela grâce à la stagnation des larmes et l'existence de déchets épithéliaux dans le conduit lacrymo-nasal. L'obstruction mécanique de ce conduit est cause primordiale de la maladie.

L'obstruction, dans la dacryocystite des nouveau-nés, peut être due à l'imperméabilité temporaire de l'extrémité inférieure du canal nasal, dont l'évolution se trouverait en retard.

C'est le cas le plus fréquent de beaucoup. Mais, moins exclusif que la plupart des auteurs, qui ne mentionnent pas d'autre origine à l'affection qui nous occupe, je considère que c'est là seulement le mécanisme le plus fréquent par lequel s'opère l'obstruction des voies lacrymales et, consécutivement, leur infection.

J'ai observé en effet, à côté de plusieurs cas de dacryocystites dues à l'imperforation congénitale et très rapidement guéries par le cathétérisme, comme c'est la règle et comme la logique le veut, deux enfants atteints de véritables rétrécissements du canal nasal et dont le traitement a comporté une durée et des phases analogues à celles qu'on remarque dans les dacryocystites de l'adulte :

Observation I. — Le premier de ces enfants, M... de L..., était âgé d'une quinzaine de jours environ, quand je le vis pour la première fois le 26 décembre 1896; il offrait un léger catarrhe de l'œil gauche, mais surtout un larmoiement abondant. La pression sur la région du sac, faisant sourdre une goutte de pus, ne laissait aucun doute sur le diagnostic. Après quelques jours du traitement d'attente ordinaire, consistant en collyre au sulfate de zinc et en compression sur le sac, ne voyant aucune amélioration, je me décidai à intervenir et, le 31 décembre, je débridai le point lacrymal pour introduire la plus petite sonde de Bowman. Le passage de cette sonde me donna absolument l'illusion d'un cathétérisme chez un adulte. En effet, après la première coarctation siégeant à l'abouchement du canalicule dans le sac, je trouvai celui-ci dilaté et fermé par un rétrécissement assez serré du côté du canal nasal; enfin, à peu de distance de ce second rétrécissement, il en existait un troisième moins important. Je passai tous les deux jours la sonde n° 1 puis n° 2 de Bowman, jusqu'au 18 janvier 1897, en pratiquant un lavage à la seringue d'Anel après chaque cathétérisme. La suppuration ayant cessé complètement et le larmoiement n'existant plus qu'à peine, je crus la partie gagnée et, le 18 janvier, je fis un dernier cathétérisme en prescrivant pour finir de simples lavages boriqués.

Le 10 février, je devais revenir à l'emploi de sondes, car le larmoiement avait repris sa primitive abondance et la suppuration du sac réapparaissait. J'augmentai alors le numéro des sondes jusqu'à atteindre une fois ou deux le n° 3, et pour tarir la sécrétion du sac je cautérisai celui-ci avec une perle de nitrate d'argent suivant la méthode de Landolt. Le 3 mars, après huit nouveaux cathétérismes, les voies lacrymales paraissaient débarrassées de leur catarrhe, mais en somme, par le fait de la dilatation permanente du sac et de la multiplicité des rétrécissements, la fonction de l'appareil lacrymal est demeurée définitivement altérée : aujourd'hui, après deux ans, l'enfant n'a plus de catarrhe du sac, mais il offre toujours du larmoiement.

Obs. II. — La deuxième observation est celle d'un enfant de dix jours, le jeune A..., dont le frère avait été atteint de la même affection à sa naissance et n'avait pu être guéri que par le cathétérisme. Je vis cet enfant pour la première fois le 2 septembre 1889; il était atteint d'un léger catarrhe avec larmoiement. J'essayai, pendant un mois et demi, le traitement médical par la compression de l'angle interne et l'usage des collyres astringents, mais sans aucun succès. Je fis alors un débridement léger du point lacrymal et je poussai des sondes, d'abord la sonde n° 1, puis la sonde n° 2 de Bowmann. Il existait une coarctation à la sortie du sac lacrymal et je dus prolonger le cathétérisme pendant un mois pour avoir raison du larmoiement; l'enfant est resté complètement guéri depuis lors, mais la longueur relative du traitement mécanique me donne à penser qu'il ne s'agissait pas d'une simple imperforation du canal nasal, mais d'un rétrécissement de celui-ci.

En effet, dans les simples imperforations du canal, il est

de règle, en dehors de la désobstruction naturelle, que deux ou trois canalisations suffisent à la guérison totale de la maladie, et, dans l'année 1898, j'ai recueilli deux observations dans lesquelles, avec trois cathétérismes, j'ai obtenu ce résultat.

Des observations précédentes, je veux tirer cette conclusion que la dacryocystite des nouveau-nés n'est pas toujours due à une malformation congénitale, mais qu'elle peut se présenter avec les mêmes caractères que la dacryocystite des adultes.

Il n'en reste pas moins que l'imperforation congénitale de l'orifice inférieur du canal nasal constitue la cause, de beaucoup la plus fréquente, des dacryocystites, chez l'enfant nouveau-né.

Chevallereau a, cliniquement, constaté cette imperforation de l'orifice inférieur du canal quand il raconte (Soc. franç. d'ophtalm., 1891) que dans un cas, après avoir inutilement passé une sonde plusieurs fois, il eut un jour l'intuition qu'il était arrêté par un obstacle qu'il devait franchir; il poussa la sonde, força l'obstacle et, de ce jour, le larmoiement cessa.

Michel et Vlacovitch ont d'ailleurs, vers la même époque, reconnu anatomiquement la fermeture du canal nasal chez les nouveau-nés et, dans un travail tout récent, paru dans les *Archives d'ophtalmologie* (février 1899), Rochon-Duvigneaud a publié trois observations, avec des planches, qui montrent, avec la plus grande netteté, l'imperforation de l'orifice inférieur du canal nasal chez les nouveau-nés et la dilatation des voies lacrymales qui en résulte.

Comme conséquence de cette constatation, que la dacryocystite des nouveau-nés la plus fréquente est celle qui est due à une imperforation, mais temporaire, du canal nasal, il ressort que le traitement médical semble indiqué pour permettre d'attendre le travail de désobstruction naturelle des voies lacrymales.

C'est, en effet, la pratique la plus généralement adoptée, et nous voyons la plupart des auteurs conseiller l'attente, jointe à des instillations de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent (Panas) et à la compression digitale répétée exercée au niveau du sac lacrymal. Coppez (de Bruxelles) relate une observation où la tumeur lacrymale disparut complètement sitôt que la nourrice eut pratiqué la succion du nez chez l'enfant; M. Panas, partisan de l'expectation, ne repousse pas dans son livre ce bizarre moyen de traitement. Nous n'hésitons pas à déclarer que rien ne nous paraît moins justifiable que l'expectation dans ce cas, poussée au delà de certaines limites.

Un élève de M. Panas, M. Lévy, a fait en 1897 sa thèse inaugurale sur la dacryocystite congénitale, et il a relevé la plupart des cas connus de cette maladie. Nous y voyons que, sur cinq fois où la guérison fut obtenue par le traitement médical, celle-ci se fit attendre au minimum un mois, en moyenne six semaines et deux fois six mois. Sans que l'affection soit redoutable par elle-même, il ne nous paraît pas justifié d'attendre aussi longtemps la cessation de la suppuration et du larmoiement, alors qu'une intervention aussi simple que le cathétérisme peut faire disparaître ces symptômes en quelques jours.

Il a été objecté que le cathétérisme, précédé ou non de débridement du point lacrymal, était, chez le nouveau-né, une intervention délicate et même difficile; M. Lévy, dans les conclusions de sa thèse, pose, comme principe, l'emploi du chloroforme.

Nous pouvons fermement déclarer que ces difficultés n'existent pas pour ceux qui ont essayé cette petite opération; nous l'avons pratiquée un bon nombre de fois, sans avoir besoin de chloroforme et toujours assez facilement. Un aide pris dans l'entourage de l'enfant suffit à immobiliser la tête en lui emprisonnant les deux tempes entre ses mains.

Je n'entends pas dire que le traitement médical, les collyres astringents et la compression répétée, soit à rejeter; loin de là, et, comme tout le monde, j'ai obtenu des succès par ce moyen. Je crois seulement qu'il est inadmissible de se contenter d'attendre, quand le traitement médical est demeuré inefficace pendant huit ou quinze jours. D'autant que, si, au lieu d'une imperforation temporaire de l'orifice inférieur du canal nasal, il s'agit, comme chez les deux enfants dont j'ai rapporté l'observation, de rétrécissement du trajet lacrymal, le traitement médical est destiné à demeurer impuissant.

En résumé, d'après mon observation, la dacryocystite des enfants du premier âge n'est pas uniquement une affection spéciale dépendant d'une prolongation de l'occlusion fœtale du canal nasal; elle comporte encore d'autres causes qui la rapprochent de la dacryocystite des adultes.

Le traitement médical ou d'attente devra toujours être essayé, mais pas plus de dix à quinze jours; il consistera en instillations d'un collyre faible au sulfate de zinc ou au nitrate d'argent (1/200) et en compressions répétées de l'angle interne de l'œil, destinées à évacuer le contenu du sac lacrymal.

Si ce traitement se montre impuissant et dans l'hypothèse, toujours la plus probable, d'une imperforation congénitale, on pratiquera le cathétérisme avec une sonde d'argent fine, le stylet d'Anel ou la sonde n° 1 de Bowman. Le débridement du point lacrymal n'est pas nécessaire au passage de cette sonde; la dilatation de l'orifice avec le stylet pointu de Sichel suffit.

On effondrera les diaphragmes muqueux, suivant l'expression de Rochon-Duvigneaud, avec la sonde, et la guérison suivra rapidement.

Si ce cathétérisme simple ne suffit pas et si surtout il existe des rétrécissements du canal nasal, il faudra débrider légèrement avec le couteau de Weber, le point et la canalicule lacrymaux, de façon à passer la sonde n° 2 et exceptionnellement le n° 3 de Bowman. Des irrigations antiseptiques avec la seringue d'Anel seront utiles pour tarir plus rapidement la sécrétion purulente du sac lacrymal. Sauf dans certains cas particuliers, l'anesthésie générale ne nous paraît pas nécessaire pour mener à bien ces différentes interventions.

TRAITEMENT DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE

Par M. le docteur A. Broca, chirurgien de l'hôpital Trousseau.

(Communication à la Société de pédiatrie.)

A la dernière séance de la Société de pédiatrie, notre collègue Villemin nous a communiqué un intéressant travail sur le traitement de l'ectopie testiculaire. J'ai remis à aujourd'hui de prendre la parole parce que je voulais apporter des documents précis sur des malades nombreux et revus à longue échéance. Là est en effet la légère critique

qu'on peut adresser au travail de notre collègue, travail établi sur les observations de 15 enfants seulement, sans nouvelles postérieures à la sortie de l'hôpital, au bout de quelques jours. Aussi pourrai-je peut-être apporter quelques renseignements utiles, d'après 138 opérations pratiquées sur 115 sujets; d'autant que sur ces malades j'en ai revu, grâce à l'activité de mon élève et ami Bonnet, 62 porteurs de 79 testicules opérés depuis un an au moins jusqu'à six ans.

Il y a d'abord un point sur lequel je confirme de toutes mes forces l'opinion de Villemin : il ne faut jamais traiter l'ectopie testiculaire par la castration. Opératoirement, la conservation de l'organe est toujours possible, et j'aurais eu honte d'y insister, croyant les chirurgiens unanimes sur ce point, si je n'avais lu récemment, je ne sais plus où, un travail sur l'anatomie du testicule ectopié d'après les pièces fournies par des castrations dont le nombre m'a paru extraordinaire. Je dis que le testicule peut toujours être conservé : 138 fois je l'ai respecté, et une seule fois je l'ai enlevé chez un tout jeune enfant atteint de hernie étranglée que j'ai cru utile d'opérer le plus prestement possible.

On pourrait objecter qu'il est inutile de perdre du temps à conserver le testicule quand on le trouve atrophié, en sorte que son développement ultérieur est définitivement compromis. L'examen des opérés à longue échéance permet de conclure contre cette opinion : j'ai vu des testicules d'apparence très médiocre devenir bons par la suite et, par contre, j'en ai vu s'atrophier peu à peu qu'au premier jour j'avais jugés bons. Et cela est vrai quel que soit le siège de la glande, dans le ventre, dans le canal, à l'anneau : toutes les variétés fournissent, pour le développement ultérieur de la glande, des succès et des insuccès qui m'ont paru impossibles à prévoir. Sans doute, on peut avoir quelques probabilités en faveur de telle ou telle hypothèse, mais c'est tout. On peut tirer des probabilités plus grandes de la longueur du cordon, mais ici encore il n'y a pas de certitude. J'ai vu se coller peu à peu contre le pubis des testicules à cordon primitivement long et j'en ai vu au contraire se mobiliser et descendre peu à peu.

Au point de vue de l'indication opératoire, deux faits dominent : 1° la fréquence des douleurs; 2° la constance d'un sac herniaire concomitant et j'ajouterai que ce sac est presque toujours testiculaire. La hernie avec ectopie est d'ordinaire réfractaire au bandage et expose à des accidents d'étranglement fréquents et graves.

Je n'insiste pas, car sur tous ces points il n'y a pas de divergences entre les chirurgiens. Mais à quel âge faut-il opérer? M. Villemin semble croire que classiquement on conseille d'attendre jusqu'à dix ou douze ans, « âge audessous duquel il était convenu comme dangereux de faire l'orchidopexie »; il nous encourage à agir plus tôt. Il y a longtemps que cette limite d'âge a été abaissée, et pour mon compte particulier j'ai opéré un nombre considérable de sujets plus jeunes que cela; mes publications antérieures sur les hernies de l'enfant en font foi.

Je reconnais d'ailleurs que, sauf existence d'une hernie concomitante grosse et nette, j'opère les ectopies testiculaires bien moins tôt que les hernies proprement dites. Mais cela n'est pas du tout parce que l'opération est dangereuse, ni parce que chez les jeunes enfants au-dessous de trois ans l'urine, dont on ne peut éviter la souillure, est capable d'infecter gravement la plaie opératoire. Cette plaie est identique à celle d'une cure de hernie simple, et, chez les enfants au-dessous de trois ans, j'ai opéré plusieurs centaines de hernies sans avoir eu à me plaindre de cet inconvénient redouté par notre collègue. Mais si, de parti pris, quand il n'y a ni souffrances ni hernie manifeste, j'attends plus volontiers pour l'ectopie, c'est que parfois a lieu une descente tardive. Cette descente, sans doute, s'accompagne volontiers de hernie et dès lors n'évite pas l'opération; mais elle allonge d'autant le cordon et favorise la bonne situation définitive du testicule.

Voici maintenant, dans leur ensemble, mes résultats. Sur mes 138 opérations, la mortalité a été nulle.

Pour l'étude plus détaillée, je n'ai plus fait entrer en ligne de compte que mes opérés revus à longue échéance, de un an à six ans après l'opération. Sur ces 79 opérations, il y a eu 3 suppurations légères, n'ayant pas compromis le résultat; dans tous les autres cas, j'ai obtenu la réunion immédiate. Sur un seul sujet, j'ai constaté une impulsion douteuse dans le haut de la cicatrice; pour tous les autres, la paroi est solide, sans trace de hernie. Les douleurs, quand elles existaient avant l'opération, ont disparu. Une fois, le testicule conservé et remonté contre l'anneau est devenu le siège de douleurs névralgiques, qui ont nécessité la castration. Dans tous les autres cas, la glande conservée est restée indolente, mais quel est son siège et quel a été son développement?

Je compte 31 résultats parfaits, dans lesquels il est impossible de dire si la hernie opérée s'accompagnait ou non d'ectopie.

Par contre, 13 fois le testicule s'est atrophié secondairement, au point quelquefois de ne plus pouvoir être senti à la palpation. Ces sujets ont d'ailleurs encore le bénéfice de ne plus souffrir et de ne pas porter de bandage.

Les 35 autres testicules restent tous hors de l'anneau, mais plus ou moins haut dans le scrotum, ou contre le pubis. Cette ectopie extra-inguinale, de degré variable, ne s'accompagne plus ni de douleur, ni de hernie.

J'ai toujours opéré par le procédé le plus simple : ablation du canal péritonéo-vaginal, section complète du crémaster et des brides fibreuses, effondrement de la cloison qui ferme la racine des bourses, et création avec le doigt d'une cavité où se loge le testicule. Cela fait, je suture exactement et étroitement le canal, comme pour toute cure radicale de hernie, et je fais descendre le surjet sur le haut du cordon. Mais, — sauf pour mes deux ou trois premières opérations, — je ne couds jamais le testicule au fond du scrotum. Il y a là, je l'ai dit depuis longtemps, un point d'appui d'une insuffisance notoire, et quand le cordon se rétracte secondairement, le point de suture a pour simple résultat que le scrotum s'invagine en doigt de gant. Et je dirai, en terminant, que le point d'appui pris par M. Villemin sur le testicule du côté opposé me semble bien précaire. Je crains qu'avec le temps cette glande saine et bien placée ne soit attirée en haut et vers celle qui se rétracte. Quand le cordon est long et le reste, on ne gagne évidemment rien à cette suture; je crains qu'on n'y perde s'il se rétracte. L'avenir seul nous apprendra si les résultats parfaits sont plus ou moins nombreux avec ce nouveau procédé.

Mais les faits actuellement publiés ne nous permettent pas de porter un jugement, car l'état du malade, quinze jours après l'opération, ne signifie rien, je le répète, pour ce qu'on observera plus tard. Et, par exemple, assez souvent se fait dans la cavité scrotale effondrée un hématome

cylindrique, au milieu duquel on apprécie mal où est le testicule : on le croit au fond des bourses, en bas de l'hématome, et en réalité, quand le sang se résorbe, on constate qu'il est plus ou moins haut. De même, il faut compter avec la possibilité de l'atrophie tardive d'un testicule au premier abord bien développé. Dans quelques années seulement, nous pourrons nous prononcer sur la valeur comparative du procédé ancien et du procédé nouveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1899. — Présidence de M. PANAS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. LE DENTU passe en revue les diverses statistiques qui ont été publiées, tant en France qu'à l'étranger.

Une statistique allemande portant sur six années donne 4 p. 100 de mortalité. M. Le Dentu pense que ce chiffre si peu élevé tient à ce qu'on n'a relevé, dans cette statistique, que les cas d'appendicite sans péritonite, celle-ci, dans bien des cas, pouvant masquer l'appendicite et la rendre même indiagnosticable.

Abordant ensuite la statistique de l'armée française, publiée par M. Chauvel, M. Le Dentu ne peut croire que le chiffre de 30 p. 100 de mortalité soit un chiffre définitif. Il pense qu'il y a eu des causes particulières d'étiologie ou autres. A la Société de chirurgie, on a vu que les opérations pratiquées en pleine péritonite, avaient donné une mortalité effroyable, 80 p. 100. Si l'on s'en tenait à ces chiffres, on serait bien en droit de dire, contrairement à M. Dieulafoy, qu'on meurt beaucoup trop d'appendicite.

M. Le Dentu arrive à la formule de M. Dieulafoy, relativement à la nécessité de l'intervention hâtive et constante. Des médecins, et surtout des chirurgiens, avaient émis de grandes réserves à l'égard de cette formule. Pour ce qui est des chirurgiens, ces réserves peuvent s'expliquer de la façon suivante : Bien que, de nos jours, on n'hésite plus à ouvrir la cavité abdominale, certains chirurgiens ont cependant continué à craindre l'ouverture du péritoine dans certains cas, tels, par exemple, que des cas de salpingites suppurées. C'est ainsi que quelques-uns d'entre eux, avec Roux (de Lausanne), étaient même arrivés à ne plus jamais ouvrir le ventre dans ces cas et à attendre de pouvoir les opérer à froid. Aussi, étant donné que tout appendice touché est condamné et doit être opéré un jour ou l'autre, fait sur lequel tout le monde est d'accord aujourd'hui, peut-être est-il plus logique de prendre les devants et d'adopter alors franchement la formule de M. Dieulafoy en opérant toute appendicite dès qu'elle a pu être diagnostiquée. Il semble, en effet, démontré que, dans ces cas, l'opération n'est ni plus grave, ni plus difficile qu'à froid. M. Walther, à la Société de chirurgie, a déclaré que chaque fois qu'il était intervenu dans ces conditions, les choses s'étaient passées aussi simplement que possible.

En considération de ces faits, M. Le Dentu termine donc en disant qu'il ne s'oppose pas à la formule de M. Dieulafoy, qu'il la croit bonne, et que c'est peut-être là le nœud de la question.

COMMUNICATION

Ostéomalacie masculine avec déformations extrêmes du squelette. — M. PAUL BERGER. Le malade avait vingt ans quand, en avril 1895, il vint se présenter à M. Berger avec un double genu valgum plus prononcé à gauche qu'à droite; ce genu valgum s'était développé rapidement et gênait notablement la marche. Le sujet paraissait bien portant, mais présentait quelques traces de rachitisme ancien. L'ostéotomie supra-condylienne du côté gauche fut pratiquée, le genou redressé et le fémur se consolida sans complication; mais peu de temps après l'opération, le malade se plaignit de douleurs spontanées très vives dans tous les membres, sauf dans le membre opéré, et principalement dans le membre inférieur droit; ces douleurs furent considérées comme des douleurs rhumatismales. Ce ne fut que trois mois après qu'on s'aperçut d'une mobilité anomale dont les deux jambes étaient le siège, mais qui était plus prononcée à gauche qu'à droite; les os de ces membres étaient devenus flexibles; le pied gauche en outre était raccourci; il existait des crampes douloureuses et des contractures dans les deux membres inférieurs dont le squelette était excessivement sensible à la pression. L'existence d'une ostéomalacie fut reconnue.

En décembre 1896, les déformations avaient acquis une très grande étendue aux membres inférieurs, qui étaient infléchis, tordus, raccourcis, et où les moindres mouvements déterminaient des douleurs intolérables; le bassin était pris. A ce moment apparurent subitement des douleurs analogues dans les membres supérieurs avec une impotence fonctionnelle absolue surtout à gauche. Le processus avait résisté aux traitements par les fluorures, les phosphates, l'huile de foie de morue, le phosphore; pour tacher d'arrêter l'extension de l'affection aux extrémités supérieures, M. Berger proposa au malade la castration double qui fut refusée.

Aujourd'hui les déformations du squelette sont telles que le cas ne peut se comparer qu'à celui de la femme Supiot. La taille s'est réduite à 1m06 du sommet de la tête à l'extrémité des pieds placés dans l'extension; les jambes ont 12 centimètres de long, les cuisses 19; elles présentent des plis et des bourrelets dus au ratatinement des parties molles. Le thorax, moins déformé que le reste, est aplati, le sternum enfoncé, mais la colonne vertébrale est rectiligne, le malade étant resté couché dans une gouttière; les deux humérus et l'avant-bras gauche sont recourbés en demi-cercle; le crâne est aplati d'avant en arrière, élargi transversalement, la face large aux pommettes, terminée en pointe.

Tous les os sont flexibles; le contact, les mouvements déterminent les douleurs les plus vives, mais il n'y a plus de crampes, ni de tremblement; les muscles ne sont pourtant pas paralysés complètement.

Le malade est constamment inondé de sueurs profuses et fétides; il est atteint d'une néphrite interstitielle qui paraît faire des progrès rapides.[1]

M. Berger présente des radiographies du squelette dont les os, à peine reconnaissables, sont transformés en cordons flexueux présentant toute espèce de plis, de torsions, de circonvolutions.

Ce fait est remarquable :

1° Par la généralité et le degré extrême des déformations osseuses;

2° A cause de son début qui a été annoncé par l'apparition d'un genu valgum ;

3° Par la consolidation du fémur ostéotomisé pour cette lésion, quoiqu'il fût atteint d'ostéomalacie ;

4° Par l'absence de toute circonstance étiologique capable d'expliquer le développement de cette ostéomalacie, rare encore comme cas d'ostéomalacie masculine;

5° Par la résistance de l'affection à tous les traitements. — M. Berger eût voulu essayer de la castration double, qui chez la femme (Fehling) a donné de réels succès; le malade s'y est refusé. La médication thyroïdienne n'a pu être employée d'une manière suivie, à cause de l'état des reins.

L'étude des échanges nutritifs et du chimisme organique de ce malade a été fait par M. Albert Robin.

M. ROBIN a pu étudier, avec M. Binet, le chimisme de la nutrition de deux ostéomalaciques de M. Berger, dont l'un est le sujet dont il vient de parler. Étudiant le chimisme respiratoire chez les deux malades ostéomalaciques, ils ont constaté que la consommation d'oxygène et l'exhalaison d'acide carbonique sont supérieures à la normale, mais presque tout l'oxygène absorbé sert à faire l'acide carbonique; très peu se fixe.

Après le repas, la quantité d'oxygène consommé croît et ne sert pas à faire presque exclusivement l'acide carbonique, comme chez le sujet normal, mais cette quantité est chez les malades inférieure à la normale; la plus grande partie d'oxygène est fixée par les tissus.

L'oxygène absorbé, l'acide carbonique exhalé, l'oxygène fixé par les tissus, sont exagérés par rapport à la normale.

L'évolution des matières ternaires est très amoindrie. L'urine en renferme des quantités considérables.

Le coefficient azoté (sur 100 parties d'azote éliminé, il y en a 95 d'urée normalement) est très abaissé chez les ostéomalaciques : 75 au lieu de 95.

Les échanges phosphoriques sont augmentés.

Les échanges calciques sont exagérés.

En se basant sur cet examen des excréta, on peut proposer les traitements suivants :

1° Améliorer l'évolution des matières ternaires en améliorant leur digestion, par exemple en donnant maltase et phosphate de chaux; stimuler l'action du pancréas par le jaborandi et celle du foie par le boldo. Le massage de l'abdomen pourrait améliorer l'assimilation.

2° Améliorer l'oxydation des matières ternaires : le corps thyroïde, les bains d'air comprimé et l'oxygène peuvent être utiles en ce sens.

3° Accélérer la nutrition azotée au moyen du sulfate de quinine, du quinquina.

4° Empêcher l'élimination de la chaux et protéger sa fixation au moyen des fluorures d'ammonium et de calcium. Les sels de strontium mettent en train la fixation des sels de chaux. Les glycérophosphates peuvent fournir les sels de chaux.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Une candidature à l'Académie de médecine.

Pris un beau jour d'ambition sénile,
Un candidat s'était ganté de frais;
Titres en main, il parcourt la Ville,
D'un bon fauteuil escomptant les attraits :
Il visita le monde académique,
Se fit petit, suppliant et courtois.
Chaque savant, dit-il, m'est sympathique,
Je les connais, bien sûr, j'aurai leurs voix.

Il va d'abord dans un hôtel splendide,
Où le valet lui demande son nom;
Il se présente et, d'une voix timide,
Au Maître dit ses titres sans aplomb :
« J'ai publié vos leçons de clinique,
« Dans les journaux j'ai conté vos exploits.
— « Mon cher Monsieur, vous m'êtes sympathique,
« Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

— « Voyons, dit-il, ce grand pathologiste,
« Il est puissant, il règne en souverain;
« Si je pouvais être mis sur sa liste,
« J'arriverais le premier, c'est certain. »
Mais le rival, dans chaque cas critique,
Mandait le Maître, et cela bien des fois.
— « Mon bon ami, vous m'êtes sympathique,
« Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

Il monte alors au quatrième étage
Chez un savant à l'œil vif et malin.
Oh! celui-là doit être un homme sage,
Pour son savoir c'est un bénédictin.
Mais le savant, à l'estomac épique,
Chez le rival dînait cinq fois par mois.
— « Mon cher Monsieur, vous m'êtes sympathique,
« Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

Dans un quartier retiré loin du monde
Un Immortel gémissait anhélant;
Il ne pouvait uriner sans la sonde,
Il était seul et son docteur absent.
Introduisant l'instrument cylindrique,
Le candidat mit fin à ses abois.
— « Cent fois merci! Vous m'êtes sympathique,
« Mon bon Monsieur, mais j'ai promis ma voix. »

MORALITÉ

Vous que tourmente une ambition vaine,
Qui rêvez gloire, honneurs, habit brodé,
Soyez-en sûrs, la défaite est certaine
Pour celui qui n'est pas inféodé.
Si vous n'avez une table magique,
Des vins exquis, des amis d'un grand poids,
Par politesse on vous dit sympathique,
N'en croyez rien, vous n'aurez pas de voix.

A. CORLIEU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin. — 18 mars : MM. Belin, 27; Bezançon, 26.

19 mars : MM. Renault, 29; Dupré, 30.

MM. Dupré, 85; Aviragnet, 84; Lamy, 83; sont nommés médecins des hôpitaux de Paris.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Escat est chargé d'un cours complémentaire des maladies des organes génito-urinaires.

— *Banquet de l'internat.* — Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 29 avril 1899, à sept heures et demie, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le professeur Dieulafoy.

— MM. Parès, médecin de première classe, et Pauc, médecin de deuxième classe de réserve du port de Toulon, sont maintenus, sur leur demande, dans les cadres de la réserve de l'armée de mer, à l'expiration du temps de service exigé par la loi de recrutement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Maxime Durand-Fardel, associé national de l'Académie de médecine; Gibert (du Havre), correspondant national de l'Académie de médecine; Henry Morin (de Paris); Pizot, ancien sous-préfet de Lunéville, percepteur à Taverny et ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 35. — SAMEDI 25 MARS 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 25 MARS 1899. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien s'est ouvert jeudi à l'Assistance publique. La question écrite était : « Grand sympathique cervical. Du mal vertébral sous-occipital. »

Les deux questions restées dans l'urne étaient : 1° « Région obturatrice. Traitement des gangrènes herniaires ; » 2° « Région mastoïdienne. Des abcès du cerveau. »

Le jury s'est ajourné au mercredi 12 avril, à quatre heures et demie, à l'hôpital de la Charité, où aura lieu la première séance de lecture.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lucas, directeur du service de santé de la marine, en retraite, décédé à Paris, à l'âge de soixante-dix ans. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui samedi 25 mars, à onze heures très précises, en l'église Notre-Dame des Champs. — On se réunira à la maison mortuaire, rue d'Alençon, n° 4.

— Par décision ministérielle, en date du 22 mars 1899, a été porté à la première classe de son grade, pour compter du 22 mars 1899, M. Guès, directeur du service de santé de deuxième classe, à Rochefort.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 20 mars et sur la proposition de M. Labusquière, a décidé qu'il serait sursis jusqu'au 1er juillet prochain à l'exécution de l'arrêté du préfet, en date du 4 février 1899, portant réorganisation du service médical de la préfecture de la Seine. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 165.)

— *Corps de santé de la marine.* — M. Gouzer, médecin principal à Brest, est désigné, au deuxième tour, pour remplacer au 2e régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, M. le docteur Hervé, passé, sur sa demande, au 8e régiment d'infanterie de marine, à Toulon.

— M. Monin, médecin en chef de réserve du port de Toulon, est rayé, à compter du 29 mars 1899, des cadres de la réserve de l'armée de mer, comme ayant atteint la limite d'âge fixée par l'article 9 du décret du 25 juillet 1897.

— MM. les médecins de première classe Marestang, du service général à Cherbourg, et Audibert, destiné au 11e régiment d'infanterie de marine en Cochinchine, sont autorisés à permuter.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899.

1. M. Cordonnier (Paul). De la situation de l'oreillette gauche relevée par la percussion dorsale; application au diagnostic du rétrécissement mitral. — 2. M. Barandon (Justin). Un nouvel appareil insufflateur pour la respiration artificielle dans les cas d'asphyxie. — 3. M. Josse (Honoré). Du traitement des fractures récentes transversales de la rotule. — 4. M. Moulin (Amable). Des manifestations rhumatoïdes du surmenage. — 5. M. Cètre (Auguste). Les rayons Röntgen appliqués à l'étude des affections médico-chirurgicales et en particulier à celle des tumeurs. — 6. M. Debève (Jean). Des crises gastriques du tabes avec hématémèses. — 7. M. Jullien (Léon). Recherches expérimentales sur l'agglutination du bacille de Nicolaïer par le sang des animaux normaux et tétaniques et par le sérum antitétanique. — 8. M. Gonnaud (Joseph). Etude sur la valeur pronostique de la fièvre dans la variole. — 9. M. Imbert (Gabriel). Contribution à l'étude de la responsabilité dans l'absence du sens moral. — 10. M. Bernoud (Claude). De la syphilis tertiaire des fosses nasales, étude clinique. — 11. M. Bounhiol. Étude clinique sur la nouvelle tuberculine TR de Koch. — 12. M. Chaudoye (Henri). Traitement des fractures compliquées de la jambe (fractures diaphysaires du tibia et du péroné); résultats fonctionnels éloignés. — 13. M. Spire (Charles). L'exostose sous-unguéale des doigts, étude clinique et pathogénique. — 14. M. Blondeau (Albert). Des accidents causés par l'étranglement des hernies diaphragmatiques; étude anatomique et clinique. — 15. M. Le Dantec (Aristide). Du retard du pouls sur le choc de la pointe du cœur dans les sténoses mitrales. — 16. M. Delacroix (Albert-Émile). Actinomycose ano-rectale. — 17. M. Blot (Pierre). Sur la non-existence de l'artérite rhumatismale. — 18. M. Vennin (Henri). Les cèpes dans leurs rapports avec l'alimentation. — 19. M. Laporte (Georges). De la péritonite par propagation d'origine intestinale. — 20. M. Vorbe (Paul). Des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. — 21. M. Fabre (Émile). De l'occlusion intestinale par torsion du mésentère. — 22. M. Gallois (Émile). Fracture de l'extrémité inférieure du radius; étude radiographique, physiologique et expérimentale. — 23. M. Cohen-Solal (Abraham). Insuffisance aortique et rétrécissement mitral combinés (étude clinique). — 24. M. Lapin (Joseph). Le purpura infectieux; son étiologie, sa pathogénie, ses variétés cliniques. — 25. M. Wurtz (Frédéric). Contribution à l'étude des fractures des métatarsiens. — 26. M. Humbert (Maurice). De l'épithélioma sublingual. — 27. M. Perret (Alexandre). Revue critique du traitement de la scoliose essentielle des adolescents. — 28. M. Le Guelinel de Lignerolles (Albert). Des injections de sérum de la veine rénale dans le traitement de l'urémie. — 29. M. Cochois (Victor). Des localisations de l'infection ourlienne sur le

tissu lymphoïde. — 30. M. Sousselier (Paul). Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques. — 31. M. Malaspina (Pierre). De la valeur des opérations conservatrices dans les traumatismes graves du genou. — 32. M. Thouzellier (Louis). Du rythme couplé du cœur dans les maladies aiguës. — 33. M. Caillon (Louis). Des conséquences éloignées des cautérisations utérines au point de vue dystocique. — 34. M. Lannou (Pierre). Traitement des déviations utérines par les méthodes sanglantes. Des opérations plastiques en particulier. — 35. M. Comte (Francis). Des injections sous-cutanées de sérum artificiel après les grands traumatismes accidentels et chirurgicaux. — 36. M. Wyart (Louis). De l'arrachement chez la femme de la totalité du cuir chevelu. — 37. M. Rigourd (Emmanuel). Contribution à l'étude du traitement chirurgical du mal perforant plantaire. — 38. M. Bouchart (A.). Des mécanismes comparés de la myopie traumatique et de l'accommodation. — 39. M. Ouin (Arthur). Du drainage des collections péritonéales par la voie rectale. — 40. M. André (Henri). Contribution à l'étude des trochantérites. — 41. M. Ga dit Gentil (Charles). Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de calomel au point de vue de leur action sur les leucocytes. — 42. M. Régnault (Etienne). Nouvelles recherches sur le volume du cœur et les modifications de la circulation périphérique dans la tuberculose; étude clinique. — 43. M. Dienot (Fernand). De la glycosurie dans la maladie de Basedow. — 44. M. Ducray (J.). L'orthoforme; ses indications en laryngologie. — 45. M. Rouvillois (Henri). Du syndrome de Parkinson chez les jeunes sujets. — 46. M. Fournier (Paul-Emile). Les arthropathies alvéo-dentaires au cours de l'ataxie locomotrice. — 47. M. Gardette (Victor). Application de la radiographie à l'étude de la coxalgie. — 48. M. Despinay (François). Du menthol dans le traitement des vomissements de la tuberculose pulmonaire. — 49. M. Audemard (Émile). Du cérébro-typhus sans dothiénentérie; les typho-psychoses. — 50. M. Hochwelker (Henri). Recherches sur le passage des substances solubles du fœtus à la mère. — 51. M. Rouchaud (René). Du pseudo-xanthome élastique. — 52. M. Humbel (Louis). Contribution à l'étude de l'ictère persistant; indications générales de l'intervention chirurgicale. — 53. M. Jojot (Charles). Du traitement de l'épilepsie essentielle par résection du sympathique cervical. — 54. M. Vergne (Édouard). De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mickulicz; mode d'action, conduite à tenir, et en particulier des dangers d'une ablation précoce. — 55. M. Janot (Charles). De l'oviducte chez la femme; ses modifications pendant la grossesse utérine. — 56. M. Mordant (A.). Des ostéites du grand trochanter et de leurs rapports avec la coxalgie (coxalgie trochantérienne). — 57. M. Alix (Victor). Sur la question de l'augmentation de fréquence du diabète; étude statistique. — 58. M. Courvoisier (Albert). Des lésions non traumatiques de l'encéphale comme cause de diabète.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie d'urgence, indications, thérapeutique opératoire, par le docteur E. Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 jésus, cartonné parchemin, de 311 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Les régénérations d'organes, par le docteur Paul Carnot, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-16 carré de 96 p., 14 fig., cartonné. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

Anévrysme pariétal du cœur.

Par C. Bacaloglu,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

L'histoire de l'anévrysme cardiaque est de date relativement récente. On employait assez souvent le terme d'anévrysme, mais il s'agissait de dilatation simple sans poche anévrysmale.

La première observation authentique remonterait à Galeati (1757). R. Marie (th. 1897) cite encore de cette période purement anatomique les cas de Walter (1759), Baillie (1793), Corvisart (1797), Krey (1815), Bérard (1826), Biett (1827) qui rapporte le cas célèbre du tragédien Talma.

Cette pièce anatomo-pathologique peut être vue au musée Dupuytren. C'est un bel exemple d'anévrysme sacciforme à collet relativement mince.

En 1827, Breschet publie un mémoire et fait rentrer ces cas dans la catégorie des anévrysmes faux, consécutifs à une rupture incomplète des parois du cœur.

Ces idées sont admises par beaucoup d'auteurs, pourtant la grande majorité d'anatomo-pathologistes considéraient l'anévrysme du cœur comme la transformation fibreuse du myocarde, de nature inflammatoire.

Pelvet (1867), le premier, attire l'attention sur la fréquence des altérations des artères coronaires. Les mêmes opinions se manifestent dans les travaux allemands (Huber 1875, Leyden 1887), Ziegler, et dans les travaux français les plus récents, Odriozola (1888), Nicolle, Huchard. Pourtant, à côté de l'opinion qui s'établit de plus en plus, c'est-à-dire que l'anévrysme du cœur est fonction de l'oblitération lente des coronaires, quelques auteurs (Rendu, Soc. méd. des hôpitaux, 1887) constatant la fréquence des adhérences péricardiques, cherchent à établir une filiation entre la symphyse péricardique limitée et l'anévrysme du cœur. Les nombreux cas présentés en ces derniers temps à la Société anatomique, recueillis en partie dans la thèse remarquable de R. Marie (1897), prouvent que réellement il y a un rapport de cause à effet entre l'oblitération coronarienne et l'anévrysme de la pointe. Parmi les observations de ces dernières années citons celles de Pilliet (1883), Goujet (1892), Gesland, Auclair, Griffon, Claude (1895), Bacaloglu (*Bull. de la Soc. anat.*, 1897).

II

Les anévrysmes du cœur siègent de préférence au niveau du ventricule gauche, et surtout à la pointe (sur 90 observations de Pelvet, 87 fois l'anévrysme occupait le ventricule gauche, 3 fois le ventricule droit); sur 50 observations d'Odriozola, une seule fois le ventricule droit était atteint.

Comme fréquence relative, il faut noter que, dans l'immense majorité des cas, sont atteintes la paroi antérieure, puis la cloison inter-ventriculaire et la face postérieure du ventricule plus près de la base que de la pointe.

L'anévrysme est unique; quelquefois sa paroi est déprimée à certains endroits et il paraît bosselé; pourtant Kundrat (Soc. imp. des méd. de Vienne, 1892) signale trois poches anévrysmales chez le même sujet.

Letulle cite encore 3 observations (*Traité d'anatomie pathologique*, p. 88) de Little, Quain, Lejars, où il existait un double anévrysme.

Le volume de la tumeur est extrêmement variable : quand l'anévrysme est plus volumineux, il peut atteindre le volume d'une demi-pomme (Kundrat), d'une orange (Ormerod), du poing (Bossu), et très rarement il peut atteindre un tel volume que le cœur en serait doublé (cœur en bissac).

Le cœur n'est qu'un vaisseau différencié; à la tunique élastique et musculaire lisse des vaisseaux il fait suite une épaisse couche de muscle strié; la comparaison peut être poussée plus loin encore; le sac péricardique n'est qu'une modification du tissu conjonctif périartériel adapté au mouvement rythmique et puissant de la pompe cardiaque. La pathologie du cœur se rapproche donc de celle des vaisseaux. Et de même qu'au niveau de l'aorte on peut constater, soit une simple dilatation plus ou moins régulière, avec une paroi calcaire et profondément modifiée, constituant la maladie d'Hogston, soit un anévrysme vrai sacciforme avec un collet et une cavité plus ou moins anfractueuse; de même au niveau du cœur en rencontre tantôt un effondrement de presque toute la paroi antérieure du ventricule gauche, tantôt un véritable sac anévrysmal, qui donne au cœur l'aspect en besace.

En effet, quelquefois la paroi ventriculaire se continue sans ligne de démarcation avec la paroi de l'anévrysme; la transition est peu sensible, et alors on constate seulement que les fibres musculaires disparaissent pour faire place à un tissu dur de sclérose. Le plus souvent, il y a comme une poche appendue à la surface ventriculaire. Si on regarde alors l'intérieur du cœur, on voit un véritable collet à bords plus ou moins tranchants et conduisant dans l'intérieur du sac tapissé par des caillots fibrineux et cruoriques.

Les caillots contenus dans le sac peuvent le combler, ou bien ils existent en petit nombre. Pour qu'ils se déposent, il faut que la circulation soit ralentie, et cette condition est surtout remplie pour les anévrysmes à collet étroit. Ils sont blanchâtres, très adhérents à la paroi s'ils sont anciens, souvent ils sont infiltrés de globules sanguins détruits, qui leur donnent une coloration rougeâtre, et composés de feuillets de fibrine. Les plus récents sont franchement rouges et cruoriques et regardent la lumière du ventricule; ils peuvent être détachés par le courant sanguin et donner naissance à des embolies. Ces caillots fibrineux peuvent subir les modifications qu'on rencontre dans tous les dépôts de cette nature; souvent la fibrine se désagrège, se liquéfie et alors au milieu du thrombus, il existe une cavité kystique à contenu puriforme.

Le péricarde est le siège de lésions plus ou moins marquées, depuis la simple vascularisation jusqu'à la symphyse totale, l'ankylose du cœur.

Ces adhérences peuvent manquer complètement; mais le plus souvent elles existent, et alors elles sont soit généralisées, soit localisées au niveau de la poche anévrysmale.

Si elles sont très étendues, leur consistance est beaucoup plus dense au niveau de l'altération cardiaque que partout ailleurs. Dans un cas que nous avons observé à l'hôpital de la Charité (service de M. le docteur Moutard-Martin), ces adhérences étaient intimes au niveau de la pointe, là où siégeait l'anévrysme. Pour le découvrir, il a fallu une dissection attentive; tandis qu'une simple traction a suffi pour déchirer les tractus fibreux qui réunissaient le sac péricardique à la face antérieure des auricules et aux gros vaisseaux artériels et veineux. Au point de vue microscopique,

il s'agit de néo-membranes peu vascularisées, avec des fibres conjonctives implantées en touffes serrées sur les deux feuillets de la séreuse.

L'endocarde est toujours lésé; si on parvient à débarrasser la poche anévrysmale des caillots qui l'encombrent, on voit que la séreuse est dépolie, que sa surface est souvent chagrinée, sa couleur jaunâtre, mais quelquefois elle est opalescente.

Souvent on confond l'endocarde avec les couches de fibrine organisées. Dans un cas de Cuffer (*Sem. méd.*, 1893), le diagnostic à l'œil nu n'a pas pu être fait, et il a fallu l'examen microscopique pour établir les limites entre les couches des néo-membranes et l'endocarde (Cornil). On conçoit toutes les difficultés, si on se rappelle que le caillot thrombosique s'est déposé précisément à l'endroit d'une altération des cellules endothéliales et que, pour se former, il a fallu l'intervention des cellules connectives et des leucocytes émigrés de la sous-séreuse.

Au niveau du collet, on constate que l'endocarde redevient transparent, il recouvre la structure normale.

L'anévrysme partiel du cœur occupe la pointe de l'organe, et surtout la paroi antérieure du ventricule gauche. La maladie n'est qu'un processus de physiologie pathologique. Il faut donc chercher les causes de cette localisation dans l'irrigation du myocarde.

Ce siège dépend de la distribution anatomiques des artères coronaires. L'artère coronaire antérieure est celle du cœur gauche; elle fournit l'artère auriculo-ventriculaire gauche, qui va s'anastomoser avec la coronaire droite formant l'équateur du cadran de Haller. Puis, un peu plus bas, l'artère de la cloison, et des artères pour le ventricule gauche. Tout le côté pathologique qui nous occupe se déroule dans ce territoire. L'infarctus, la rupture, la plaque fibreuse du myocarde, l'anévrysme se trouvent toujours ou presque toujours dans ce territoire anatomique.

Nous développerons cette notion de date récente quand nous discuterons la pathogénie.

C'est au niveau de la pointe du cœur que l'artère coronaire antérieure petite va s'anastomoser avec le rameau interventriculaire postérieur. C'est là que la circulation est plus languissante; quant aux coronaires accessoires elles sont rares et bien insuffisantes. Une fois l'oblitération produite, la mort du territoire irrigué est presque fatale.

L'oblitération siège le plus souvent au-dessous du rameau auriculo-ventriculaire, au-dessus du point où l'artère coronaire antérieure fournit l'artère de la cloison. C'est pour cela qu'on note la participation de la cloison interventriculaire au processus anévrysmatique. — Dans le cas que nous avons observé, l'effondrement de la paroi du côté du ventricule droit était évident, et il remontait à mi-hauteur de la cloison interventriculaire.

III

Avec R. Marie, on peut diviser les anévrysmes pariétaux en *deux grandes classes.*

Dans le premier groupe, il fait rentrer les cas où le muscle cardiaque présente des lésions dégénératrices aiguës (suite d'abcès du myocarde, par exemple).

Dans un second groupe, les anévrysmes par transformation fibreuse. Nous ne nous occuperons pas de la première classe; ce sont des cas extrêmement rares, et leur intérêt n'est pas grand. Abordons l'étude de l'anévrysme pariétal, celui qui relève de l'altération coronarienne. C'est le moment d'étudier l'infarctus du myocarde, ses conséquences et son évolution. Nous verrons que d'après les conceptions actuelles basées sur un très grand nombre d'autopsies, l'anévrysme n'est que le résultat, la cicatrice d'un ancien infarctus. Et après avoir passé en revue l'histoire pathogénique de la microbiose d'un territoire cardiaque, et son évolution anatomo-pathologique, nous discuterons les différentes théories pathogéniques émises.

L'oblitération d'une branche importante des artères coronaires pourrait être produite par deux processus, celui de l'embolie ou bien celui de la thrombose. Au niveau du cerveau et du rein, on peut constater ces deux processus se traduisant par de l'hémorragie ou du ramollissement. En ce qui concerne le cœur, les cas d'embolies, partis d'une végétation fibrineuse ventriculaire, sont discutables. On cite les observations de Birch-Hirchfeld (1), Hansmer (2), Thorwalden, Leyden (3), Grasset, Virchow. Leur rareté s'explique par la situation des orifices des artères coronaires cachées derrière les voiles des sigmoïdes aortiques, et la petitesse de leur embouchure. Les débris fibrineux seront toujours entraînés par l'ondée sanguine dans les gros troncs qui partent de la convexité de la crosse.

Il ne reste donc que le processus de la thrombose artérielle, artérite aiguë ou bien artérite chronique. On ne connaît pas de cas d'artérite aiguë des coronaires au cours des maladies infectieuses; pourtant, on peut concevoir la possibilité d'une pareille altération, au niveau du cœur, comme au membre inférieur, dans la fièvre typhoïde, par exemple.

L'endartérite chronique, la localisation de l'artério-sclérose sur les vaisseaux du cœur est la seule cause connue.

Après les travaux de Lancereaux, de Gull et Sutton, tous les auteurs ont admis l'altération décrite par ces auteurs sous le nom d'artério-sclérose généralisée. D'après les premières recherches admises presque sans contestations, il s'agissait d'un désordre frappant d'emblée presque la totalité de l'arbre artériel. Il suffisait donc de constater la radiale, la crurale, la pédieuse, les temporales superficielles dures et sinueuses, pour conclure que les artères viscérales présentent la même altération.

Une réaction se produisit; les autopsies faites avec soin montrèrent que cette lésion d'artérite chronique n'était pas aussi généralisée qu'on l'avait prétendu autrefois. Dans nombre de cas, les artères des membres étaient très altérées, tandis que celles du cerveau et du rein étaient normales; ou bien des vaisseaux encéphaliques durs, sinueux, bosselés, présentant des plaques jaunes d'athérome, contrastaient avec l'altération minime de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique. Même au niveau du cœur, on n'a pas tardé à retrouver des altérations grossières des coronaires, avec une intégrité plus ou moins parfaite de la crosse aortique. Donc, les différentes parties de l'arbre artériel peuvent être frappées d'une façon inégale; s'il y a quelques présomptions d'artérite généralisée, les artères périphériques peuvent donner quelques renseignements; mais pour appuyer le diagnostic d'une façon ferme, il faut procéder à un examen attentif de chaque organe. Pour l'orifice aortique le claquement exagéré (bruit de tôle, bruit clangereux des

(1) Birch-Hirschfeld. *Lehrbuch der pathologischen anatomi*, Leipzig, 1876, p. 342.

(2) Hansmer. *Wien. Med. Wochens.*, 1878.

(3) Leyden. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1884.

anciens auteurs) du second bruit est bien plus précieux en clinique, que la constatation d'une radiale dure et sinueuse.

R. Marie, dans sa thèse, met en présence les tableaux comparatifs de Lobstein, Rokitansky, Huchard; avec de légères différences, ces trois auteurs relèvent l'altération la plus fréquente au niveau de l'aorte, de l'artère splénique, du membre inférieur, des coronaires.

Pour le cœur, la partie qui a besoin d'un apport sanguin plus considérable, est le ventricule gauche; et c'est précisément le siège d'élection de l'altération artérielle; on rencontre, dans la majorité des cas, la coronarite de la branche interventriculaire antérieure, immédiatement au-dessous du point où l'artère auriculo-ventriculaire gauche s'est détachée du tronc principal.

IV

Mais quelle est la *cause primordiale* de cette endartérite plus ou moins généralisée? Lancereaux la met sous la dépendance d'une névrose vaso-motrice et trophique, qu'il appelle l'*herpétisme*. Il s'agit presque toujours de gens ayant présenté des varices, des hémorroïdes, de la calvitie, des migraines, etc. Chez les ascendants, on retrouve le rhumatisme, la goutte, le diabète. Puis, à une phase vaso-motrice qui se déroule pendant la jeunesse, il succède une phase de troubles trophiques, qui atteignent les tissus mal nourris, les cartilages, l'endartère.

Actuellement, on se range de préférence aux doctrines de l'*intoxication*, et de l'*infection*.

Dans son étude sur l'inflammation, Letulle démontre que ce processus lent d'endartérite chronique ne diffère que par son intensité du processus inflammatoire aigu. Dans l'inflammation quelle qu'elle soit, on retrouve le nodule inflammatoire avec ses cellules connectives et ses leucocytes en diapédèse. Ce processus est commun aux épithéliums et au tissu mésodermique sous toutes ses formes : cellules fixes, tissu conjonctif, l'endothélium des séreuses ou bien l'endothélium vasculaire. Les cellules nobles réagissent également; elles se multiplient par karyokinèse, et présentent des altérations protoplasmiques. Suivant l'intensité du processus inflammatoire, on peut constater toutes les modalités, depuis la suppuration la plus franche jusqu'à la sclérose, qui n'est que la cicatrice d'un processus inflammatoire chronique éteint. Quant aux causes de cette inflammation chronique, il est évident qu'il faut accuser les micro-organismes et leurs toxines avec les déchets de notre propre organisme (ptomaïnes et leucomaïnes).

Il faut donc rechercher dans le passé de ces malades toutes les causes toxi-infectieuses. Parmi les plus fréquentes nous citons le plomb, le tabac, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le paludisme. Cette dernière cause est très fréquente sur les bords du Danube; en Roumanie, il y existe de très nombreux marais auxquels il faut attribuer la très grande fréquence des accidents paludéens dans la population. Nous avons été frappé, dans les hôpitaux de Bucarest, de la fréquence des lésions artérielles chez les anciens paludéens à grosse rate.

L'oblitération de l'artère coronaire est complétée par un processus de thrombose. Au niveau d'une plaque d'athérome, les globules blancs et les hématoblastes vont former un foyer où la fibrine va se déposer et s'organiser. Il résulte une oblitération plus ou moins complète.

Pour bien examiner l'artère coronaire, il ne faut pas procéder aveuglément; il ne faut pas pousser une sonde cannelée dans l'orifice de l'artère après ouverture de la crosse aortique et inciser longitudinalement. Il est de beaucoup préférable de pratiquer des coupes perpendiculaires à l'axe du vaisseau et de feuilleter, en quelque sorte, le trajet vasculaire. On peut ainsi se rendre compte des différentes lésions qui existent, tandis que le bec de la sonde enlèverait les caillots thrombosiques. Les coupes perpendiculaires seront encore très utiles pour l'examen microscopique.

Les lésions qu'on trouve dans les cas d'anévrysme du cœur sont celles de l'artérite chronique avec thrombose. L'artère est dure, difficile à couper; quelquefois sur plusieurs points, elle crie sous le couteau au niveau d'une plaque fibréo-calcaire.

Le caillot présente une longueur variable, quelques millimètres jusqu'à 1 ou 2 centimètres. Il est rouge ou blanc, suivant son ancienneté; il occupe quelquefois la moitié seulement de la paroi, implanté comme un coin sur la végétation de l'endartère; souvent l'endartérite est circulaire, et plus rarement le bourgeonnement de la membrane interne traverse comme un pont la lumière vasculaire. Ces détails sont plus manifestes à l'examen microscopique (après décalcification). Dans la tunique adventice rampent les vaso-vasorum; leur altération est souvent identique à celle de l'artère coronaire : endo-périartérite. On sait que c'est sur cette constatation qu'Hip. Martin a fondé sa théorie dystrophique de l'artério-sclérose. Il est plus logique d'admettre que le poison a frappé simultanément les grosses et petites artères, et les éléments nobles (fibres musculaires). La tunique moyenne est altérée depuis l'atrophie simple jusqu'à la disparition complète. On trouve même le tissu fibreux parsemé de cristaux acidulés d'acides gras.

Pour compléter cet aperçu anatomo-pathologique, il faut reprendre l'oblitération dé l'artère coronaire et suivre les différentes altérations qui vont évoluer au sein du myocarde. Alors on constate que l'infarctus a été suivi comme partout d'une période de dégénérescence et de réparation. L'artère coronaire s'oblitère petit à petit, envahie par le processus lent et insidieux de l'endo-périartérite; rien, ou presque rien ne traduit cliniquement cette altération. Il y a pourtant souvent des crises d'angine de poitrine qui indiquent la souffrance cardiaque. Pour qu'elles se produisent, il faut un effort qui surprenne le cœur en état de méiopragie fonctionnelle, de même que la claudication intermittente des membres se produit à la suite d'une fatigue. L'apport sanguin était suffisant pour les besoins ordinaires, il ne l'était pas pour un surcroît de besogne.

L'oblitération complète se produit; nous avons étudié son siège. Y a-t-il suppléance par les anastomoses de la pointe du cœur? Très rarement, et d'une façon incomplète; souveut ce rameau anastomotique est lui-même frappé par le processus scléreux.

Il résulte un « séquestre musculaire » (Marie). Les fibres perdent leurs noyaux, la striation est souvent conservée, mais il se fait une fissuration longitudinale, et la fibre prend un aspect granuleux. Le noyau s'œdématie, les cylindres primitifs qui composaient la fibre se transforment en granulations pigmentaires. En même temps, la dégénérescence graisseuse s'empare de la plupart des éléments musculaires (fixation à l'acide osmique). Les globules blancs charient ces débris, et il résulte un stroma complet qui contient très peu d'éléments nobles, fibres musculaires en dégénérescence pigmentaire et graisseuse, et des globules blancs

en abondance, surtout à la périphérie de l'infarctus. Cet état appelé par Nicolle « état réticulaire » est désigné par R. Marie, sous le nom d'état alvéolaire. C'est le premier stade de la sclérose; la « sclérose molle » (Letulle, R. Marie); le tissu conjonctif est jaune et se colore fortement par la thionine. Puis, les fibres se rapprochent; il résulte une cicatrice fibreuse dure, formée par des faisceaux rubanés contenant à peine des débris pigmentaires. C'est le foyer de sclérose dure qui peut se calcifier par places. Quelquefois, il se fait une énorme prolifération d'éléments élastiques aux dépens des parois artérielles du territoire envahi, ou bien provenant de l'endocarde, et on a la variété de sclérose élastique (Letulle).

Le péricarde et l'endocarde présentent également des altérations au niveau de territoire altéré; il y a un épaississement du péricarde et de la couche sous-épicardique, causé par une abondante prolifération conjonctive.

L'endocarde s'hyperplasie également et transforme sa couche de cellules endothéliales en tissu fibreux, avec des vaisseaux de nouvelle formation; la fibrine se dépose et il se produit le caillot que nous avons déjà signalé. A la place de l'infarctus, il reste une plaque fibreuse; la pression sanguine va transformer ce lieu de moindre résistance en poche anévrysmale; pas toujours cependant : dans un grand nombre de cas, suivant l'étendue du territoire, il y aura tout simplement une bande scléreuse en plein muscle cardiaque.

Cette évolution n'est pas toujours la même; les cas de rupture du cœur sont actuellement envisagés comme l'aboutissant d'un infarctus du myocarde (Robin et Nicolle, R. Marie).

Les phénomènes de réparation n'ont pas lieu; une solution de continuité s'opère au niveau de l'endocarde altéré, le sang fait irruption dans ce territoire, le dissocie, chemine parmi les couches musculaires et rompt le péricarde (forme hémorragique ou apoplexie cardiaque).

En résumé, l'infarctus peut évoluer vers la guérison, et alors la plaque fibreuse et l'anévrysme en sont les conséquences éloignées; ou bien la paroi cardiaque cède, il se fait une rupture et la mort est inévitable; le malade succombe dans un accès d'angine de poitrine ou d'asystolie.

La paroi d'un anévrysme cardiaque est la cicatrice d'un ancien infarctus causé par l'oblitération complète d'un rameau coronarien; cette paroi n'a pas été déchirée par le sang ventriculaire (rupture du cœur), elle a cédé à la longue à la tension sanguine et s'est laissé distendre.

V

Maintenant, après avoir longuement exposé ce que l'on trouve au point de vue anatomo-pathologique dans le cas d'anévrysme du cœur, il nous reste à dire quelques mots des *théories pathogéniques*.

Faut-il incriminer le péricarde, le myocarde ou l'endocarde?

C'est Rendu qui, en 1887, à la Société médicale des hôpitaux, a défendu la théorie péricardique. La symphyse cardiaque localisée jouerait le rôle prédominant, par une traction qui s'exerce sur la paroi cardiaque à chaque systole ventriculaire. Ce rôle mécanique n'est pas suffisant, on ne conçoit pas la sclérose succédant à une action purement mécanique, et il faut faire intervenir le rôle de l'inflammation du myocarde succédant à la péricardite. Ce rôle doit être prouvé. On connaît bien la légère dégénérescence des fibres superficielles après une péricardite, mais la destruction de toute la paroi n'a jamais été constatée.

Il y a des cas (Cruveilhier, Meuriot, Bouisson) où il n'y avait pas d'adhérence péricardique. Dans l'observation XXV de la thèse de Marie, « on constate à la face antérieure du ventricule gauche au-dessus de la pointe et près de la cloison, un petit placard de péricardite viscérale. Il y avait là un épaississement celluleux de la séreuse, *sans adhérence des deux feuillets*. »

Pourtant, l'autorité de Rendu a influencé les opinions, et nous voyons à la Société anatomique (1891, *Bull.*, p. 606), Macaigne, Gombault, insister, dans un cas, sur l'intégrité relative des coronaires qui étaient partout perméables, mais qui présentaient des nodules athéromateux. En échange, il y avait une petite adhérence à la pointe, et cette légère symphyse péricardique « a sans doute joué un rôle mécanique ».

Mais on ne dit pas comment l'examen des coronaires a été fait. N'a-t-on pas chassé le caillot adhérent à une plaque athéromateuse, avec le bec d'une sonde cannelée?

Depuis que l'attention a été attirée sur ce point, dans tous les cas on a trouvé l'oblitération en rapport avec la paroi anévrysmale. Dans toutes les observations récentes on a trouvé la lumière de la coronaire obstruée par un caillot. Citons l'observation de Claude (Soc. Anat. 1895) : la coronaire antérieure renfermait un caillot dans sa partie terminale; celui-ci remplit toute la lumière du vaisseau et adhère particulièrement sur un point où la tunique interne est plus épaisse et plus saillante.

La théorie endocardique, de même que celle qui envisage la péricardite localisée, ne peut pas être soutenue; elle tombe devant la constatation des faits. On ne conçoit pas bien cette endocardite limitée à la pointe, en rapport avec un territoire vasculaire bien délimité; on ne voit pas qu'une altération partie de l'endocarde puisse frapper dans toute son étendue le muscle sous-jacent.

Donc, il reste acquis jusqu'à épreuve du contraire que les anévrysmes du cœur relèvent de l'oblitération de l'artère coronaire. L'anévrysme n'est qu'une complication mécanique de la transformation scléreuse du myocarde. Et on voit qu'à ce titre il relève de l'infarctus, à côté de la rupture du cœur, accident mortel, et à côté des plaques fibreuses du myocarde, vestige d'un infarctus de moindres dimensions. Dans la filiation des accidents on peut classer les phénomènes de la façon suivante : oblitération de la coronaire, accès d'angine de poitrine. Puis, il peut survenir une rupture du cœur, le sang ventriculaire faisant irruption dans le territoire nécrosé. Si, au contraire, ce territoire résiste, il s'ensuit une réparation par cicatrice fibreuse, future plaque fibreuse du myocarde, paroi d'anévrysme cardiaque si elle se laisse distendre. Une fois l'anévrysme constitué, la mort survient quelquefois par la rupture de la paroi anévrysmale. Nous voyons donc que l'infarctus peut établir une solution de continuité de la paroi cardiaque, et la mort suit, soit rapidement, à son origine, soit après une période silencieuse qui correspond à la formation d'un anévrysme pariétal.

Sur les 47 cas de rupture du cœur recueillis, en 1857, par Elleaume dans les « Bulletins de la Société anatomique » nous relevons 10 cas dus à l'anévrysme du cœur.

VI

La symptomatologie de l'anévrysme pariétal est des plus obscures.

Il est étonnant de constater comment le cœur tolère pendant longtemps une altération si considérable. Dans la grande majorité des cas, la lésion est une trouvaille d'autopsie. Le malade artério-scléreux succombe soit à une congestion pulmonaire, soit asystolique.

L'anévrysme du cœur, même *au point de vue symptomatologique*, n'est qu'un accident dans le cadre si étendu des cardiopathies artérielles. On relève, dans les observations, des crises de dyspnée consécutives à des foyers de congestion pulmonaire, ou même de l'œdème du poumon, avec des râles sous-crépitants fins au niveau des bases, et l'expectoration albumineuse. L'angoisse précordiale, les palpitations, sont notées plus rarement. Le pouls est petit, il y a des tendances à la syncope. La palpation de la région cardiaque ne révèle rien; et il y a le plus souvent une raison majeure : le plus grand nombre des malades porteurs d'anévrysme sont des arthritiques emphysémateux. Les languettes pulmonaires empiètent sur la matité cardiaque et cachent sa face antérieure. L'auscultation du cœur ne donne que peu de renseignements. Les bruits sont sourds. Pourtant dans un cas, C. Paul (Soc. méd. des hôp. 1885) a attiré l'attention sur un bruit diastolique, indépendant de toute insuffisance aortique, et résultant, suivant lui, du reflux dans le ventricule, au moment de la diastole, du sang renfermé dans la poche anévrysmale distendue sous l'effort de la pression systolique.

Rendu a signalé un bruit de galop se rapprochant beaucoup de celui qui est lié à l'hypertrophie cardiaque des néphrites, mais qui diffère cependant :

1° Par son rythme qui, au lieu d'être présystolique, est diastolique et permanent, c'est-à-dire qu'il ne change pas d'intensité et qu'il s'entend tous les jours avec les mêmes caractères.

2° Par son timbre, car il est constitué par un claquement surajouté, à timbre clair, éclatant, rappelant le bruit parcheminé des valvules sigmoïdes.

3° Par son siège. Il s'entend, non pas à la pointe, mais au-dessus de la pointe, vers la partie moyenne du ventricule, et se propage très loin vers l'appendice xyphoïde.

R. Marie (Soc. anat. 1896) avait constaté dans un cas :

a. Un souffle systolique de la pointe persistant, qui aurait pu faire porter le diagnostic d'insuffisance mitrale;

b. Un piaulement systolique;

c. Un bruit de galop passager.

Cette diversité de bruits perçus par les différents auteurs prouve qu'il n'y a pas de bruit réellement pathognomonique, et que le plus souvent l'auscultation ne décèle pas l'anévrysme pariétal du cœur. Dans un cas de Gesland (Soc. Anat. 1895), où il y avait en même temps une gangrène partielle du pied, « la vue et l'auscultation ne révélaient absolument rien, et cependant, à plusieurs reprises, le cœur avait été soigneusement examiné par MM. le docteur Hirtz et G. Marchand. »

La mort survient par asystolie ; la cardiopathie artérielle, sous la dépendance de laquelle se trouve l'anévrysme pariétal, aboutit tôt ou tard au syndrome asystolique. La dyspnée, la cyanose, l'oligurie et les œdèmes s'établissent et le malade succombe. Dans d'autres cas, la mort survient par rupture du cœur et épanchement péricardique. Une affection concomitante, une pneumonie par exemple peut encore amener la terminaison fatale. Mais quelquefois sur une autre partie de l'arbre artériel il y a également une grosse altération ; dans le cas que nous avons publié, la mort a été produite par un ramollissement cérébral.

Enfin, il y a encore une façon de mourir, c'est l'attaque d'angine de poitrine, due à de nouvelles oblitérations artérielles, dans les confins de la poche anévrysmale.

On conçoit que le traitement doit être purement symptomatique ; pourtant l'anévrysme relève d'une affection d'origine artérielle. Il faut donc agir par une médication artérielle.

L'iodure de potassium, à petites doses prolongées longtemps, pourra rendre des services. En outre, il faut prévenir, autant que possible, les complications pulmonaires, et la fatigue excessive du muscle cardiaque.

THÉRAPEUTIQUE

Ulcérations fissuraires de l'anus.

M. Henri Fournier recommande le pansement suivant :

1° Laver la région malade avec une infusion de feuilles de noyer ;

2° Appliquer, matin et soir, après avoir vidé le rectum, un suppositoire :

Europhène	20 centigrammes.
Beurre de cacao.	4 grammes.

3° Saupoudrer ensuite la région anale avec la poudre suivante :

Salol	} *ââ* Q. S.
Europhène.	

Stomatite aphteuse.

Bi-borax de soude.	4	grammes.
Teinture de benjoin	2	—
Eau distillée.	10	—
Sirop simple	20	—

Faire des attouchements plusieurs fois par jour.

(*Presse méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATIONS

Asepsie chirurgicale. — M. QUÉNU fait, sur ce sujet, une importante communication dans laquelle il passe en revue toutes les minutieuses précautions que doit prendre aujourd'hui le chirurgien vraiment soucieux de s'assurer tous les avantages que doit lui procurer une asepsie bien comprise. Dans cet ordre d'idées, rien, suivant M. Quénu, n'est à négliger. C'est ainsi que, tout d'abord, il a pris l'habitude, admise depuis longtemps dans certains pays, de commencer la journée par l'acte opératoire. En outre, lorsqu'il doit pratiquer une opération importante et nécessitant une parfaite asepsie, il s'abstient dans les deux ou trois jours qui précèdent de toute autre opération, de tout examen ou de tout toucher suspect. Comme il est manifeste que ce sont les mains qui sont le principal agent de contamination, M. Quénu a adopté l'usage de gants spéciaux qui, avant l'opération, ont bouilli pendant trois quarts d'heure. C'est dans le même ordre d'idées, que chaque fois

qu'il a à pratiquer un toucher suspect, il met un doigt de gant en caoutchouc. Il n'est pas partisan du masque recommandé par M. Berger. Il se contente de se laver le visage et la barbe avec une solution antiseptique.

M. Quénu se sert de fils à coudre autoclavés, partant de ce principe que plus un fil est fin, mieux il est toléré.

Depuis qu'il s'est astreint à ces rigoureuses mesures, M. Quénu a soigneusement relevé toutes les opérations graves qu'il a pratiquées. Voici cette statistique : 237 opérations graves avec 15 morts, soit environ 6 p. 100 de mortalité. Pour des raisons qu'explique M. Quénu, deux de ces morts doivent être défalquées, ce qui réduit le nombre des décès à 13, soit 5 p. 100. La moitié de ces 13 décès a trait à des opérations de cancer de l'estomac. Dans aucun cas, la mort n'a pu être imputée à un défaut d'asepsie opératoire. Antérieurement, au contraire, M. Quénu s'est parfaitement rendu compte d'avoir perdu des malades par ce fait et c'est pourquoi il a adopté cette manière de faire.

M. BAZY est bien loin de vouloir critiquer en quoi que ce soit le luxe de précautions que prend M. Quénu. Il ne croit pas cependant qu'il soit impossible de se désinfecter les mains après une opération plus ou moins septique. Il peut en citer des exemples personnels : il venait de pratiquer une opération d'Estlander pour une pleurésie purulente, quand on lui annonce l'arrivée d'un malade atteint d'étranglement interne. Comme il ne restait plus personne à l'hôpital pouvant opérer ce malade, M. Bazy et ses aides s'antiseptisèrent les mains de leur mieux et le malade fut opéré. Il guérit antiseptiquement bien que M. Bazy eût dû plonger ses mains dans la cavité péritonéale pour rechercher une bride très profonde. Après avoir pratiqué une dilatation rectale, il a fait une amputation du sein, cette malade a guéri aseptiquement. Ce qu'en dit M. Bazy n'est pas, encore une fois, pour blâmer M. Quénu, mais c'est pour montrer que, dans certains cas, il peut être bien difficile aux chirurgiens de se conformer strictement aux règles qu'il préconise, sans parler de certaines nécessités intimes qui les obligent à se salir les mains.

M. TUFFIER croit qu'il faut distinguer l'asepsie de laboratoire de l'asepsie chirurgicale. Celle-ci ne pourra jamais atteindre à la perfection idéale. Il faut donc faire pour le mieux. M. Tuffier se sert de gants, mais il ne les met que pour les choses sales et seulement au moment de ces choses sales. Il reconnaît aux gants certains inconvénients, aussi ne les emploie-t-il que pour ne pas se salir et non dans tout le cours de l'opération. L'asepsie des mains dépend beaucoup de l'état de l'épiderme. Aussi faut-il insister sur le brossage. M. Tuffier se sert de fils de soie très fins et les plus petits possible Au point de vue de l'asepsie des plaies, il attache une grande importance à la parfaite hémostase. Il recherche une siccité des plaies aussi complète que possible. Enfin l'asepsie dépend aussi des tissus sur lesquels on agit. Ainsi c'est dans la cure radicale de hernies qu'on a le plus de chances de voir des fils suppurer. M. Tuffier ne se sert pas de masque.

M. JALAGUIER se sert de gants depuis 1887. Il n'ouvre jamais un abcès sans se ganter de gants de caoutchouc. Dans les opérations délicates, il faut reconnaître que l'extrémité de l'ongle et la pulpe du doigt constituent un élément précieux de toucher. Les gants ont l'inconvénient de le supprimer. Aussi, M. Jalaguier ne les emploie-t-il que dans les opérations septiques. Comme fils, il ne se sert que du catgut.

M. POIRIER croit que le meilleur moyen de se rendre les mains aseptiques est de se les bien laver et de mettre ensuite ces gants, non pas pour les opérations, mais avant, le matin ou la veille, et de les garder pendant un certain temps.

M. QUÉNU persiste à penser qu'il est du devoir de tout chirurgien de se rapprocher le plus possible de cet idéal aseptique, que M. Tuffier croit impossible. C'est dans ce but qu'il faut surtout éviter de se contaminer les mains. Mieux vaut encore éviter, autant que possible, cette contamination que de trop compter sur la désinfection des mains après les avoir contaminées. A ce point de vue, la protection fournie par les gants imperméables est une excellente chose et l'usage de ces gants constitue un réel progrès.

PRÉSENTATION DE MALADE

Fracture de jambe. — M. CHAPUT présente un malade qui était atteint d'une fracture oblique au tiers inférieur de la jambe, et qui a très bien guéri, sans raccourcissement, par l'extension continue selon la méthode de M. Hennequin.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Appendicite. — M. PEYROT présente un appendice qui a été enlevé d'urgence, dans son service, par M. Souligoux. Il s'agissait d'un garçon de vingt et un ans, qui a été opéré trente heures après le début des accidents avec une température de 38 et 84 pulsations. Il n'avait que la douleur au point de Mac Burney, sans défense musculaire, sans réaction péritonéale. Or, cet appendice présente de multiples petits abcès sur sa paroi et est en voie de sphacèle.

M. REYNIER dit que rien ne prouve que ce malade n'eût pas guéri sans opération, étant donné surtout le siège rétro-cæcal des accidents.

M. GUINARD se déclare rallié au camp des radicaux. Il cite l'exemple d'un jeune homme de dix-sept ans, pris brusquement d'appendicite. Le lendemain tout était rentré dans l'ordre; il ne restait qu'un peu de douleurs au niveau du point de Mac Burney. M. Guinard crut devoir attendre. Quarante-huit heures après, ce jeune homme fut pris brusquement de phénomènes suraigus. M. Guinard trouve, en arrivant, le malade mourant; il l'opère; il trouve un appendice sphacélé, perforé, avec des calculs stercoraux dans le ventre. Il n'avait été commis aucune imprudence, le malade n'avait pas quitté le lit, il n'avait pas été donné de purgatifs. Malgré la gravité de la situation, ce malade a guéri, mais c'est un fait exceptionnel et M. Guinard a vivement regretté de ne pas l'avoir opéré le premier jour.

M. QUÉNU a opéré un malade ayant des accidents depuis quatre jours, avec phénomènes d'obstruction, mais la température était restée à 37 degrés et le pouls à 68. Il trouva un appendice gangréné et une péritonite généralisée. Le malade est mort. M. Quénu tend donc également à se ranger parmi les radicaux.

M. TUFFIER a vu un malade ayant eu la veille un frisson violent, avec 40 degrés, quelques douleurs, pas de vomissements. Le lendemain, le pouls était à 70, la température à 37 degrés. Il l'opère et trouve un appendice perforé. Guérison probable.

Gastrectomie. — M. POIRIER présente un estomac cancéreux qu'il a enlevé dans sa totalité, sauf le sixième gauche.

Résection de l'intestin. — M. GUINARD a réséqué 1m10 d'intestin grêle sur une jeune fille de dix-sept ans qui avait des phénomènes d'obstruction chronique; cet intestin était le siège de quatre rétrécissements partiels. La malade va très bien.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Quelques superstitions médicales du Chinois.

Par M. le docteur J. Matignon,
Médecin aide-major de la Légation de France à Pékin.

(Communication à la Société d'anthropologie de Paris.)

I

Paradis de la routine, la Chine est aussi celui de la superstition. Nul pays au monde, sans doute, n'est, comme l'empire du Milieu, soumis à l'influence des croyances les plus fausses, les plus fantaisistes, les plus stupidement invraisemblables.

L'Européen, à son arrivée en Chine, a la sensation de vivre au milieu d'une véritable trame d'erreurs, très amusantes, n'ayant aucune prise sur lui, mais enserrant l'intelligence dans un cercle d'acier, qu'elle ne peut et surtout ne veut briser. Nul ne peut se soustraire à cette puissante domination, pas plus le Fils du Ciel que le dernier des coolies de son empire. Les affaires de l'État, comme celles des particuliers, s'en ressentent. Tout le monde en souffre, personne ne s'en plaint, pas même le bon sens, qui lui, pourtant, reçoit de fameux accrocs.

Il y a des superstitions en rapport avec tous les actes de la vie : la naissance, le mariage, la mort, manger, boire, dormir. Mais je ne veux, pour le moment, envisager que celles qui touchent à la médecine.

II

Les traités de médecine sont tous farcis d'idées superstitieuses; on y parle d'influences occultes, mais définies, jouant pourtant un rôle bien précis dans la genèse de beaucoup de maladies. Mais la superstition médicale est surtout intéressante à étudier dans ses rapports avec la thérapeutique.

Beaucoup de maladies sont attribuées à l'influence néfaste d'esprits malins. On peut, avantageusement, lutter contre eux, grâce à des petits morceaux de papier de couleur jaune, à de petits morceaux d'étoffe de couleur rouge, portant certaines inscriptions cabalistiques. Ces charmes sont fixés dans la doublure des habits, ce qui vaut mieux brûlés : les cendres sont ensuite avalées dans du thé.

On peut, encore, effrayer les malins esprits et leur faire quitter le corps du patient en battant le matelas et les couvertures du malade, avec une branche de pêcher ou de saule pleureur, ou bien avec un fouet dont la corde revêt la forme d'un serpent.

La superstition triomphe surtout en matière d'accouchement et de pædiatrie.

Un accouchement laborieux ne peut être attribué qu'aux esprits malintentionnés, s'opposant à la sortie de l'enfant. Un prêtre taoïste est, dans ce cas, requis pour pratiquer certaines cérémonies ayant pour but de faire fuir les démons. Sur une table, on dispose des chandelles, des bâtonnets odoriférants, des simili-monnaies en papier d'argent, trois coupes de vin, une assiette contenant trois sortes de grains. Le prêtre commence à réciter, entre ses dents, quelques prières, accompagnées de coups rythmés, frappés sur la table. Puis, après une demi-heure de cet exercice, le bonze remet au mari trois morceaux de papier, de 2 à 3 pouces de largeur sur 1 pied de longueur. L'un est collé au-dessus de la porte d'entrée de la chambre de la femme, l'autre sur son front et le troisième, réduit en cendres, est avalé dans du thé par la parturiente. Puis on attend que les charmes fassent leur effet.

On attend, souvent, fort longtemps, et la vie de la femme paraissant en danger, on recourt au moyen suprême auquel pas un accouchement ne saurait résister : une séance de marionnettes dans laquelle figure la déesse de la maternité. La chose se fait, en général, au niveau de la porte de la chambre de la parturiente. Mais, dans certains cas, lorsqu'il faut produire le maximum d'effet dans le minimum de temps, la déesse de la maternité — la mère — est enlevée de son théâtre et promenée sur le ventre de la femme. Ce procédé est considéré comme infaillible, et, quand il est suivi d'insuccès, les Chinois, au lieu de douter de son efficacité, préfèrent croire que le résultat négatif est dû, uniquement, à une mauvaise application de cette excellente méthode.

Pour guérir la nervosité des femmes enceintes et aussi pour les garantir contre toute sorte de mauvais esprits qui pourraient gêner l'accouchement, on place, devant la porte de leur maison, un vieux morceau de filet : les démons ne peuvent manquer de prendre la fuite, car ils savent que c'est avec de pareils instruments qu'ils sont pincés par les prêtres taoïstes.

Dès leur naissance, les enfants doivent être soustraits à l'influence de ces esprits, qui pourraient contrarier leur bonheur, leur fortune future. Aussi sont-ils protégés par des chaînes spéciales auxquelles sont suspendus de vieilles monnaies, de petits couteaux en argent, des clous ayant servi à clouer un cercueil. Ces fétiches sont des protecteurs moraux et physiques, car ils garantissent contre malheurs, accidents, maladies.

En outre, contre les coliques, on fait porter à l'enfant une ceinture faite de corde, rouge de préférence, ayant comme boucle deux vieilles sapèques de la dynastie des Han (25 av. J.-C.). Dans le même but thérapeutique, on se sert d'une pièce d'étoffe rouge, sur laquelle sont fixés des morceaux de soie noire représentant un tigre, un lézard, un serpent, un centipède et un cinquième animal fabuleux, de nature indéterminée, pourvu de trois pattes seulement. Ce talisman est porté, par l'enfant, pendant les cinq premiers jours de la cinquième lune.

La variole, qui fait de si grands ravages en Chine, devait forcément faire naître des pratiques superstitieuses destinées à protéger les enfants contre les épidémies. Peut-être les Chinois ont-ils autant de confiance, dans les procédés suivants, que dans la méthode jennérienne. Tout comme la vaccine, mieux sans doute, une petite courge à deux renflements peut donner l'immunité. Celle-ci est vidée de ses graines, et, la dernière nuit de l'année chinoise, suspendue près de l'endroit où dort l'enfant, n'ayant pas encore eu la variole. Le dieu de l'épidémie versera le mal dans la courge et non dans le corps de l'enfant. Dans tous les cas, si la maladie se déclare, plus tard, elle ne pourra être que très bénigne.

La courge peut être remplacée par une lanterne, présentant deux renflements, comme ce champignon, et suspendue au cou de l'enfant.

Le dieu de la variole se fait un malin plaisir de défigurer, par des cicatrices, les enfants, surtout quand ils sont jolis. Aussi les Chinois n'ont-ils pas hésiter à la tromper. Pour cela, certains enfants ont, pendant la dernière nuit de l'année, la figure recouverte d'un masque horrible. Le dieu passe et, voyant des enfants aussi laids, il trouve inutile et difficile de leur laisser une maladie qui pourrait les enlaidir encore,

Les Chinois pratiquent la vaccination, mais surtout la variolisation. Bien souvent, quand, dans une maison, un enfant a été inoculé, on colle sur la porte une affiche ainsi conçue : « Gare à la variole ! » Ne croyez pas qu'elle ait comme but de prévenir les gens qui pourraient entrer de la possibilité, pour eux, de contracter la maladie. Cela veut simplement dire : « Il y a, ici, un enfant vacciné. N'entrez pas, car votre

œil exercerait peut-être une fâcheuse influence sur l'évolution des pustules. »

Les Célestes attribuent assez volontiers des propriétés curatives à certains arbres, à certaines sources, qui, de ce chef, revêtent un caractère quasi-sacré. Ainsi, au-devant de l'un des tombeaux des empereurs Mings — excursion obligatoire de tous les globes-trotteurs — se trouve un autel boudhique, en pierre. Dans l'un des angles, on voit un orifice donnant accès à une petite source : celle-ci ferait merveille contre les affections oculaires. De nombreux Chinois viennent là, retirent de l'orifice une petite baguette, terminée par un chiffon et plongeant, à demeure, dans l'eau. Ce chiffon est passé sur les yeux malades : je ne sais s'il en a guéri, mais je crois pouvoir affirmer qu'il a dû contribuer à propager la conjonctivite granuleuse, assez fréquente dans ces parages.

Non seulement les Chinois croient à l'efficacité de certains charmes pour les guérir eux et les leurs, mais ils pensent que certains charmes spéciaux peuvent nuire aux personnes à qui ils en veulent, s'ils parviennent à leur faire absorber. Ils ont le pouvoir de les rendre malades et même de les faire mourir. Le procédé n'est pas à la portée de toutes les bourses, car il est généralement dispendieux. On peut, en effet, moyennant finances, dans certains temples, se procurer des feuilles de papier jaune sur lesquelles sont imprimées soit une tête de buffle, soit celle d'un chien, ou les deux à la fois. Le papier est réduit en cendres et on tâche de faire avaler celle-ci dans du thé, à son ennemi, sans qu'il s'en doute.

Cette superstition a son corollaire. Il arrive que des malades se croient victimes d'un de ces charmes. Aussi, dès que cette conviction est établie, on ne perd pas une minute pour annihiler la funeste influence. Deux, trois prêtres taoïstes — le nombre des bonzes est fonction de la fortune — sont appelés qui, par des passes mystérieuses, des prières, doivent, si le patient est à l'agonie, retenir son âme dans son corps. En même temps, un miroir, monté sur une tige de bambou, est promené au-dessus du malade; les gongs et tambours font rage et on brûle des papiers, portant des têtes de buffles et de chiens, identiques à ceux dont les cendres sont présumées nocives.

Des épidémies donnent cours à toutes sortes de fantaisies superstitieuses. Pendant l'été de 1895, le choléra tua plus de 50000 personnes, à Pékin. On fit des processions, des feux de joie; on brûla plus de poudre, en pétards et en fusées, qu'on n'en avait consommé dans la guerre contre les Japonais. Des listes de souscription circulaient. Chacun s'inscrivait pour concourir aux dépenses des pièces d'artifices. Les généreux souscripteurs avaient le droit de faire placer, au-dessus de leur porte, une petite inscription, sur papier, dont voici le sens : « Ce monsieur a versé pour honorer le Dieu de l'Épidémie. » Et forts de l'immunité conférée, à si bon compte, les Célestes continuaient à se bourrer de melon, à boire de l'eau souillée... et à contracter le choléra.

La pharmacie elle-même a parfois maille à partir avec la superstition. C'est ainsi que l'on place un petit couteau sur le couvercle d'une marmite, où mijotent des préparations thérapeutiques, pour empêcher celui-ci d'être soulevé par les malins esprits désireux d'ajouter des principes nocifs à la drogue bienfaisante qui se prépare.

III

L'expérience des siècles aurait dû démontrer aux Chinois tout ce que ces superstitions avaient de faux, de ridicule et même de funeste. Il n'en est rien.

Peut-on espérer affranchir la Chine de ce tissu de superstitions, qui étouffe son intelligence, s'oppose à tout progrès? L'erreur, l'absurde, le mystérieux ont un tel attrait pour le Chinois qu'il renoncera difficilement, je le crains, à ses croyances. Je ne veux, pour terminer, qu'en citer un exemple. En cas de fracture d'un membre, on prend un coq vivant, on le fend en deux et on l'applique sur le membre : la force vitale du coq passant dans celui-ci doit en amener la consolidation immédiate. Les médecins chinois ont, bien entendu, vu leurs efforts toujours couronnés d'insuccès. Ils n'en continuent pas moins, et si on leur fait observer que la méthode est sans doute mauvaise, ils vous répondent d'un ton convaincu qu'elle est souveraine et que, si elle ne réussit pas, c'est parce que le corps du coq n'est pas assez rapidement appliqué. Faut-il les plaindre ou en rire?

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies nerveuses [*Deuxième série, hôpital Saint-Antoine* (1)], par E. Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies et publiées par Henry Meige.

Sous la forme attrayante de Leçons cliniques sont présentées dans ce volume plusieurs questions nouvelles de Neuropathologie. D'abord la « Théorie du Neurone » et la description de ses lésions, conception de date toute récente dont les applications ont été déjà si fécondes pour l'étude des maladies du système nerveux : la « Métamérie spinale », que l'auteur a eu l'heureuse idée d'introduire en neuropathologie, et grâce à laquelle on peut entrevoir la solution de plusieurs problèmes, tels que la distribution topographique de certains troubles sensitifs et vasomoteurs sur le tronc et sur les membres : les éruptions de zona, les « Anesthésies syringomyéliques », les « Trophonévroses cutanées », etc., etc.

Parmi les affections de la moelle, la « Myélite transverse », les « Paraplégies flaccides par compression », le « Syndrome de Brown-Séquard » dans ses rapports avec la « Syphilis spinale » et la « Compression médullaire », les « Paralysies syringomyéliques », la « Paralysie infantile » et les « Atrophies musculaires » tardives; parmi les affections bulbaires et cérébrales, la « Paralysie pseudo-bulbaire », les « Syndromes bulbaires et bulbo-protubérantiels ». Une large part est réservée à l'étude des accidents dystrophiques : en particulier les « Trophonévroses céphaliques » et les différentes variétés de « Sclérodermie ».

Dans une suite de leçons, particulièrement originales, l'auteur expose ses idées sur les formes du « Myxœdème »; il donne une description détaillée de « l'Infantilisme », de ses causes et de ses variétés. Enfin, à propos des névroses, sont décrites la « Polyurie nerveuse », la « Polyurie hystérique » et la « Chorée variable des dégénérés ».

Cette énumération écourtée permet à peine d'entrevoir la diversité et l'intérêt des questions traitées. Ces leçons sont toutes d'actualité. Chacune contient une ou plusieurs observations cliniques démonstratives. La lecture en est attachante, la compréhension facilitée par un très grand nombre de figures, schémas ou photographies.

(1) Gr. in-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 36. — MARDI 28 MARS 1899. 72e ANNÉE. MARDI 28 MARS 1899. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 mars 1899.

Nous recevons la lettre suivante :

« Mon cher Directeur,

Je lis avec grand intérêt le compte rendu de la Société de chirurgie, toujours clair et bien mis au point dans votre journal. C'est une des sociétés savantes dont les séances offrent, pour nous autres praticiens, un attrait tout particulier. Ne pouvant plus suivre de près les incessants progrès de la chirurgie, nous nous tenons au courant par les publications si vivantes des maîtres de l'art chirurgical.

C'est avec un grand plaisir que nous avions vu la technique opératoire se simplifier de jour en jour, les mille précautions si nécessaires pour assurer la propreté, devenir moins complexes, plus abordables pour nous autres. On avait rejeté, comme inutiles, ces nuages phéniqués obscurcissant tout et au milieu desquels tout bon opérateur qui se respectait se faisait un devoir d'opérer, ces véritables inondations des plaies opératoires par des liquides prétendus antiseptiques. Les salles d'opérations étaient transformées en arsenal de tuyauteries, avec conduits, réservoirs, robinets. Du liquide partout, et de toutes les couleurs, le chirurgien en bottes ou en sabots ressemblait de loin à un égoutier barbotant dans le ruisseau. Ces pratiques qui nous venaient d'Allemagne n'avaient fait qu'effleurer quelques chirurgiens et ont vite disparu. Depuis quelques années tout paraissait revenir à une simplicité de meilleur aloi, une étuve, un autoclave, souvent même une simple ébullition, des linges stérilisés, de l'eau stérilisée, plus d'acide phénique, plus de sublimé, plus d'iodoforme, des salles d'opérations blanches et presque nues. C'était l'âge d'or qui apparaissait.

Mais, si j'en crois vos comptes rendus, il va falloir en rabattre et la chirurgie du xxe siècle me paraît ne devoir pas briller par la simplicité. J'avais déjà lu, avec étonnement, qu'un chirurgien ne devait plus opérer qu'avec un masque interposant entre lui et le champ opératoire une barrière infranchissable aux microbes. Deux orifices pour les yeux et c'était tout, le véritable masque des Touareg! Aujourd'hui que la photographie fixe instantanément les actes les plus fugitifs de l'existence, vous seriez bien aimable, mon cher Directeur, d'offrir à vos lecteurs la reproduction des chirurgiens masqués opérant, de complicité, avec leurs aides également masqués! Sans doute, il y a là un sujet intéressant pour nos revuistes de fin d'année.

Je pensais que ce n'était là qu'une boutade d'un chirurgien exagérant les précautions; mais, il semble que non, le vent est décidément à l'imitation servile de l'Allemagne et, dans votre dernier compte rendu de la Société de chirurgie, je vois non seulement que le chirurgien doit être masqué, mais encore qu'il doit être ganté de frais, qu'il doit se faire nettoyer la bouche (ce qui est sage et propre), plomber les dents, porter les cheveux courts; s'asepsier la barbe par des lavages antiseptiques fréquents, etc., etc.

Où allons-nous? Quel sera le chirurgien type que nous montrerons aux étrangers venus pour nous visiter en 1900? Je le vois d'ici, lavé, brossé, rasé, épilé, enfermé dans une chambre à air stérilisé, cherchant à rendre aussi rares que possible les diverses fonctions naturelles, pour pouvoir être toujours en état d'imminence opératoire.

En somme, pourquoi toutes ces précautions nouvelles? On nous disait de toutes parts que la chirurgie n'avait plus de mortalité, que la suppuration n'existait plus; et que tout était pour le mieux dans le meilleur des mondes chirurgicaux. Ce n'était donc pas exact!

Je le regrette, car ce chirurgien du dernier bateau, avec sa figure glabre de cabot, son masque de Tourgui, ce constipé volontaire prêtera un tant soit peu à rire. N'est-ce pas votre avis, monsieur le Directeur, et ne croyez-vous pas comme moi, comme nous tous praticiens, que la chirurgie courante n'a pas besoin de se hérisser de toutes ces difficultés?

J'ai fait, avant de quitter Paris, un travail sur la cure radicale des hernies, opération qui a servi de type lors de cette fameuse communication à la Société de chirurgie. J'ai connu bien des services et suivi bien des malades opérés, et j'ai vu une différence notable dans les résultats immédiats. Pour nombre de chirurgiens pas de complication, pas de suppuration, l'élimination des fils nulle ou rarissime; chez d'autres au contraire, toujours il y avait quelque anicroche, un point rouge, quelques gouttes de pus, de la lymphangite légère autour de la plaie, des fils qui s'éliminaient, avec issue d'un

liquide qu'on qualifiait d'aseptique, bref une série de petites complications bien évidemment d'origine septique. Je n'ai pas et n'aurai jamais l'expérience ni l'autorité de mes maîtres, mais, inconnu et sans notoriété, n'ayant même jamais coiffé la calotte d'interne, j'ai pu, obscur et inaperçu, aller, venir, observer, prendre des notes et comparer. Or, le fruit de mes observations est celui-ci, c'est que les meilleurs résultats, ceux qui sont le plus constamment obtenus, appartiennent à des chirurgiens qui opèrent bien et simplement, plutôt vite que lentement, sans compliquer leurs précautions de véritables chinoiseries. Chez eux, la chirurgie paraît simple, il semble que chacun n'a qu'à prendre le bistouri pour faire comme eux. Chez les autres, à l'esprit tatillon et pointu, aux mille minuties, que mes yeux de profane ne me faisaient pas toujours comprendre, les résultats n'étaient pas toujours aussi bons, et, avec plus de parade, plus de mise en scène, il y avait moins de succès parfaits que dans le service modeste et bon enfant d'à côté.

Voici, cher directeur, les réflexions que m'ont suggérées les comptes rendus des dernières séances de la Société de chirurgie. Je suis peut-être dans l'erreur; l'avenir nous l'apprendra. Nous avions déjà les chirurgiens radicaux ou opportunistes (pour le traitement de l'appendicite s'entend !). Nous allons, maintenant les diviser en masqués ou non masqués, gantés ou non gantés. Pourvu que le désir de faire toujours de plus en plus fort ne hante pas ceux qui n'ont encore rien dit; s'il en est ainsi, je tremble en songeant aux précautions qu'on nous forcera à prendre au siècle qui vient.

Le public est prévenu, et les médecins n'ont qu'à bien se tenir. Vienne une complication d'ordre septique pour une plaie ou un accouchement, et l'on traînera devant les tribunaux le malheureux qui ne s'est pas masqué, qui a négligé le gant ou qui, le matin, avant de faire ses visites...; mais je m'arrête, cher Directeur, j'ai trop abusé de l'hospitalité de votre si estimable journal, j'ai déjà trop parlé. Nous autres, provinciaux, nous n'écrivons pas souvent; aussi, faute d'habitude, nous ne savons nous arrêter. La *Gazette* est en trop bonnes relations avec nous pour ne pas nous comprendre et nous excuser. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Faisans fait une intéressante communication sur l'**étiologie de l'appendicite**. Il faut en revenir de cette croyance trop simpliste, incrustée chez les gens du monde — et chez beaucoup de médecins — que la cause de l'appendicite réside dans l'introduction de pépins, d'écailles d'huîtres ou de fragments de casserole. La grippe est, pour M. Faisans, la cause la plus importante de l'appendicite, que celle-ci éclate au cours d'une attaque de grippe ou qu'elle apparaisse plus ou moins longtemps après cette attaque. Seulement, dans ce dernier cas, l'appendicite, qui a été créée par la grippe et qui lui survit, évolue d'une manière silencieuse jusqu'au jour où, sous l'influence d'une nouvelle grippe ou de toute autre cause, éclate la crise d'appendicite aiguë se révélant par le syndrome appendiculaire bien connu. Cette manière d'envisager l'étiologie de l'appendicite rend bien compte de ces deux faits : 1° de la fréquence extraordinaire de l'appendicite depuis dix ans, c'est-à-dire depuis l'apparition des grandes épidémies de grippe ; 2° de la recrudescence de l'appendicite, qui prend une véritable allure épidémique, à chaque nouvelle recrudescence de l'infection grippale.

M. Galliard relate un cas de **pneumonie sèche**, chez un homme de vingt-huit ans. Ce malade était entré à l'hôpital au sixième jour d'une pneumonie de la base droite. Après une fausse défervescence, la fièvre reparut le huitième jour, tandis que se manifestait l'herpès de la face et que s'accentuaient les signes physiques de la pneumonie. Cette pneumonie évolua en deux poussées successives, comme cela est fréquent au cours de certaines épidémies de grippe, et jamais le malade n'expectora un seul crachat.

M. Hayem rapporte plusieurs observations d'**ictère chronique sans élimination de pigments par les urines**. Sur cinq cas semblables, le foie n'a paru augmenté de volume, et encore de façon passagère, que chez deux malades : la rate a toujours eu des dimensions normales. Chez tous les malades, les matières conservèrent leur coloration habituelle. Ce qui caractérise cette forme d'ictère, c'est une coloration spéciale des téguments rappelant celle qui a été attribuée à la *xanthochromie*, et en second lieu, c'est l'absence d'élimination des pigments par les urines, malgré la présence dans le sang de pigments donnant la réaction de Gmelin : tous ces malades étaient des dyspeptiques présentant les signes caractéristiques de la gastrite parenchymateuse.

M. J. Babinski fait une communication d'un grand intérêt sur une forme de **paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du système pyramidal**. Il a observé trois malades qui, au point de vue clinique, à côté de quelques particularités individuelles, présentaient comme trait commun une forme de paraplégie crurale, caractérisée par une contracture très intense amenant une flexion permanente et très marquée de la cuisse sur le bassin ainsi que de la jambe sur la cuisse, accompagnée de douleurs qui se manifestaient principalement quand on cherchait à corriger, par des tractions, l'attitude vicieuse des membres, et de mouvements spasmodiques apparaissant surtout à la suite de ces tractions et augmentant encore la déformation. Au point de vue anatomique, dans ces trois cas, le système pyramidal n'était pas dégénéré.

Chez une de ces malades, la lésion consistait en un sarcome angiolithique gros comme une petite noix, développé aux dépens du plexus choroïde du deuxième ventricule, occupant le côté droit et ayant refoulé le bulbe, la protubérance, le pédoncule cérébelleux moyen et le cervelet. Il n'y avait pas trace de dégénération secondaire, et au voisinage même de la tumeur, les tubes nerveux n'offraient aucune altération histologique.

Une autre de ces trois malades était atteinte de sarcome fasciculé à cellules fusiformes, intra-rachidien, gros comme un œuf de moineau, occupant la région dorsale supérieure, développé dans l'intérieur du sac de la dure-mère et comprimant la moelle, qui a pris à ce niveau la forme d'un croissant; en ce point, il existe une sclérose très marquée et la myéline de la plupart des tubes nerveux a disparu, mais on voit une grande quantité de cylindres-axes conservés, et au-dessus, ainsi qu'au-desssous du point comprimé, on ne constate pas de dégénérescence secondaire appréciable des faisceaux à long trajet.

Il s'agissait, chez la troisième malade, de sclérose multiloculaire, à plaques peu nombreuses, sauf destruction des cylindres-axes, sans dégénérescences secondaires. La paraplégie spasmodique était accompagnée, comme dans le cas précédent, d'exagération des réflexes tendineux, d'épilepsie spinale et du phénomène des orteils.

L'observation de la première malade montre qu'une contracture très intense, d'origine organique, n'est pas nécessairement accompagnée d'une exagération manifeste des réflexes tendineux. Elle confirme cette notion, déjà établie par quelques rares faits publiés, qu'une lésion intra-cranienne peut provoquer, non seulement chez l'enfant, mais même chez l'adulte, une paraplégie spasmodique permanente, sans que les faisceaux pyramidaux aient subi de dégénérescence secondaire; elle prouve, de plus, qu'en pareil cas la contracture peut même atteindre un degré exceptionnel d'intensité.

Enfin, si l'on considère que dans ces trois observations la paraplégie est très intense et que la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux fait défaut, que les caractères de cette forme de paraplégie acquièrent leur maximum d'intensité dans le cas où, au niveau même de la lésion, il n'existe aucune altération histologique des éléments nerveux; si on rapproche ces faits de quelques autres faits analogues antérieurement observés, et si on les compare aux cas ordinaires de paraplégie spasmodique avec dégénérescence des faisceaux pyramidaux, on est porté à émettre l'hypothèse que cette forme de paraplégie spasmodique dont l'auteur a donné la description, non seulement peut être indépendante de toute dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux, mais même dénote que ces faisceaux sont normaux, ou ne sont tout au plus que partiellement altérés.

MM. Gilbert Ballet et Maurice Faure étudient l'atrophie des grandes cellules pyramidales dans la zone motrice de l'écorce cérébrale, après la section expérimentale des fibres de projection chez le chien. Ils démontrent que cette section expérimentale des fibres blanches sous-corticales est suivie assez rapidement (dès le onzième jour et probablement plus tôt) de l'atrophie des grandes cellules pyramidales de la zone motrice. De l'un des faits, il semble résulter que le processus qui aboutit à l'atrophie cellulaire présente des analogies avec celui qui intervient dans la moelle à la suite de la rupture spontanée ou provoquée des prolongements cylindre-axiles des cellules (tuméfaction de la cellule, chromatolyse centrale, projection périphérique du noyau).

M. Marinesco, pour rechercher quel pouvait être le sort des grandes cellules pyramidales après les lésions de la capsule interne, a examiné le lobule paracentral, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, dans six cas d'hémiplégie due à des lésions plus ou moins anciennes de la capsule interne; et dans tous les cas, a constaté des altérations des grandes cellules pyramidales, allant jusqu'à leur atrophie. Ce fait n'est, en somme, qu'un cas particulier de la réaction que présente tout neurone moteur ou sensitif à la suite de la destruction de son prolongement axillaire. Ce fait montre, en outre, que les neurones pyramidaux se comportent, après la section de leur cylindre-axe, de la même manière que les neurones moteurs craniens et spinaux, avec lesquels ils présentent, du reste, de grandes affinités pathologiques.

M. Marinesco rapporte une observation curieuse de surdi-cécité avec œsophagisme chez une hystérique.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur Poncet.

Mastoïdite compliquée de thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne; trépanation de l'apophyse mastoïde, drainage du sinus; ligature de la jugulaire interne. Guérison.

Par M. Xavier Delore,

Chef de clinique chirurgicale à l'Université.

Les mastoïdites compliquées de thrombose du sinus latéral et de la jugulaire interne ont, comme on le sait, un pronostic fort grave [Broca et Maubrac (1), Villard et Rivière (2), Chipault, Lambotte, Douare (3)]. Les divers traitements qu'on leur a opposés se sont multipliés, depuis quelques années. Pour ces motifs, nous rapportons l'observation d'un malade que nous avons eu l'occasion d'opérer dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet. Il s'agit d'une mastoïdite, accompagnée de thrombose du sinus latéral et de la partie supérieure de la jugulaire interne, qui fut guérie par la trépanation de l'antre, le drainage du sinus et la ligature de la jugulaire interne.

Observation. — N..., âgé de vingt ans, de constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé. Il entrait, le 20 janvier 1899, dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, avec des phénomènes généraux graves, symptomatiques d'une mastoïdite.

Sans cause appréciable, en dehors de tout antécédent tuberculeux, il avait été atteint, deux mois auparavant, d'une otite moyenne suppurée droite, qui, après une perforation du tympan, avait donné lieu à un écoulement auriculaire, dont il ne s'inquiéta guère.

Quinze jours avant son entrée, quelques douleurs s'étaient déclarées au niveau de l'apophyse mastoïde. Enfin, depuis quatre jours, ce jeune homme avait ressenti une violente céphalalgie, avec point maximum en arrière du pavillon de l'oreille et irradiations dans toute la moitié droite du crâne. Cette douleur s'était bientôt compliquée de vomissements fréquents, d'une température élevée et d'un gonflement de la région carotidienne supérieure, immédiatement au-dessous de la pointe de l'apophyse.

Le 20 janvier, lorsque nous le vîmes, la température atteignait 40°3, l'état général était grave : frissons, violente céphalalgie, vomissements. L'intelligence était, du reste, parfaitement conservée : pas de délire.

Pas de gonflement, ni œdème de l'apophyse mastoïde; mais la pression réveillait une douleur accentuée, au niveau du quadrant antéro-supérieur.

D'autre part, il existait un gonflement considérable de la moitié supérieure de la région carotidienne, avec torticolis symptomatique. Au-dessous du muscle sterno-mastoïdien, on sentait une masse lobulée, grosse comme le poing, et qui était manifestement constituée par des ganglions enflammés. Ce gonflement empêchait l'examen des organes profonds, de la jugulaire en particulier.

Le diagnostic fut : Mastoïdite avec thrombose probable du sinus latéral, adénites inflammatoires.

La trépanation de l'antre, au lieu d'élection (la paroi

---

(1) Broca et Maubrac. *Traité de chirurgie cérébrale*, Paris 1896.

(2) Villard et Rivière. Cong. de chir., 1897.

(3) Douare. *De la septico-pyohémie d'origine otique*, Thèse de Lyon, 1897.

externe avait une épaisseur de 1 centimètre environ), donna issue à une cuillerée à café de pus. Toute la cavité fut soigneusement détergée; le nerf facial est à nu dans la profondeur.

Le sinus latéral fut découvert; il était entouré de pus et thrombosé, ainsi que le démontra son incision. Le foyer osseux fut pansé à plat, ainsi que le sinus, dans lequel aucun curetage ne fut pratiqué.

Par une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, M. Delore enleva un volumineux paquet de ganglions agglomérés et enflammés. Il n'y avait pas de pus au-dessous. Mais la jugulaire apparut, au fond de la plaie, après l'extirpation ganglionnaire. Elle était thrombosée en haut, sur une hauteur de 6 à 7 centimètres. Au-dessous, elle paraissait flasque, ne se gonflait pas par la compression. Après deux coups de sonde cannelée, elle fut liée au-dessous de la thrombose. La plaie fut drainée.

La température baissa progressivement, pour atteindre la normale, quinze jours après l'intervention. La convalescence ne fut interrompue que par l'apparition d'un foyer de broncho-pneumonie à droite (côté malade), qui disparut en huit jours. La cicatrisation était parfaite, trente-cinq jours après l'opération.

Les guérisons de thrombose du sinus après la ligature de la jugulaire interne sont rares, d'après Douare (Th. de Lyon, 1897), qui n'en relatait alors qu'un seul exemple.

Notre observation donne lieu à quelques considérations, au point de vue du diagnostic et du traitement.

Le diagnostic de mastoïdite s'imposait, en raison des antécédents du malade, de l'écoulement auriculaire, de la douleur à la pression de l'apophyse mastoïde. Cette dernière était nettement limitée au niveau du quadrant antéro-supérieur. Comme dans les mastoïdites intra-osseuses, on ne constatait aucune rougeur, aucune tuméfaction correspondant au point douloureux, parce que l'inflammation, de date relativement récente, n'avait pas diffusé vers la surface; la paroi externe de l'antre était, du reste, épaisse de 1 centimètre environ, ainsi que le démontra la trépanation.

La thrombose du sinus avait été considérée comme probable, avant toute intervention. Les auteurs insistent, en effet, sur l'existence de phénomènes généraux graves, d'une élévation marquée de la température, d'une vive céphalalgie, lorsque survient cette complication. Or le malade, après avoir présenté pendant plus de dix jours tous les signes d'une mastoïdite, avait été atteint rapidement de céphalalgie intense, avec frissons et température de 40°5. Il ne s'agissait pas d'abcès encéphaliques, la méningite ne pouvait être incriminée, car on ne retrouvait pas le délire, la torpeur ou les signes de localisation de ces deux complications otitiques. Néanmoins, la thrombose sinusienne restait douteuse, parce qu'elle n'était révélée, ni par la tuméfaction mastoïdienne [thrombose de la veine mastoïdienne (Gradenigo)], ni par un cordon sur le trajet de la jugulaire. Mais nous savons que celui-ci peut, quelquefois, ne pas être appréciable (Douare). Dans le cas particulier, le gonflement de la région cervicale rendait, d'autre part, cette recherche illusoire.

Le diagnostic de la complication cervicale était simple. Les mastoïdites entraînent différentes lésions cervicales, dont les principales sont : la phlébite de la jugulaire interne, des suppurations profondes, des inflammations de la gaine du sterno-mastoïdien (mastoïdite de Bezold), des adénites inflammatoires (Hamon du Fougeray, 1896). La suppuration du muscle était éliminée, d'emblée. Le caractère lobulé de la tumeur, située immédiatement au-dessous du muscle, le torticolis symptomatique, etc., permettaient de conclure à des adénites inflammatoires, à un adéno-phlegmon en voie d'évolution. Quant à l'abcès profond, à la phlébite de la jugulaire, nul symptôme ne trahissait leur présence, qui pouvait être masquée par le gonflement général. Nous rappelons qu'ils coexistent souvent avec les adénites, ainsi que l'a fait remarquer Broca.

Les indications opératoires devaient viser la mastoïdite, la sinusite probable, enfin la complication cervicale. Elles étaient remplies par la trépanation de l'antre mastoïdien, la recherche et la découverte du sinus, enfin par une incision cervicale, grâce à laquelle on pouvait déterminer la nature exacte des lésions. La trépanation de l'antre, pratiquée en premier lieu, donna issue à du pus et à des fongosités. Le sinus fut alors découvert; il était thrombosé, ainsi qu'on le reconnut par une incision. Après l'avoir mis à nu sur une étendue de 2 à 3 centimètres, le simple drainage parut suffisant; aucune mobilisation du caillot, aucun curetage ne furent essayés, systématiquement, afin de ne pas diffuser les produits septiques et détruire les barrières protectrices. Enfin, une incision, pratiquée en avant du sterno-mastoïdien, permit d'enlever un volumineux paquet ganglionnaire. C'est alors qu'on aperçut, dans la plaie, la jugulaire interne, dont la moitié supérieure était thrombosée. La ligature put être exécutée, après deux coups de sonde cannelée, dans sa moitié inférieure. Cette manœuvre ne constituait donc pas un acte chirurgical voulu, un temps spécial du traitement. Elle ne fut, dans l'espèce, qu'un complément reconnu nécessaire, alors qu'on avait suivi déjà, pas à pas, pour ainsi dire, les désordres pathologiques. L'opération en fut tout aussi rapide, elle n'avait duré que vingt-cinq à trente minutes.

Cette conduite chirurgicale n'est pas admise par tous les auteurs, et la question des ligatures veineuses surtout a été souvent discutée, depuis que Zaufal a proposé la ligature de la jugulaire interne contre les thromboses sinusiennes. Broca, dont l'autorité est grande en cette matière, conseille la ligature préalable de la veine avant toute manœuvre sur le sinus. On a fait remarquer que l'on s'exposait ainsi à lier un vaisseau, lorsque la thrombose n'existe pas, car son diagnostic est bien souvent incertain. Notre cas vient à l'appui de cette proposition. Cet inconvénient est compensé, il est vrai, par deux avantages : se mettre à l'abri de l'entrée de l'air dans les veines, éviter l'embolie veineuse consécutive au curetage et la diffusion septique dans le sang veineux.

Chipault est encore plus radical. Par une ligature du sinus, au niveau du pressoir d'Hérophile, accompagnée d'une ligature et d'une section de la jugulaire interne, il sectionne tout le segment veineux thrombosé, en pratique alors le curetage et le lavage minutieux. Lambotte a obtenu un succès par ce procédé.

Quelques auteurs préfèrent s'abstenir de toute ligature. On a vu que la ligature de la veine, sans curetage du sinus, mais avec simple drainage, pouvait amener la guérison.

En résumé, toute conclusion doit être réservée. Malgré les récentes recherches, le traitement des phlébo-sinusites d'origine auriculaire n'est pas encore établi sur des bases indiscutables. Les résultats opératoires conservent toute leur valeur et doivent être connus (Broca); c'est pour ce motif que nous avons rapporté cette observation, dans laquelle,

la guérison relève, sans doute, autant de la précocité de l'intervention que de la résistance du sujet, qui était robuste, non tuberculeux, et âgé de vingt ans.

DEUX CAS D'INFECTION PUERPÉRALE PAR CONTAGION SOUS FORME DE MÉTRO-VAGINITE PSEUDO-MEMBRANEUSE

Par M. le docteur S. Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin, près Longwy).

Observation I. — La femme M..., âgée de vingt et un ans, primipare, bien constituée, sans antécédents pathologiques, accouche le 15 novembre 1897, après un travail laborieux, mais spontanément, d'un enfant mort-né.

Le quatrième jour, elle est prise d'un violent frisson suivi de fièvre vive. Appelé aussitôt, je constate tous les symptômes d'une infection puerpérale grave : grande prostration, température 40°9, pouls 130. Je fais une injection intra-utérine au sublimé, qui, du reste, ne ramène aucun débris ; j'ordonne les injections vaginales au sublimé et au permanganate de potasse, la quinine, un purgatif, la glace en permanence sur le bas-ventre, l'utérus étant très volumineux et douloureux à la pression.

Les deux jours suivants, absence de nouveaux frissons ; mais à part cela l'état local et général reste toujours le même. Cette situation me décide à examiner la femme au spéculum.

Je trouve alors la vulve, le vagin, le col et l'orifice du canal cervical couverts d'ulcérations superficielles, de dimensions et de formes variables, surmontées de productions pseudo-membraneuses, de couleur blanchâtre, difficiles à détacher. Je modifie immédiatement le traitement. Je badigeonne les ulcérations et la cavité utérine avec le mélange suivant :

Créosote de hêtre.	*ãã* parties égales.
Alcool à 90 degrés	
Glycérine neutre.	

Ensuite j'introduis dans la matrice et dans le vagin de la gaze iodoformée à 10 p. 100, enduite préalablement de vaseline aristolée à 5 p. 100.

Le soir du même jour la fièvre tombe à 38°5, le pouls à 100. Les jours suivants même pansement, sauf qu'au mélange de créosote je substitue la teinture d'iode. La température se maintient encore pendant quelques jours aux environs de 38 degrés et le pouls atteint à peine 90.

L'état général devient excellent. L'utérus diminue rapidement de volume et est indolent à la pression.

Quinze jours après le début des accidents, la malade est hors de danger, apyrétique, ayant ses ulcérations en grande partie cicatrisées.

Obs. II. — Le 20 novembre de la même année, dans la même rue, quatre maisons plus bas, accouche spontanément d'une enfant viable, la femme V..., âgée de vingt-sept ans, multipare, jouissant d'une bonne santé habituelle.

Le troisième jour après l'accouchement, elle est prise d'un frisson prolongé suivi de fièvre.

Les injections intra-utérines, la quinine ne modifient pas l'état grave, alarmant de la malade. J'examine alors la femme au spéculum, et je trouve chez elle, à ma grande surprise, absolument les mêmes lésions que chez la femme M...

J'institue le même traitement local, et la guérison ne se fait pas longtemps attendre. Mais ici la convalescence est traversée par une complication retardant singulièrement le rétablissement définitif, à savoir une phlébite à la jambe gauche.

L'enfant n'a vécu que quinze jours, elle a succombé par suite d'un érysipèle généralisé, qui s'était déclaré le septième jour après la naissance.

Les deux femmes ont été accouchées, à cinq jours d'intervalle, par la même sage-femme, personne déjà âgée, ne prenant aucune des précautions cependant aujourd'hui classiques. En outre, cette sage-femme portait sur le dos de la main gauche, à la base de l'index, déjà lors du premier accouchement, une plaie phlegmoneuse, consécutive à une brûlure superficielle non soignée, non pansée. Ensuite les deux parturientes étaient placées dans leur lit de façon que la sage-femme, pour pratiquer le toucher, ne pouvait se servir que de sa main gauche infectée.

Toutes ces circonstances, ainsi que l'analogie frappante des lésions dans les deux cas, imposent l'idée de la contamination.

La forme sous laquelle l'infection s'est manifestée chez les deux malades est assez rare et semble due au streptocoque (1). Nous pensons pouvoir tirer quelques conclusions pratiques de cette courte note :

L'infection puerpérale à forme de vulvo-vaginite et de métrite pseudo-membraneuse ou « diphtéroïde » doit être soignée surtout par les moyens locaux, consistant en cautérisations et pansements.

Comme les symptômes généraux ne mettent pas sûrement sur la voie du diagnostic de cette forme de l'infection puerpérale, il est indispensable de soumettre toute parturiente infectée à l'examen au spéculum.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

L'euquinine, par le docteur Thomas, privat-docent à l'Université de Genève.

De mes essais, sur cinq malades (4 tuberculeux et 1 syphilitique), et pour autant qu'il est possible de conclure avec si peu de faits, l'euquinine présente les avantages suivants :

Absence d'amertume et possibilité de faire avaler cette préparation sans aucune difficulté aux enfants et aux personnes délicates. On peut la donner dans de l'eau alcoolisée, dans du lait ou tout simplement la faire prendre en nature avec un peu de sucre et boire quelques gorgées d'eau après. C'est là un point important dans la médecine infantile.

Tolérance en général facile de la part de l'estomac souvent en mauvais état ; absence de malaise et d'ivresse quinique. Action plus rapide que celle de la quinine ; nous voyons en effet, chez nos malades, le retour à la température normale se faire en deux ou trois heures. Or, chez les tuberculeux en particulier, plus nous pouvons obtenir rapidement l'apyrexie qui tend à se manifester spontanément dans le milieu de la nuit et mieux cela vaut.

D'autre part, je suis tenté de croire que V. Noorden a raison quand il dit que 1 gramme de sel de quinine a la même action que 1gr50 à 2 grammes d'euquinine. Toutefois je n'ai pu vérifier ce dernier point d'une façon absolue.

Sans vouloir contribuer à augmenter le nombre déjà trop grand des nouveaux médicaments, je pense que l'euquinine est destinée à faire son chemin. (*Journ. des pratic.*)

(1) Voir *Précis d'obstétrique*, de Ribemont-Dessaignes et Lepage, 4e édit., 1897, p. 1304 et 1318.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

170. M. IGNARD. Traitement de l'atrophie infantile par le lait stérilisé. — 171. M. GENEAY. Prématurés et débiles. — 172. M. CAZAUX. Goitre exophtalmique, quelques considérations sur son traitement. — 173. M. VERGRIETE. Sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la lithiase biliaire. — 174. M. FOURNIER. Chirurgie de la caisse dans l'otorrhée. — 175. M. BOIVIN. Contribution à l'étude des rétentions rénales. — 176. M. BOURIENNE. Contribution à l'étude de l'œsophagotomie par voie thoracique postérieure. — 177. M. ABELLY. Documents pour servir à l'histoire de la symphyséotomie. — 178. ROUSSEL. Le cancer du bassinet et de l'uretère. — 179. M. COHENDY. Sur le traitement du muguet chez le nouveau-né. — 180. M. MORFAUX. Recherches ser l'urobilinurie. — 181. M. DECHERF. Etude clinique de la dyspepsie de la seconde enfance. — 182. M. CHABRET DE RIEU. L'isolement du phtisique à l'hôpital Lariboisière. — 183. M. WINTREBERT. Luxation latérale interne de l'auriculaire. — 184. M. OLIVE. De l'indicanurie en général et particulièrement dans la grossesse et la puerpéralité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 11 AU 15 AVRIL 1899)

Examens de doctorat.

MARDI 11 AVRIL, à une heure. — 1er (nouveau régime), épreuve pratique : MM. Cornil, Poirier et Retterer.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Rémy et Wallich; — (2e série) : MM. Richelot, Bonnaire et Thiéry; — (3e série) : MM. Quénu, Bar et Faure ; — (2e partie) : MM. Hallopeau, Charrin et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Debove et Desgrez; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Berger et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Marfan; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Thiroloix; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 12 AVRIL, à une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Rémy, Sébileau et Retterer.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Lannelongue, Poirier et Varnier; — (2e série) : MM. Blum, Mauclaire et Lepage ; — (3e série) : MM. Delens, Broca (Aug.) et Wallich ; — (2e partie) : MM. Fournier, Widal et Méry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Humbert et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Lancereaux et Gaucher ; — M. Launois, suppléant.

JEUDI 13 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Retterer et Thiéry.

2e (oral, 1re partie) : MM. Gley, Charrin et Langlois.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Cornil, Richelot et Bonnaire; — (2e série) : MM. Quénu, Poirier et Bar ; — (2e partie) : MM. Debove, Roger et Achard.

4e (1re série) : MM. Proust, Thoinot et Vaquez ; — (2e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Widal et Wurtz ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 14 AVRIL, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve, pratique : MM. Lannelongue, Poirier et Walther.

1er (nouveau régime, 1re série) : MM. Ch. Richet, Blum et Retterer ; — (2e série) : MM. Rémy, Lejars et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Legueu et Wallich ; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Gilles de la Tourette et Widal.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Humbert, Faure et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy et Teissier ; — M. Dupré, suppléant.

SAMEDI 15 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Retterer et Albarran.

1er (nouveau régime) : MM. Rémy, Poirier et Gley.

3e (2e partie) : MM. Cornil, Vaquez et Thiroloix.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Le Dentu et Wallich.

4e : MM. Pouchet, Roger et Langlois ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Richelot et Faure; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Ménétrier ; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Troisier et Bonnaire ; — M. Marfan, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Bret.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra son cours de laryngologie, rhinologie et otologie, à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le mardi 18 avril 1899, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

Les exercices pratiques ont lieu sous la direction de M. le docteur Castex, assisté de MM. les docteurs Collinet, Chaillous et Rabé, anciens internes des hôpitaux.

Examen et traitement des malades tous les jours, de trois heures à cinq heures. — Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. — Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à trois heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Christian-Cattier, décédé dans sa soixante-quinzième année, au château du Coudray (Trois-Moulins, près Melun); Savornin (de Marseille); A. Georges Steinmetz (de Saint-Dié), décédé à Heiligenberg (Alsace), à l'âge de vingt-huit ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Troisième session de l'Association française d'urologie, Paris 1898. Président : M. le professeur GUYON ; secrétaire général : M. le docteur DESNOS. — Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction de M. le docteur DESNOS, secrétaire général. — Un vol. in-8° de 493 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Les odeurs et les parfums; leur influence sur le sens génésique, par le docteur TARDIF. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 37. — JEUDI 30 MARS 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 30 MARS 1899. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle l'impression plutôt fâcheuse produite par la statistique de l'appendicite dans l'armée, qu'a fait connaître M. Chauvel, dans le travail si consciencieux qu'il a lu à l'Académie. M. Le Dentu, dans la dernière séance, ne pouvait pas croire que ces chiffres, que cette mortalité de 30 p. 100, fussent définitifs. Il semblait attendre des explications. Ce sont ces explications qu'est venu fournir M. Delorme. En effet, dit-il, ces chiffres ne sont pas définitifs, ils demandent à être interprétés et expliqués, et M. Delorme nous fait alors observer que, si les morts sont toutes soigneusement relevées dans les statistiques de l'armée, il n'en est plus de même des guérisons; que, d'autre part, bien des cas d'appendicite sont inscrits sous d'autres noms, et que ces cas grossissent d'autant le nombre des guérisons. Ce sont, sans doute, là de bonnes raisons, et bien faites pour atténuer l'excessive mortalité par appendicite dans l'armée. Mais, tout en nous donnant ces explications, M. Delorme n'en arrive pas moins à conclure qu'il faudrait augmenter, dans l'armée, le nombre de chirurgiens de carrière, qu'il faudrait multiplier les centres hospitaliers et les doter de chirurgiens éprouvés, et d'installations chirurgicales convenables. Il faut, dit avec raison M. Delorme, établir une séparation bien nette entre les chirurgiens et les médecins de l'armée, comme celle qui existe entre les médecins et les chirurgiens des hôpitaux civils.

Sans vouloir interpréter ces conclusions dans un sens plus ou moins défavorable à nos confrères de l'armée, il est bien permis de reconnaître toute la justesse des réclamations de M. Delorme, et d'émettre avec lui le vœu que des réformes qui s'imposent soient décidées et exécutées le plus promptement possible.

M. Bazy a lu une note sur les formes graves du rein mobile, la cachexie néphroptosique et son traitement par la néphropexie. Cette opération est, suivant M. Bazy, le seul moyen de remédier à toutes les conséquences fâcheuses de cette ptose rénale, si pénible pour les malades. Au point de vue opératoire, il indique un procédé spécial qu'il appelle la néphropexie en hamac.

M. Gilles de la Tourette a fait, en son nom et au nom de M. Chipault, une communication intéressante sur la percussion méthodique du crâne et sa contribution au diagnostic cranio-encéphalique. Cette percussion méthodique du crâne serait, d'après les auteurs, un moyen précieux de préciser l'épaisseur de la paroi sur laquelle l'opération doit porter. Il y a là un élément de diagnostic qui peut être fort utile.

MM. Imbert (de Montpellier) et Dupuy (de Toulouse) ont été nommés membres correspondants nationaux.

HOPITAL BEAUJON. — M. BAZY.

Des formes graves du rein mobile; de la cachexie néphroptosique et de son traitement par la néphropexie.

Le rein ptosé et mobile peut, dans quelques cas, donner lieu à un ensemble symptomatique assez sérieux pour que les cas ainsi visés méritent d'être groupés sous l'appellation caractéristique de « forme grave du rein mobile ». Ces formes graves, dont les troubles digestifs et la douleur constituent les éléments les plus importants, ont pour aboutissant un état d'affaiblissement qu'on pourrait, sans exagération, désigner sous le nom de « cachexie néphroptosique ».

Cette cachexie est intimement liée à la ptose et à la mobilité du rein et ne disparaît qu'avec elles. Tous les traitements faits pour relever l'état général et combattre les troubles digestifs restent impuissants, tant que le rein n'a pas été fixé.

Cette impuissance de la thérapeutique médicale est la preuve de la relation directe qui existe entre l'état général et la mobilité rénale.

La fixation du rein ou néphropexie est le premier et souvent le seul traitement à opposer à ces cas.

L'amélioration ou la guérison ne sont pas toujours instantanées; elles peuvent se faire attendre un mois, deux mois et même six mois après l'opération.

Le procédé opératoire, destiné à fixer le rein, qui m'a permis d'obtenir ces résultats, consiste dans la fixation directe du rein aux muscles intercostaux et à la face antérieure de la dernière côte et dans le tassement et la suspen-

sion de la capsule cellulo-adipeuse à la dernière côte, — procédé opératoire qu'on pourrait désigner sous le nom de « néphropexie en hamac ».

DE LA PERCUSSION MÉTHODIQUE DU CRANE

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC CRANIO-ENCÉPHALIQUE

Par MM. les docteurs Gilles de la Tourette et Chipault.

En matière d'intervention sur le crâne, il serait désirable de pouvoir préciser autant que possible, avant l'opération, l'épaisseur de la paroi sur laquelle celle-ci doit porter. Les recherches anatomiques, celles de Péan en particulier, ont fait connaître l'épaisseur normale de ces parois suivant les diverses régions. Mais elles ne s'appliquent qu'à des crânes normaux, normalement constitués, et sont impuissantes à nous apprendre si, dans un cas donné, les parois sont plus minces ou plus épaisses qu'à l'état normal.

Nous croyons avoir trouvé le moyen de résoudre en partie ce problème par l'emploi de la percussion méthodique du crâne, soit à l'aide d'un petit marteau, soit, de préférence, directement avec le doigt. Celui-ci perçoit, en effet, des sensations d'élasticité et de résistance complémentaires et corrélatives du son produit. La percussion doit toujours être pratiquée, le sujet ayant la bouche fermée, l'occlusion ou l'ouverture de l'orifice buccal étant susceptibles, dans une large mesure, de faire varier les résultats obtenus. Les recherches de technique doivent être faites sur le vivant, le crâne du cadavre donnant un son tout à fait différent.

La percussion pratiquée ainsi que nous venons de l'exposer permet de reconnaître que la tonalité comparative du crâne est claire chez l'enfant, mate chez l'adulte, surtout chez l'homme, moins mate chez le vieillard. Elle est plus claire dans les régions frontale et pariétale que dans la région occipitale. De ces faits, on peut déjà conclure qu'elle varie avec l'épaisseur des parois, l'enfant ayant le crâne plus mince que l'adulte, la région pariétale étant moins épaisse que la région occipitale.

Seules les opérations sur le crâne sont d'ailleurs susceptibles de permettre d'établir si réellement la tonalité est en rapport avec l'épaisseur des parois.

Celles que nous avons pratiquées et dont nous allons donner le résumé corroborent cette opinion de la façon la plus nette : elles consistent en cinq trépanations : une frontale, quatre pariétales.

a. Notre cas de trépanation frontale est relatif à un jeune homme de dix-huit ans, qui, à la suite d'un traumatisme sans fracture de la paroi antérieure du crâne, avait présenté des symptômes mentaux pour lesquels l'intervention fut décidée. La région frontale rendait à la percussion un son mat dont la percussion comparée de la même région chez les personnes assistant à l'opération faisait ressortir le caractère exceptionnel. Or, l'os fut trouvé sur toute l'étendue de la région percutée, dense et très épaissi, 13 millimètres au lieu de 5, moyenne habituelle de la région.

b. Nos quatre cas de trépanation pariétale ou rolandique ne sont pas moins probants. Ce sont : 1° une trépanation décompressive pour néoplasme probable, non découvert à l'intervention. La percussion rendait un son tout à fait clair analogue à celui du crâne d'un enfant. La paroi était d'une minceur exceptionnelle, 3 millimètres et demi au lieu de 6, moyenne normale de la région ; 2° une trépanation pour traumatisme ancien de la région pariétale droite chez un homme de trente ans. Tonalité normale ; paroi d'épaisseur normale, 5 millimètres et demi ; 3° une trépanation pour épilepsie essentielle avec crises limitées au côté droit, chez un homme de vingt-cinq ans. Matité exceptionnelle. Dureté considérable du crâne, absence presque complète de tissus diploïques, épaisseur 9 millimètres passés ; 4° une trépanation pour épilepsie jacksonienne des membres droits, diagnostiquée néoplasique chez un homme de trente-cinq ans. La percussion de la région pariétale gauche rendait un son mat, beaucoup plus mat que celui de la région pariétale droite, et cette matité paraissait localisée à une zone de 5 à 6 centimètres carrés. L'intervention fut extrêmement laborieuse, le crâne au centre de la matité avait l'épaisseur énorme de 23 millimètres.

Nous le répétons, ces faits confirment jusqu'à l'évidence notre proposition : la tonalité d'une région cranienne varie avec son épaisseur, elle est d'autant plus claire que la paroi est mince et inversement.

Nous avons pu également établir que la continuité ou la discontinuité de la paroi cranienne exerçait une influence très nette sur le son rendu par cette paroi à la percussion. Chez les trépanés, le son est plus clair du côté où a porté la trépanation. Dans deux cas de fracture ancienne du crâne avec perte de substance peu étendue, la percussion donnait un véritable bruit de pot fêlé. S'agit-il là d'un nouveau signe qui permettra à l'avenir d'affirmer certaines fractures du crâne jusqu'à présent impossibles à diagnostiquer? Nous ne pouvons, d'après deux observations seulement, généraliser. Il est même probable que, si cette notion de bruit de pot fêlé dans les fractures du crâne devenait une règle, il y aurait toute une série de nuances à établir et de nombreuses exceptions à préciser suivant l'état des parties molles, de béance ou de cicatrisation fibreuse de la perte de substance, suivant son trajet et ses dimensions. La simple constatation du fait, quelques réserves d'attente que nous devions faire, n'en est pas moins à elle seule des plus intéressantes.

Aux cas précédents, nous pouvons ajouter celui d'un microcéphale, chez lequel l'intervention permit de constater l'ossification prématurée des sutures, que la matité exceptionnelle de son crâne nous avait fait soupçonner. C'est là un fait qui n'est pas seulement intéressant au point de vue théorique, puisque les microcéphales avec ossification des sutures, qui sont rares, sont aussi les seuls chez lesquels la craniectomie semble susceptible de donner des résultats satisfaisants.

Nos recherches, que nous poursuivons cependant depuis déjà longtemps, ne nous ont pas encore permis de déterminer si la percussion pouvait fournir des indications sur l'état normal ou pathologique des parties molles contenues dans le crâne.

LE TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

Par le docteur Collineau.

Cephalées avec douleurs pongitives aux deux tempes, s'exacerbant à l'issue du repas, somnolences invincibles, insomnies accompagnées d'agitation, de prurit généralisé à toute la surface du corps, de mictions fréquentes et abondantes, de soubresauts dans la longueur des muscles des membres pelviens, sensation de fatigue générale au réveil, avec tendance aux défaillances, au vertige et incapacité d'accommodation visuelle, lenteur et difficulté de digestion,

tiraillements épigastriques, régurgitations, flatulences, borborygmes, irrégularité des gardes-robes, intermittences d'acholie et d'hypercholie, dépression et exagération également soudaines de la pression artérielle, *angor pectoris* simulant à s'y méprendre des troubles cardiaques de nature organique, érections persistantes avec pollutions nocturnes, ou bien inappétence sexuelle, paresse intellectuelle, aboulie, amnésie sans perversion ni abolition, toutefois, des facultés intellectuelles, tel est, pour le rappeler en peu de mots, l'ensemble des caractères de la névrose désignée en 1869 pour la première fois par Beard (1) [de New-York] sous le nom de neurasthénie.

Depuis lors en Amérique, en Allemagne, en Angleterre, en France, les problèmes qui se rattachent à la nature de la maladie ont été l'objet d'investigations réitérées.

La diversité, à vrai dire, est ce qui a le moins manqué aux interprétations.

En sa qualité de chef du service municipal d'electrothérapie de la Salpêtrière, le docteur R. Vigouroux se trouvait placé dans un milieu, entre tous propice à l'observation suivie des névroses en général et de la neurasthénie en particulier.

Sur le terrain de la clinique, il lui a été par conséquent loisible de rechercher quelle est la part d'influence revenant aux troubles de la nutrition sur l'accomplissement des fonctions nerveuses.

De là, à l'examen méthodique de l'urine chez les neurasthéniques, il n'y avait qu'un pas. Or, les analyses urologiques par lui entreprises, selon la méthode de M. Gautrelet (2), lui permirent de reconnaître son abaissement constante dans les proportions respectives des éléments constitutifs de l'urine, dans la neurasthénie paraissant coïncider avec une fréquente hyperacidité. Ses vues initiales sur la fréquence de l'hyperacidité se sont, il faut le dire, singulièrement modifiées par la suite (*communication orale*) et c'est l'abaissement respectif des divers éléments entrant dans la composition chimique du liquide excrémentitiel qui demeure, à ses yeux, un fait acquis.

Par suite, il était amené à conclure que « l'urine des neurasthéniques présente une diminution des produits excrémentitiels normaux, avec augmentation anormale des produits d'oxydation incomplète ».

D'autre part, cet état pathologique concorde avec celui que le professeur Bouchard a décrit sous le nom de ralentissement de la nutrition, lequel lui-même correspond directement avec l'arthritisme.

Emise pour la première fois par le docteur Huchard, cette assertion se trouve, dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld et Huchard, formulée en ces termes : « Dans la plupart des cas, la neurasthénie est une névrose arthritique. »

La vérité est que toutes les analyses d'urine neurasthénique ont un caractère uniforme et qu'en raison de ce caractère, elle est de composition identique à celle des arthritiques. On peut donc, à bon droit, regarder l'arthritisme comme une condition nécessaire au développement de la neurasthénie ; c'est avec raison que M. Vigouroux rattache la neurasthénie à une dyscrasie d'ordre arthritique.

La dyscrasie, à son tour, constitue dans la neurasthénie, aussi bien que dans l'arthritisme, un terrain favorable à la genèse des auto-intoxications, à celle de l'acholie, à celle encore de l'artério-sclérose, à celle, surtout, de la dyspepsie. Complication fréquente de la névrose, la dyspepsie, toutefois, est par elle-même impuissante à en provoquer l'éclosion.

En vue d'édifier sur des bases solides la médication rationnelle de la neurasthénie, ces quelques considérations n'étaient pas, ce nous semble, hors de propos.

A nos yeux, le traitement de la neurasthénie doit être, à la fois, hygiénique et médical.

Hygiénique, il embrasse les particularités qui ont trait au régime alimentaire et aux influences du milieu.

Médical, il comprend celles qui sont afférentes aux agents pharmaceutiques, ainsi qu'aux agents physico-chimiques (massage, exercice musculaire, électricité).

Un mot sur chacun de ces points.

L'institution d'un *régime alimentaire* en rapport avec les besoins *réels* et les aptitudes physiologiques du sujet joue un rôle de première importance.

La dyscrasie d'ordre arthritique qui, dans la très grande majorité, pour ne pas dire dans l'universalité des cas, domine la scène, d'une part; d'autre part, la dyspepsie qui a pu (circonstance fréquente) venir en compliquer les péripéties, servent à en réglementer les conditions.

Cette réglementation — ce rationnement — à son tour, doit viser pour les aliments solides, comme pour les aliments liquides, la quantité et la qualité.

En thèse générale, énonçait en 1891 le docteur Vigouroux, les neurasthéniques mangent trop. Il importe donc avant tout de réduire leur régime et de le ramener à la *ration d'entretien.*

Dans la pratique, les limites de ce rationnement d'*entretien* ne sauraient guère, pour chaque cas individuel, être fixées que par voie de tâtonnement. Voici en quels termes précis le docteur Vigouroux (1) s'exprime à ce sujet :

« 1° *Quantité.* — On prescrit d'abord une quantité d'aliments inférieure à la moyenne normale et on observe les variations que peut subir le poids du malade. Habituellement, le poids commence à diminuer; puis après dix à quinze jours, il devient stationnaire. C'est qu'alors le régime prescrit correspond à la ration d'entretien. Si, au contraire, après quinze jours, la diminution du poids (et des forces) s'accentuait, il faudrait renforcer le régime.

2° *Qualité.* — On sait que les trois types de matière nutritive sont l'albumine, l'amidon, la graisse. L'expérience a montré que l'albumine doit entrer dans la ration journalière. Cette condition remplie, le surplus des calories nécessaires peut être fourni par les deux autres catégories, en proportion quelconque, ou même en une seule.

Il est très important de connaître le minimum d'albumine nécessaire : jusqu'à ces derniers temps, on avait admis, d'après Voit, le chiffre de 118 grammes, c'est-à-dire 1gr50, ou même 1gr70 (en tenant compte du déchet intestinal) par kilogramme et par jour. Cela représente une ration de viande de bœuf de 5 à 600 grammes (2). »

En somme, le régime alimentaire des neurasthéniques demande à être atténué et varié : viande de mouton grillée

(1) Voir *Boston med. and surg. Journ.*, nº du 29 août 1869, et l'ouvrage publié dix ans plus tard par Beard.

(2) Gautrelet. *Urines, applications de l'analyse urologique à la séméiologie médicale*, Paris 1889.

(1) Vigouroux. *Neurasthénie et arthritisme*, p. 44, Paris 1893.

(2) *N. B.* — Il est bon de remarquer qu'au sens de divers auteurs, et le docteur Vigouroux est du nombre, ces évaluations sont trop élevées et qu'il convient d'en rabattre.

ou rôtie, poisson à chair maigre, jambon, œufs, légumes verts (moins l'oseille), pommes de terre en purée, ou bouillies, farines diverses en potage, riz en gâteaux, pâtes d'Italie, lait, café, fruits cuits. Peu ou pas de bouillon, pas de graisse, beurre *frais* seulement, pas de sauces et surtout pas d'épices, le moins de pain possible.

Quant aux boissons, on n'en saurait admettre qu'une : l'eau. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et la quantité dont il est loisible d'en faire usage doit être assez large (Bouchard) pour maintenir la tension artérielle, irriguer les tissus et faciliter la désassimilation. Spiritueux, vin, bière, cidre méritent, en tant que cause de ralentissement pour les oxydations, d'être rigoureusement proscrits.

Le lait ne saurait, non plus, sauf circonstances exceptionnelles, être accepté, à titre de boisson alimentaire, bien qu'il puisse, avec avantage, entrer dans le régime pour une large part.

Un semblable régime a pour but : 1° de subvenir aux besoins *réels* de l'organisme ; 2° d'épargner à l'appareil de la digestion un travail inutile ; 3° de réduire au *minimum* l'accumulation des déchets de la nutrition.

Et, qu'on ne s'y trompe pas, l'indication de relever les forces, ou d'améliorer les conditions de la nutrition n'implique nullement la nécessité d'augmenter l'alimentation. L'organisme ne consomme que suivant ses besoins, son énergie fonctionnelle n'est pas subordonnée à la quantité des aliments.

Bref, ce dont par-dessus tout il faut s'enquérir et tenir compte, c'est du degré précis de la puissance assimilatrice du sujet. Ce dont il importe de se garder, c'est de prescrire à un neurasthénique plus de nourriture qu'il n'en saurait utiliser, et l'idée d'exagérer l'alimentation sous prétexte de relever les forces, la *suralimentation* (pour employer le terme sous lequel on désigne ce système thérapeutique), ne repose, en réalité, sur aucune donnée physiologique.

Maintenue, au contraire, *au-dessous de la normale*, la ration d'entretien est, dans la généralité des cas, encore suffisante parce que, encore un coup, prise dans ses rapports avec les besoins réels et le degré de puissance assimilatrice du sujet, elle se trouve, *de fait*, *normale*.

Cette doctrine énoncée, dès 1891 et formulée en 1893 en termes définitifs par le docteur Vigouroux (1), est passée, non sans de longues oppositions, dans la pratique de nombre de médecins.

[Nous croyons utile de préciser ces dates et ces faits, attendu que des vues similaires à celles du docteur Vigouroux sur le régime alimentaire dans la neurasthénie et, d'une manière plus générale, dans l'*arthritisme*, ont été plus récemment reproduites dans diverses publications dont les auteurs, passant sous silence le nom de leur promoteur, semblent ne s'être pas tenus au courant de ses travaux. C'est au chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière que revient, pourtant, le mérite d'avoir, le premier, appelé l'attention sur l'importance du rôle joué par la nutrition dans la pathogénie et le développement des maladies nerveuses.

Il ne serait pas sans intérêt, notamment, de rapprocher ces vues du docteur Vigouroux de celles qui se trouvent exposées dans une communication faite par le docteur Maurel (de Toulouse) au Congrès de médecine de Montpellier (année 1898), et qui, reproduites *in extenso* dans la *Tribune médicale* (p. 412 et 413), présentent, avec les précédentes, une identité parfaite. Comme on peut voir, l'accord se fait sur la matière.]

Que, maintenant, les troubles propres à la dyspepsie se mêlent, ainsi qu'il arrive la plupart du temps, à ceux de la dyspepsie arthritique, que ceux-ci précèdent ceux-là ou réciproquement, qu'y a-t-il de changé au fond de la situation clinique ?

Absolument rien. La dyspepsie neurasthénique ne revêt pas une physionomie qui lui soit particulière. Qu'elle occupe la première place, ou bien qu'elle reste confinée au second, la nature du traitement n'en éprouve aucune modification appréciable.

Sous peine de cesser d'être rationnelle, l'indication thérapeutique continuera d'être fournie, non pas par l'observation du trouble fonctionnel, mais bien par celle de l'état général de la nutrition.

Seule, l'hypopepsie dictera une sévérité plus rigoureuse dans la *réduction* du régime alimentaire, tandis que l'hyperpepsie autorisera une détente dans cette sévérité. Ce qui importe, en effet, c'est de ménager les forces de l'estomac.

En réalité, l'indication est *une* : s'en tenir au strict minimum d'aliments, afin de réduire également au minimum le travail des organes de la digestion ainsi que la production des déchets et des matières toxiques.

Le traitement médical proprement dit de la neurasthénie comprend l'emploi de diverses préparations pharmaceutiques et celui de certains agents physiques tels que le massage, l'hydrothérapie, l'électricité.

Peu nombreuses, les *préparations pharmaceutiques* qui trouvent, dans la dyscrasie qui nous occupe, leur indication, sont comme dans l'arthritisme, dont elle dérive : 1° les alcalins, le bicarbonate de soude, à la dose de 4 à 7 grammes, au plus, par vingt-quatre heures, l'eau de Vichy, l'eau de Vals ; 2° les cholagogues laxatifs tels que le quassia, la podophyle, le calomel, le salol toujours utiles comme favorisant les oxydations ; 3° l'iodure de sodium sous la forme la plus aisément acceptable, associé au régime lacté *par périodes*, comme moyen particulièrement actif de combattre l'artério-sclérose, toutes les fois que l'on en surprend la piste.

Passons aux agents physiques.

Du *massage*, nous ne dirons qu'un mot. Pour combattre la constipation et la pléthore abdominale, le massage de l'abdomen est un moyen dont l'efficacité, bien que fort loin d'être constante, ne saurait être mise en doute.

Sur l'*hydrothérapie* nous serons également très bref. De ses divers procédés, les bains prolongés (de une heure à trois heures) peuvent rencontrer de formelles indications contre l'insomnie et l'éréthisme nerveux ; mais, en termes généraux, dans la neurasthénie, les procédés hydrothérapiques, la douche en particulier, font double emploi avec l'électricité. En outre, d'une efficacité moins certaine et surtout d'un effet moins prompt, ils sont beaucoup moins aisément tolérés par les malades.

Les applications de l'*électricité* au traitement de la neurasthénie consistent exclusivemeut dans la franklinisation. Ce procédé, par parenthèse tombé en désuétude, doit sa réhabilitation aux travaux du docteur Vigouroux, et au premier rang des publications consacrées aux *Méthodes nouvelles d'électrothérapie* préconisées par le chef du service de l'électrothé-

(1) Vigouroux. Loc. cit.

rapie à la Salpêtrière, c'est justice de placer celle dont Stein (1) est l'auteur.

Dans la neurasthénie, qu'on ne s'y trompe pas, l'électrothérapie ne constitue, d'aucune sorte, un *spécifique* contre les désordres nerveux. C'est purement et simplement un moyen de provoquer, dans un but déterminé, certaines réactions physiologiques.

Ici, à la vérité, ces réactions physiologiques s'imposent. Le ralentissement de la nutrition est le phénomène culminant. Activer les combustions et favoriser l'élimination des déchets constitue donc une indication de premier ordre. Eh bien, la franklinisation, appliquée suivant les méthodes exposées en 1891 par le docteur Vigouroux, a pour double effet de stimuler les échanges nutritifs et de faciliter l'élimination des médicaments dits *nervins*, des préparations prétendues *reconstituantes* auxquels plus ou moins banalement on a cru utile d'avoir recours.

Que dire, enfin, des exercices musculaires, du changement de milieu, de l'isolement et des voyages?

En ce qui a trait aux *exercices corporels*, le surcroît d'activité qui en résulte pour les fonctions fondamentales de l'organisme : respiration, circulation, digestion, calorification, est à rechercher.

D'autre part, la fatigue, il ne faut pas le perdre de vue, engendre les conditions qui, justement, prédominent dans la dyscrasie arthritique. La règle invariable doit donc être de proportionner l'exercice à l'état des forces. Pour les uns la marche par exemple (cet exercice corporel par excellence) sera mesurée en pas ; pour les autres, en kilomètres.

Soustraire le sujet aux influences de *milieu* qui l'environnent peut être un bien, et aussi un mal ; à cet égard, rien de précis. C'est sur les particularités personnelles qu'il convient de se baser.

Quant à l'*isolement et au repos absolu* préconisé par Weir-Mitchell, il est, en soi, toujours pénible et en somme ne paraît pas avoir fourni des résultats en rapport avec les rudes épreuves auxquelles il condamne.

En dernier lieu les *voyages*, en raison des complexités qu'ils entraînent, peuvent être, dans la neurasthénie, salutaires ou non, selon les cas.

L'incompatibilité de la vie d'hôtel avec la régularité de régime, dans la circonstance si importante, la suppression ou le changement de direction médicale, les contacts fortuits avec d'autres malades plus gravement atteints et la réaction de ces contacts sur l'émotivité déjà vive du sujet, tels en sont les inconvénients. Quant aux avantages, ils sont problématiques et ne semblent se manifester que « dans les cas très légers qui auraient (Vigouroux) cédé sans traitement ».

En résumé, la formule du traitement rationnel de la neurasthénie peut s'énoncer ainsi :

Alimentation proportionnelle aux *besoins réels*.
Alcalins contre les troubles dyspeptiques.
Franklinisation méthodique.
Exclusion — sous la réserve des exigences imposées par les cas individuels — de toute autre médication.

---

(1) Stein. *Die allgemeine Nervenschwæche*, Francfort-sur-le-Mein 1879.

TRAITEMENT DE LA TOUX POST-GRIPPALE

Par M. le docteur J. Bernard.

Je suis, depuis quelques semaines, fréquemment appelé auprès de malades qui, s'étant assez facilement débarrassés de la grippe, ont contracté une toux coqueluchoïde consécutive fatigante, que les calmants ordinaires ne peuvent arrêter.

Voyant là une infection bien caractérisée, je conseille le traitement suivant qui m'a réussi presque toujours.

Le matin au lever, vers quatre heures de l'après-midi, et le soir au coucher, une cuillerée à soupe du sirop suivant, soit pur, soit dans un peu d'eau :

Bromoforme	1	gramme.
Alcoolature de racine d'aconit	4	—
Alcool à 90 degrés	20	—
Sirop de codéine	100	—
— de tolu	150	—

F. S. A.

En même temps, pour tarir la sécrétion bronchique, je fais prendre deux ou trois capsules Dartois à chacun des repas du matin, de midi et du soir.

Après quelques jours de ce traitement que je termine par une légère purgation, mon malade est complètement débarrassé de cette toux grippale qui, en cette saison, est très fréquente.

Si on se trouve en présence d'une tuberculose commençante, il n'est pas de meilleur traitement à instituer, et il suffit alors d'augmenter progressivement le nombre des capsules, de façon à arriver à 50 ou 60 centigrammes par jour.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la coqueluche.

Dans la deuxième période contre la coqueluche des enfants, on emploiera le sirop suivant, dont la dose variera suivant l'intensité des symptômes et surtout suivant l'âge des coquelucheux ; elle sera par vingt-quatre heures de une à six cuillerées à café, c'est-à-dire 5 à 30 grammes.

Sirop de belladone	50	grammes.
— de valériane } *àà*	25	—
— de digitale }		

Chaque cuillerée du mélange équivaut à 5 milligrammes d'extrait alcoolique de belladone ; on fera prendre ainsi aux jeunes sujets une proportion croissante de cet extrait d'un demi-centigramme (moitié moins qu'aux adultes) ; les jeunes enfants acceptent mieux la valériane que l'éther qu'on pourrait substituer.

Pour les enfants au-dessous de deux ans, on commence par une demi-cuillerée à café, et on augmente d'une demie tous les jours, jusqu'au chiffre de deux cuillerées en vingt-quatre heures (1 centigramme d'extrait alcoolique de belladone) ; pour les coquelucheux de deux à cinq ans, une cuillerée à café le premier jour, puis jusqu'à six pour les enfants plus âgés ; on ne doit pas dépasser les doses ci-dessus indiquées ; si cependant les quintes et l'intensité augmentent, on peut aussi augmenter la dose du sirop, ou la diminuer si les quintes sont moins fréquentes.

Le sirop sera donné pur ou mélangé avec du sirop de gomme, de violette ou de fleurs d'oranger dans de l'eau ou du lait.

Lorsque la difficulté est de ne pouvoir faire avaler aux

enfants une certaine quantité de liquide (cinq à six cuillerées par jour), on remplace ce sirop par la teinture dont voici la formule :

Teinture de belladone . . . . . 10 grammes.
— de valériane . . }
— de digitale . . . } ââ 5 —

Pour les enfants au-dessous de deux ans, on commencera par v gouttes de ce mélange, et l'on augmentera de v tous les jours, jusqu'au chiffre de xxx ; aux coquelucheux de deux à cinq ans, on donnera depuis x gouttes jusqu'à LX, en augmentant de x gouttes par quarante-huit heures. On peut remplacer au besoin la teinture de valériane par celle de musc ; l'action sera la même. (*Journ. de méd. de Paris.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1899. — Présidence de M. PANAS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. DELORME rappelle que M. Le Dentu a insisté, avec raison, sur la gravité de la statistique fournie par M. Chauvel relativement à l'appendicite dans l'armée. Il tient à donner des explications sur cette statistique véritablement effrayante et inexplicable, qui donne une mortalité de 30 p. 100 pour les appendicites traitées par l'expectation et une mortalité de 31,8 p. 100 pour les appendicites traitées par la laparotomie. L'impression qu'on éprouve en voyant ces chiffres, c'est qu'on meurt beaucoup plus d'appendicite dans l'armée que dans les autres milieux et même dans les hôpitaux. Or il n'en est rien, ces chiffres ne sont pas définitifs et c'est ce que tient à démontrer M. Delorme.

S'il voulait s'en tenir aux résultats de sa pratique personnelle, il pourrait dire que sa propre statistique n'a rien de comparable à cette statistique générale, puisque, sur treize laparotomies qu'il a pratiquées pour appendicites à Châlons, il n'a pas perdu un seul opéré. Mais M. Delorme ne veut s'en tenir qu'aux résultats de la statistique générale de l'armée : cette statistique donne, pour 1893, 6 p. 100 de mortalité, pour 1894, 19 p. 100, pour 1895, 14 p. 100.

Il faut observer que, dans cette statistique, toutes les morts sont bien soigneusement relevées, toutes les guérisons ne le sont pas. Beaucoup de cas d'appendicite figurent sous les noms de colite, d'entéralgie, de fièvre éphémère, d'embarras gastrique. La statistique des cas traités par l'expectation n'est ni globale, ni intégrale. Quant aux cas traités par la laparotomie, il s'agit généralement d'appendicites aiguës ou suraiguës avec péritonite plus ou moins localisée, ou péritonite diffuse. Les résultats opératoires s'en trouvent forcément assombris.

Les chiffres fournis par M. Chauvel n'en restent pas moins fort impressionnants, et M. Delorme croit pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

Il faudrait, dit-il, augmenter considérablement dans l'armée le nombre de chirurgiens de carrière ; multiplier les centres hospitaliers, les confier à des chirurgiens éprouvés, les doter d'installations appropriées.

Quant à sa conduite personnelle, relativement au traitement de l'appendicite, M. Delorme la résume ainsi. Il pense qu'il faut toujours opérer dans les cas graves, souvent dans les autres cas. Dans les péritonites diffuses généralisées la laparotomie lui semble préférable à l'abandon du malade. Elle est, pour ainsi dire, la seule planche de salut. Dans les foyers circonscrits, la recherche de l'appendicite peut être dangereuse en amenant le décollement d'adhérences protectrices, mais il faut encore recourir à l'opération même incomplète pour parer à des accidents mortels. Dans les appendicites aiguës ou suraiguës, M. Delorme opère le plus tôt possible. Qu'il y ait ou non cavité close, qu'il y ait ou non abcès, il intervient et trouve toujours l'appendice altéré. L'opération faite à froid, ou très hâtivement, dès le début des accidents, comme le demande M. Dieulafoy, est certainement ce qui donne les meilleurs résultats. Aussi, alors même qu'il n'y a que la douleur et un peu d'induration au niveau de l'appendice, M. Delorme intervient.

COMMUNICATIONS

Formes graves du rein mobile ; de la cachexie néphroptosique et de son traitement par la néphropexie. — M. BAZY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 341.)

De la percussion méthodique du crâne ; contribution au diagnostic cranio-encéphalique. — M. GILLES DE LA TOURETTE, en son nom et au nom de M. Chipault, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 342.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A partir du 11 avril prochain, les conférences d'anatomie pathologique auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Par arrêté ministériel, en date du 27 mars 1899, un concours s'ouvrira le 2 octobre 1899, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

Par arrêté ministériel, en date du même jour, le programme de ce concours est fixé comme suit :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie dans l'exposition duquel les considérations histologiques, embryologiques et physiologiques y afférentes devront être traitées. — Cinq heures sont accordées pour cette épreuve, qui a lieu sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Une leçon de trois quarts d'heure sur un sujet d'anatomie, après trois heures de préparation, sous la surveillance d'un membre du jury, sans aucun secours étranger.

3° Épreuves pratiques : *a.* Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures sont accordées pour cette préparation. — *b.* Une épreuve pratique d'histologie. Quatre heures sont accordées pour cette épreuve. — *c.* Une préparation de pièces destinées à être conservées. Cette préparation a lieu dans un délai fixé par le jury et qui ne doit pas dépasser trois mois.

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Leroy (de Bondy) ; Péron, chef du laboratoire de l'hôpital Boucicaut.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur Marcel Lermoyez reprendra ses conférences pratiques sur les maladies du nez, du larynx et des oreilles, le samedi 15 avril prochain, à neuf heures et demie du matin.

Le mardi : conférence de séméiologie et de diagnostic. — Le samedi : conférence de thérapeutique. — Le lundi : petites opérations spéciales. — Le vendredi : opérations sur l'oreille et les sinus de la face.

— *Situation médicale.* — Le docteur Blanc (de Marseille), directeur du « Sud médical », désire céder sa clientèle, ainsi qu'une part ou la totalité du journal, versement minimum et comptant (sine qua non) de 10 000 francs. — Cette condition étant rigoureusement indispensable, prière de n'engager aucun pourparler si elle n'est pas remplie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 38. — SAMEDI 1er AVRIL 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 1er AVRIL 1899. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Ligature de l'artère hypogastrique; de son application thérapeutique, en particulier dans les anévrysmes fessiers.

Par le docteur R. Baudet,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
et L. Kendirdjy,
Interne des hôpitaux.

Les récents progrès de la chirurgie pelvienne ont mis en vogue et ramené dans la pratique la ligature des artères hypogastriques, et les faits ont montré que cette opération ne présentait en elle-même aucun danger, à condition d'être propre, ni aucune difficulté, à condition de renoncer aux anciens procédés, dits sous-péritonéaux, et d'aller chercher les vaisseaux par la laparotomie médiane et la voie transpéritonéale. Aussi les succès sont-ils devenus plus nombreux et les indications opératoires plus étendues.

On réservait autrefois cette ligature au traitement de quelques anévrysmes fessiers. Mais, aujourd'hui, on lie aussi les iliaques internes pour faire rétrocéder certaines hypertrophies de la prostate, certaines tumeurs inopérables de l'utérus, quelques rares sarcomes télangiectasiques de la fesse. Il s'agit d'une méthode atrophiante dont les applications sont, on le voit, assez variées, mais dont les résultats concordent mal. On lie encore les deux hypogastriques pour assurer l'hémostase préventive au cours de certaines opérations pelviennes, dans l'hystérectomie abdominale totale, dans l'extirpation abdomino-périnéale du rectum cancéreux. Dans cette troisième catégorie de faits, nous pouvons dire que cette ligature a tenu ses promesses.

Ligature de l'hypogastrique : 1° dans l'hypertrophie de la prostate; 2° dans le cancer de l'utérus; 3° dans l'extirpation abdomino-périnéale du rectum; 4° dans les sarcomes télangiectasiques de la fesse; ce sont là des chapitres que nous allons d'abord étudier. Nous réservons le dernier aux anévrysmes de la fesse. C'est le chapitre le plus important et le plus discuté; aussi nous retiendra-t-il plus longuement.

I

Hypertrophie de la prostate. — C'est Bier (1), assistant du professeur Esmarch, à Kiel, qui, le premier, appliqua la ligature des deux hypogastriques au traitement de l'hypertrophie de la prostate. Se basant sur les résultats fournis par la ligature des utérines dans des fibromes de l'utérus, des artères thyroïdiennes dans le goitre et des artères nourricières du sein dans certaines tumeurs fibreuses de cet organe, il conclut que les tumeurs bénignes des muscles, des glandes et du tissu conjonctif pouvaient disparaître ou diminuer considérablement de volume lorsqu'on réduisait leur irrigation, sans que pour cela l'on compromît en rien les diverses fonctions de ces parties.

Il fit sa première opération le 13 mars 1891. L'hypertrophie étant surtout marquée à gauche, il lia seulement l'hypogastrique correspondante, après avoir choisi la voie transpéritonéale. L'opération fut pénible et prolongée par une syncope chloroformique : elle dura deux heures et demie.

Quatre heures après l'opération, le malade vida sa vessie spontanément et le toucher rectal, pratiqué le soir même, montra une diminution considérable du lobe gauche qui, le troisième jour, était même plus petit que le lobe droit. Le quatrième jour le malade mourut de péritonite septique.

Chez le deuxième malade, âgé de soixante-cinq ans, Bier pratiqua le 1er mars 1893 et, cette fois, par la voie sous-péritonéale, la ligature des deux iliaques internes.

Dès le troisième jour de l'opération il y eut une amélioration sensible de la miction, en même temps qu'une diminution considérable du volume de la prostate.

Le 4 juillet, quatre mois après l'opération, le volume de la glande était presque normal et le malade urinait aussi bien qu'avant le début des accidents.

Enfin, chez son troisième malade, âgé de soixante-neuf ans, Bier fit la même opération, le 5 avril 1893.

Comme dans les deux premiers cas, le résultat ne se fit pas longtemps attendre : la miction redevint spontanée et régulière, le volume de la prostate diminua considérable-

(1) Bier. *Wien. Klin. Wochens.*, août 1893.

ment, et le doigt qui, avant l'opération et sous le chloroforme, ne pouvait pas atteindre le bord supérieur de la glande, l'accrochait maintenant très facilement.

En somme, le résultat obtenu était loin d'être mauvais. Bier trouvait à son opération les avantages suivants :

1° De laisser les différents organes dans leurs rapports anatomiques normaux ;

2° De lever l'obstacle par le moyen le plus simple, à savoir en amenant la régression de la glande hypertrophiée.

3° De ne pas tenir les malades au lit pendant plus de quinze jours. Ce fait n'est pas sans importance, si l'on considère l'influence néfaste du repos prolongé chez les individus âgés, amenant la congestion hypostatique des poumons.

En 1895, König (1) rapporta l'observation d'un homme âgé de soixante-huit ans qui, un an et demi auparavant (janvier 1894), avait subi, à Chicago, l'opération de Bier. Il ne citait pas le nom du chirurgien.

L'amélioration avait été presque immédiate et, six mois après l'opération, le malade ne se sondait plus.

König vit le malade en juin 1895. Le bec de la prostate était seul légèrement hypertrophié et le cathétérisme retirait un demi-litre de résidu. Le malade se refusa à une nouvelle intervention et préféra continuer de se sonder.

Peu de temps après la publication du mémoire de Bier, Willy Meyer (2) [de New-York] pratiqua la ligature des deux hypogastriques sur un homme de cinquante-cinq ans, par la voie sous-péritonéale.

A gauche, au moment où il sectionnait l'artère entre deux ligatures, il y eut une hémorragie abondante due à ce que la pointe du bistouri, au cours de la dénudation, avait intéressé les tuniques du vaisseau, au niveau du bout supérieur. Meyer pinça les deux bouts et laissa les pinces à demeure. A droite, l'opération fut menée sans accident.

Le douzième jour, il y eut une hémorragie secondaire formidable due à ce que l'une des pinces avait érodé la paroi de l'iliaque externe gauche. Meyer, accouru en toute hâte, fit la ligature de l'iliaque primitive. Il en résulta, peu de temps après, une gangrène de l'avant-pied correspondant qui fut amputé et qui guérit, d'ailleurs, rapidement.

Dès le lendemain de l'opération, le malade pouvait uriner spontanément. Cette amélioration persista et le malade quitta l'hôpital le 28 avril 1894. Revu au mois de septembre de la même année, il raconta qu'il ne s'était plus sondé depuis cette dernière date et que, la nuit, il pouvait rester trois et quatre heures sans uriner.

La longueur de l'urèthre était tombée de 23 centimètres et demi à 21 centimètres et demi.

Le deuxième malade de Meyer, âgé de soixante-trois ans, fut opéré, toujours par voie extra-péritonéale, le 21 mai 1894. La nuit même de l'opération, il urina plusieurs fois spontanément ; depuis il n'eut plus de rétention. Le malade paraissait complètement guéri lorsque, brusquement, le cinquième jour, sa température tomba au-dessous de la normale et il mourut le huitième jour.

L'autopsie ne put être faite que très incomplètement et ne fournit aucun renseignement sur la cause qui avait amené cette mort inattendue.

Enfin, Meyer opéra un troisième malade, âgé de soixante-cinq ans, le 19 juin 1894. Toutes les iliaques étaient athéromateuses. Il n'osa étreindre le vaisseau qu'à gauche, ce qui fit qu'en réalité l'hypogastrique gauche seule était liée.

Le résultat fonctionnel fut nul et, quatre semaines après, on dut pratiquer la cystostomie sus-pubienne.

Au mois d'octobre de la même année, le malade urinait un peu par l'urèthre; le lobe gauche de la prostate (côté de la ligature) n'égalait plus que le tiers du lobe droit.

Lorsque M. Meyer fit sa communication à la Société de chirurgie de New-York, son opération fut loin d'y provoquer l'enthousiasme et Wyeth, tout en rendant hommage à l'habileté et au sang-froid de son collègue, ne pouvait s'empêcher de trouver que, pour une intervention qu'il considérait comme formidable, les résultats étaient loin d'avoir compensé les dangers courus.

Revenant sur cette question en 1896, Meyer était d'avis que la ligature des hypogastriques devait prendre place à côté des méthodes de cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. L'opération lui paraissait facile dans la position de Trendelenburg et la voie sous-péritonéale préférable, dût-on faire, pour cela, deux incisions.

Pour lui, l'indication la plus nette est dans les cas où la rétention est de date récente et où la dilatation de la vessie avec atonie est encore peu accusée. L'opération serait également indiquée chez les individus âgés de moins de cinquante à soixante ans, qui sont fatigués par le cathétérisme répété mais qui se refusent cependant à perdre un ou deux testicules.

Il concluait en disant que l'opération lui paraissait mériter de nouveaux essais.

L'opinion de Meyer n'a guère été partagée par les autres chirurgiens.

En 1896, S. Derujinsky (1), expérimentant sur des chiens, affirmait que la ligature des iliaques internes n'amenait pas d'une façon certaine la diminution du poids et du volume de la prostate et qu'il n'y avait pas de raison pour qu'il n'en fût pas de même chez l'homme.

Flœrsheim (2), en 1897, s'étonne que pareille opération ait pu être imaginée par Bier et qu'elle ait trouvé un défenseur en Amérique. La même idée, sous une forme différente, est exprimée par Herhold (3).

Bier (4), lui-même, revenant dernièrement sur la question, dit : « Les résultats que j'ai obtenus, tout en étant assez satisfaisants dans quelques cas, ne permettent pas de recommander cette opération. »

Ces observations méritent quelques remarques. Les résultats obtenus par Bier et par Meyer ont été de deux ordres : résultats opératoires, résultats fonctionnels.

Les résultats opératoires ne sont pas brillants. Bier, sur trois opérés, en perd un de péritonite, après une intervention qui dure deux heures et demie. Meyer, sur trois opérés, en perd un également, et le deuxième n'échappe qu'à grand'peine, après une série de complications très graves.

Les résultats fonctionnels paraissent être plus encourageants. Le premier opéré de Bier, mort le quatrième jour, présentait déjà un lobe prostatique gauche tellement diminué de volume qu'il était devenu plus petit que le droit. Son deuxième malade, revu quatre mois après, avait une glande dont le volume paraissait normal; la miction se

(1) König. *Centralbl. f. krankh. der Harnund Sex. Org.*, Munich 1895.
(2) Willy Meyer. *Ann. of Surg.*, avril 1894 et juin 1896.

(1) S. Derujinsky. *Rev. de chir.*, 1897.
(2) Flœrsheim. *Arch. gén. de méd.*, janv. 1897.
(3) Herhold. *Deuts. med. Wochens.*, janv. 1897.
(4) Bier. Congr. allem. de chir., 1897.

faisait sans difficultés. Il en fut de même chez le troisième.

Meyer obtint également un résultat excellent chez un de ses opérés : dès le lendemain de l'opération, la miction devint possible et resta dès lors normale; la longueur de l'urèthre tomba de 23 centimètres et demi à 21 centimètres et demi.

Donc, toutes les fois que la ligature de l'hypogastrique fut bien conduite, la prostate hypertrophiée diminua de volume et les troubles urinaires rétrocédèrent. Ce sont là des faits à retenir, ils sont trop rares, il est vrai, pour nous engager à préconiser une opération désavouée par Bier lui-même, mais assez constants pour mériter qu'on l'expérimente à nouveau. Si les résultats entrevus par Bier et Meyer ne sont pas illusoires, mais réels, la ligature de l'hypogastrique pourra prendre place parmi les meilleurs traitements palliatifs de l'hypertrophie de la prostate (1).

II

Cancer de l'utérus. — L'application de la ligature des hypogastriques au traitement du cancer de l'utérus est également de date récente.

C'est Kelly (2) qui, le premier, en 1893, fit cette ligature et voici dans quelles conditions :

Il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, présentant un cancer du col de l'utérus, avec envahissement des deux ligaments larges. Kelly fit une laparotomie en vue d'une hystérectomie totale. Les lésions étaient beaucoup plus étendues qu'il n'avait cru. Au cours de l'opération, l'hémorragie fut tellement abondante, inquiétante même, que Kelly imagina de lier les deux iliaques internes. Il le fit d'abord à droite, puis à gauche, et l'hémorragie cessa aussitôt.

L'envahissement était tel qu'une grande partie du néoplasme ne put être enlevée. La malade, opérée en octobre, quitta l'hôpital le 23 novembre 1893. Elle rentra en février 1894, pour une fistule vésico-vaginale. Son état général était bon ; ni le toucher vaginal, ni le toucher rectal ne montrèrent trace de néoplasme : celui-ci semblait avoir totalement disparu.

Cette observation de Kelly était, comme on le voit, doublement instructive. La ligature des hypogastriques avait, d'une part, arrêté une hémorragie qui menaçait d'être fatale; d'autre part, elle semblait avoir guéri un cancer de l'utérus par un arrêt de la circulation dans cet organe. Et c'est ainsi que la ligature bilatérale des iliaques internes est devenue le point de départ de deux méthodes opératoires différentes : méthode d'hémostase préventive dans certaines interventions pelviennes, méthode atrophiante et régressive dans les néoplasmes de l'utérus.

La deuxième observation est celle de W. R. Pryor (3). Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-neuf ans qui, ayant subi une hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus, le 30 juillet 1896, présentait une récidive dans la cicatrice. Une laparotomie, pratiquée le 11 décembre, montra une étendue telle des lésions, qu'il ne fallait pas songer à les enlever ; on dut refermer le ventre. C'est alors que Pryor imagina de lier les deux iliaques internes. Le 8 janvier 1897, il fit la laparotomie et lia d'abord l'hypogastrique droite. Survint à ce moment une syncope respiratoire, qui nécessita la respiration artificielle; puis il lia l'artère du côté gauche. Ici l'opération fut particulièrement laborieuse, car l'artère était recouverte d'un riche treillis veineux, qui en rendait la dénudation difficile. Elle fut immédiatement suivie d'une deuxième syncope qui, cette fois, cessa spontanément.

Le résultat de l'opération fut le suivant : les douleurs disparurent pendant trois mois, et lorsqu'elles reparurent, elles étaient très supportables. La tumeur diminua notablement de volume.

Pryor, après avoir rapporté cette observation, préconise la ligature des hypogastriques lorsqu'on ne peut songer à enlever une récidive cancéreuse après une hystérectomie vaginale. D'ailleurs, en présence d'un néoplasme malin de l'utérus, mieux vaut, selon lui, au lieu de l'hystérectomie vaginale, pratiquer la laparotomie et, après avoir lié les deux iliaques internes, essayer d'enlever le plus possible de tissu malade. Il croit qu'on peut ainsi, en dehors du bénéfice, considérable en l'espèce, de l'hémostase préventive, retarder la récidive du néoplasme.

L'exemple de Kelly et de Pryor a été suivi par d'autres chirurgiens. Au Congrès de chirurgie de 1897, M. Hartmann (1) a communiqué l'observation d'une femme atteinte d'un cancer de l'utérus, et chez laquelle il avait lié, en même temps que l'hypogastrique droite, le tronc ombilico-utérin gauche, les deux cordons utéro-ovariens et un ligament rond. L'écoulement avait cessé presque instantanément, mais l'amélioration n'avait été que de courte durée, et, un mois plus tard, tous les symptômes avaient reparu.

Au dernier Congrès français de chirurgie, M. Roux (de Lausanne) dit avoir pratiqué plusieurs fois la ligature des deux hypogastriques, pour des néoplasmes malins de l'utérus. L'amélioration n'a jamais été que de quelques semaines.

Enfin, tout dernièrement, M. Legueu (2) a présenté à la Société de chirurgie une malade, à laquelle il a fait l'hystérectomie abdominale totale avec évidement pelvien, pour un cancer utérin. Il a été amené dans cette opération à faire la ligature de l'iliaque primitive gauche et de l'iliaque interne droite.

On le voit, les cas de ligature des iliaques internes pour des cancers de l'utérus, sont encore trop peu nombreux et les résultats trop peu concordants, pour qu'il nous soit permis d'en tirer un enseignement.

En regard des succès très relatifs de Pryor et de Kelly, se placent les échecs d'Hartmann et de Roux. Cette opération ne saurait donc être qu'un pis-aller, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme atteinte d'un cancer inopérable et qui demande à grands cris à être soulagée. C'est en pareil cas, seulement, qu'une semblable tentative serait justifiée.

Mais, dans un ordre d'idées tout différent, lorsque l'hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus a été décidée et que la laparotomie a montré qu'elle est possible, il peut y avoir intérêt à lier tout de suite les deux hypogastriques ou leurs troncs antérieurs [Polk (3), Pryor]. On assurera ainsi l'hémostase préventive de tout le champ opératoire;

(1) Les expériences négatives de Derujinsky ne prouvent pas grand'chose, à notre avis. La ligature des iliaques internes peut être sans influence sur une prostate normale et agir, par contre, sur une prostate hypertrophiée. Il ne saurait y avoir d'analogie.

(2) A. Kelly. *John Hopkins Hosp. Bull.*, avril 1894.

(3) W. R. Pryor. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1897, t. XXXV, p. 511.

(1) Hartmann et Fredet. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1898, t. I.

(2) Legueu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 29 nov. 1898.

(3) Polk. *Amer. gynæc. and obstet. Journ.*, 1896, t. IX.

on pourra rendre plus radicale, plus étendue l'extirpation des tissus pelviens; enfin, avantage hypothétique, mais réalisable *a priori*, on pourra retarder l'heure de la récidive. C'est pour ces différentes considérations que nous préconiserions volontiers cette méthode d'hémostase préventive dans l'extirpation abdominale totale de l'utérus cancéreux (1).

III

Extirpation abdomino-périnéale du rectum. — Dans l'extirpation abdomino-périnéale du rectum, le chirurgien profite de ce que le ventre est ouvert pour lier les deux hypogastriques. C'est un temps nouveau que l'on intercale dans les temps habituels que comporte l'opération abdominale.

Ainsi comprise, cette ligature a déjà été exécutée un certain nombre de fois. La première en date est celle de Giordano ; puis notre maître Quénu en a fait quatre; son élève Duval une. Toutes les observations n'ont pas été publiées : trois restent inédites. Mais leurs résultats essentiels sont connus.

Observation I, *résumée* [Giordano (2)]. — Cancer du rectum chez une femme âgée de trente-six ans. Opération le 5 septembre 1896. Position de Trendelenburg. Salpingectomie à droite. On isole et on lie les deux hypogastriques, puis les deux hémorroïdales supérieures dans le méso. Le temps abdominal étant achevé, on passe au deuxième temps, à la périnéotomie. Il ne s'écoule que très peu de sang et l'on n'applique que quatre pinces.

A ce propos, Giordano conseille de lier, quand on peut, la sacrée moyenne.

Obs. II, *résumée* [Quénu (3)]. — Cancer recto-sigmoïde chez un homme de soixante-six ans. Opération le 5 juillet 1898.

Laparotomie médiane, position de Trendelenburg.

Après ligature du tronc de l'hémorroïdale supérieure, on sectionne le côlon pelvien entre deux ligatures. « La suture du bout inférieur par invagination (procédé de Madelung) est rendue très difficile, vu que l'intestin a été coupé très bas, à hauteur de la première pièce sacrée. Au temps de l'invagination, la ligature lâche, le péritoine pelvien est souillé par le contenu rectal. On se décide alors à enlever le rectum par la voie périnéale, pour créer une large voie de drainage pelvi-périnéal. Ligature bilatérale de l'hypogastrique, section du péritoine autour du rectum, libération de l'intestin sur ses quatre faces. »

Extraction du rectum par le périnée. Drainage et tamponnement sans aucune ligature.

Obs. III, *résumée* (Quénu. Loc. cit.). — Cancer recto-sigmoïde chez un homme de soixante-deux ans. Opération le 28 octobre 1898.

Laparotomie médiane; position de Trendelenburg.

« La ligature des hypogastriques est faite après la section du côlon pelvien. L'anus iliaque est porté sur le segment iléo-pelvien ; il n'est pas ouvert de suite. » Le temps périnéal s'exécute sans que l'on mette une seule pince, et après le premier pansement « le malade dit souffrir moins qu'avant son opération ; la plaie périnéale n'a pas suinté du tout ».

Obs. IV et V (Quénu) ; Obs. VI (P. Duval). — Ces observations sont mentionnées dans le travail de Quénu et Duval (1).

Dans tous ces cas, les manœuvres opératoires ont peu varié. Le malade, couché sur le plan incliné, a le ventre ouvert. Le péritoine pelvien a été exploré et les limites de la tumeur sont reconnues; avant de pratiquer la section colique Giordano lie les deux hypogastriques.

Quénu, au contraire, abouche d'abord à la peau le bout supérieur du côlon sectionné; puis il désinsère le segment inférieur jusqu'au cul-de-sac de Douglas, et le rabat, suffisamment obturé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. De cette façon, la région sacro-vertébrale est plus à découvert et les doigts de l'opérateur plus à l'aise dans la recherche de l'artère. Ils sont plus à l'aise, en effet, car on n'a plus à compter avec le côlon pelvien et son méso. La présence de ce dernier rend quelquefois délicate la ligature de l'hypogastrique du côté gauche (2). Si ce méso est long, on le récline en dehors, et il ne gêne pas; mais s'il est court, on est obligé d'inciser ses feuillets et d'écarter les deux ou trois artères sigmoïdes qui se trouvent dans son épaisseur. Dans l'extirpation abdomino-périnéale du rectum, par le procédé de Quénu, ces difficultés, purement accidentelles du reste, n'existent pas, puisque, au moment de la ligature, le méso a déjà été sectionné et les artères sigmoïdiennes hémostasiées, et que ces manœuvres ont dégagé le tronc de l'hypogastrique gauche, dont la ligature devient ainsi plus aisée et plus rapide.

Cette hémostase préventive n'a-t-elle pas d'inconvénients? L'ischémie brusque qu'elle entraîne ne semble pas retentir sur les viscères que l'hypogastrique nourrit ; les troubles urinaires, en particulier, sont nuls et l'innocuité de la ligature paraît absolue.

Cependant, M. Quénu fait quelques réserves. Il est possible que ce brusque arrêt circulatoire ne reste pas sans influence sur la vitalité des éléments anatomiques de la région. Les tissus, mal nourris momentanément, deviennent moins capables de se défendre et de résister aux infections immédiates, inévitables souvent, quand on opère dans le voisinage du rectum. Cela expliquerait comment on a vu survenir, malgré l'asepsie la plus surveillée, des abcès, des lymphangites gangréneuses circonscrites que l'on note dans certaines observations. C'est là un reproche grave que l'on peut faire à la méthode des ligatures préventives. Est-il justifié? C'est ce qu'il est difficile encore d'établir.

Par contre, les avantages sont appréciables. Lorsqu'on passe au deuxième temps de l'opération, à l'extirpation périnéale du segment recto-sigmoïde, on est toujours surpris de n'avoir point à placer une seule pince sur les plans cellulaires et musculaires de la région, si riches en vaisseaux.

Au cours de deux opérations d'extirpation du rectum, que nous avons pu suivre, l'une périnéale seulement, l'autre abdomino-périnéale, mais sans ligature préalable des hypogastriques, nous avons cru instructif de compter le nombre de pinces et de fils qu'exige l'hémostase périnéale. Nous avons noté, montre en main, le temps qu'il faut pour prendre une pince dans le plateau et la placer sur l'artère; le temps

(1) Et des autres tumeurs de l'utérus.

(2) Giordano. *Clin. chir. di Milano*, 1896, n° 10, p. 463.

(3) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 2 nov. 1898.

(1) Quénu et Duval. Ligature bilatérale de l'hypogastre par voie transpéritonéale, *Rev. de chir.*, nov. 1888.

(2) Quénu et Duval. Loc. cit.

qu'il faut également pour mettre un fil sur le vaisseau forcipressuré.

Dans la première intervention, la pose seule des catguts a duré douze minutes; dans la deuxième, on a placé quarante-huit pinces et trente-deux fils sur le périnée. Cette hémostase a duré en totalité vingt-cinq minutes. Et si l'on songe au temps perdu par le chirurgien pour poser son bistouri, pour le reprendre et le replacer dans le plan opératoire, si l'on songe aux coups d'éponge et aux compressions veineuses et capillaires qui suspendent momentanément l'acte chirurgical, il n'y aurait pas d'exagération à dire que l'hémostase seule a fait perdre trente-cinq minutes à l'opérateur.

Ces détails, sans doute, peuvent paraître puérils; ils ont cependant leur enseignement. Aussi la conclusion s'impose :

La ligature des deux hypogastriques, faite au cours de l'extirpation abdomino-périnéale du rectum, ne complique pas et ne prolonge que très peu l'acte opératoire. C'est une ligature facile et rapide; elle assure l'hémostase préventive du périnée, c'est-à-dire une économie réelle de temps et de sang.

IV

Tumeurs télangiectasiques de la fesse. — On a fait trois fois la ligature de l'hypogastrique pour faire rétrocéder des tumeurs télangiectasiques de la fesse, jugées inopérables, ou pour enrayer leur développement.

Avant de porter un jugement sur une telle opération, nous donnerons le résumé de ces trois cas.

Observation I, *résumée* [Porta (1), 9 juillet 1873].—Fongus hématode de la symphyse sacro-iliaque droite, chez une femme de quarante-cinq ans.

Ligature sous-péritonéale de l'iliaque interne correspondante. L'opération dure une demi-heure. L'artère est liée à 2 centimètres au-dessous de la bifurcation de l'iliaque primitive. La malade meurt quarante-huit heures après de péritonite avec épanchement de sang dans la fosse iliaque droite et le bassin.

Obs. II, *résumée* [Treves (2), 1892]. — Sarcome télangiectasique de la fesse. Ligature transpéritonéale de l'iliaque interne. Réunion par première intention de la plaie opératoire.

Aussitôt après l'opération, la tumeur diminua considérablement de volume. Le malade, impotent auparavant, put marcher pendant dix mois. Il mourut le quatorzième mois de cachexie.

Obs. III, *résumée* [Wherry (3), 1893]. — Sarcome télangiectasique de l'os iliaque gauche, chez un homme de vingt et un ans.

Après avoir fait deux ponctions exploratrices (croyant à un abcès) qui ne ramènent que du sang, Wherry fait la ligature transpéritonéale de l'artère hypogastrique gauche. La ligature a été très laborieuse. Les veines iliaques, énormes, se gonflaient à chaque coup d'éponge et menaçaient de se rompre toutes les fois qu'on les écartait.

Immédiatement après l'opération, tous les battements disparaissent dans la tumeur fessière qui rétrocède complètement. Disparition de tous les symptômes fonctionnels. Wherry publie son observation comme un cas de guérison.

Ces deux observations de Treves et de Wherry sont encourageantes. Elles montrent les heureux effets de la ligature dans le traitement des sarcomes vasculaires jugés inopérables. La diminution du volume de la tumeur et des douleurs compressives, le rétablissement des fonctions du membre; une survie de quatorze mois dans un cas, la guérison dans un autre, tels sont les bénéfices de ces deux opérations faites dans un but palliatif.

Ces résultats ne doivent pas trop nous surprendre, et nous trouvons dans l'histoire des sarcomes télangiectasiques, des os longs en particulier, des exemples anologues d'amélioration et de guérison, après ligature de l'artère principale du membre.

Ces tumeurs présentent entre elles des formes anatomiques un peu différentes.

Les unes sont constituées en majeure partie par une masse solide. Après la ligature de l'artère, cette masse principale, diminuée sans doute, persiste encore, malgré l'affaiblissement ou la cessation de ses battements. Dans les cas de ce genre, il ne faudrait pas espérer de la ligature un résultat très favorable. Les éléments malins restent trop abondants et l'on ne peut s'attendre qu'à un arrêt temporaire dans l'évolution de la tumeur. Le cas de Treves rentre évidemment dans cette catégorie de faits.

Mais il existe une autre variété de tumeurs télangiectasiques des os, anévrysmes des os (1), dont quelques-unes ont définitivement disparu après la ligature de l'artère principale du membre. On trouve, dans l'important mémoire de Richet « Sur les tumeurs vasculaires des os » (2), trois cas de ligature de l'artère fémorale pour anévrysmes de l'extrémité supérieure du tibia. Le premier malade, opéré par Lallemand et revu trois mois après, ne présentait plus de battements et le plateau de son tibia conservait ses dimensions normales.

Le deuxième malade, opéré par Roux en 1844, vivait encore vingt ans après, sans la moindre trace de récidive.

Enfin le troisième malade, opéré par Lagout en 1855, donnait lui-même de ses nouvelles, et des meilleures, à son chirurgien, neuf ans après, en 1864.

Si nous insistons sur les faits rapportés par Richet, c'est que le cas de Wherry présente avec eux beaucoup d'analogie : même tumeur pulsatile osseuse, même intervention consistant dans la ligature de l'artère principale du membre, même résultat heureux.

Mais ces cas diffèrent beaucoup des premiers, de celui de Treves notamment. Ils diffèrent également beaucoup de certaines observations rapportées encore par Richet, et qui furent suivies d'insuccès, c'est-à-dire qu'après ligature de l'artère et affaissement momentané de la tumeur, il fallut recourir à l'amputation.

Il faut donc distinguer à la fesse, comme au membre inférieur, deux variétés de tumeurs télangiectasiques (3). Dans l'une, l'élément vasculaire est faible, la masse solide, l'élément sarcomateux prédomine. Dans l'autre, la vascularisation est intense et absorbe tout, l'élément myéloplaxique est insignifiant.

(1) Porta. *Gaz. med. ital. lombarda*, janv. 1874.
(2) Treves. *The Lancet*, 1892, t. I.
(3) Wherry. *The Lancet*, 1893, t. II.

(1) C'est, pour E. Nélaton, une variété de sarcomes à myéloplaxes.
(2) Richet. *Arch. gén. de méd.*, 1864, t. II, et 1865, t. I.
(3) Variétés, non pas histologiques, mais opératoires.

La plupart du temps, ces deux catégories de tumeurs sont inopérables. Nous n'envisageons, du reste, que le cas où cette extirpation paraît impossible. Dans ces cas-là, la ligature de l'hypogastrique est une précieuse ressource; mais ses résultats seront, on le conçoit, très variables, suivant la variété même de la tumeur.

Dans le cas de tumeur solide, il ne faudra s'attendre qu'à une cessation prolongée des douleurs et des troubles fonctionnels, une survie d'autant plus longue que la richesse vasculaire du sarcome sera plus grande. Il ne faudra pas espérer plus, cela sera suffisant, toutefois, s'il ne s'agit que de prolonger les jours d'un malade que l'on ne peut autrement soulager.

Dans les cas d'anévrysmes osseux, au contraire, la ligature présente un pronostic opératoire plus favorable. Les faits rapportés par Richet nous font penser que celui de Wherry ne restera pas isolé, que la guérison même pourra être définitive. Malgré les réserves que comporte la chirurgie des tumeurs malignes, malgré les déceptions que cette chirurgie entraîne, nous n'hésitons pas à recommander la ligature de l'hypogastrique dans les tumeurs anévrysmatiques de l'os iliaque.

V

Anévrysmes de la fesse. — Stevens, le premier, en 1812, lia l'artère hypogastrique pour un anévrysme fessier. Cette ligature eut un plein succès et le cas est resté classique.

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, les procédés ont varié, mais la méthode sous-péritonéale restait la plus communément en usage.

Cependant, dès 1872, Le Roy Mac Lean, préconisait la laparotomie médiane et la ligature transpéritonéale de l'artère. En février 1886, Dennis, dans un cas semblable, faisait la même opération. Ces deux cas se terminèrent par la mort. Le 15 juin 1886, Locke Chew obtenait par cette nouvelle méthode le premier succès et, depuis, Dennis, Williams, Annandale, Bardenheuer, Pitt, Merrill, n'ont eu que des guérisons.

Notre intention n'est pas d'exposer ici les divers traitements des anévrysmes fessiers, de comparer leurs résultats et de préciser leurs indications opératoires. Nous voulons montrer par un simple exposé des faits les avantages et les inconvénients de la ligature de l'hypogastrique appliquée au traitement de ces anévrysmes.

Il est à peu près impossible au chirurgien de prévoir sur quelle artère, ischiatique ou fessière, siège l'anévrysme. Mais ce diagnostic n'a pas une grande importance. Ces deux vaisseaux ayant même origine et même calibre, et leur poche anévrysmale présentant à peu près les mêmes rapports, la ligature de l'iliaque interne doit produire sur l'une et sur l'autre des résultats identiques.

Par contre, le diagnostic d'anévrysme s'impose presque toujours. Cependant, certaines erreurs sont possibles : on les a confondus avec des tumeurs télangiectasiques de l'os iliaque. De cette erreur, les deux exemples les plus connus sont ceux de Guthrie et de Wutzer (1). Guthrie (2), croyant avoir affaire à un sarcome pulsatile, lia l'iliaque primitive.

(1) Farabeuf. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Fesse.

(2) Guthrie. *London med. Journ.*, 1834. — Ce cas est rapporté par les auteurs comme étant une ligature de l'hypogastrique. Il n'en est rien.

Wutzer (1), faisant la même confusion, aurait lié l'hypogastrique.

Erreur plus grave, certains anévrysmes ont été pris pour des abcès et traités comme tels. White, croyant à l'existence d'une suppuration de la fesse gauche, fit une ponction : le sang jaillit en abondance. Il sutura la plaie, arrêtant ainsi l'hémorragie, puis il lia l'hypogastrique.

Toracchi crut également avoir affaire à un abcès : il incisa les téguments; une hémorragie se déclara, qui fut arrêtée par la simple compression. Mais cette hémorragie s'étant reproduite quelques heures après, il fut obligé de lier l'iliaque interne.

Les conditions dans lesquelles on est amené à opérer sont donc assez simples. Il s'agit d'un anévrysme de la fesse, évident presque toujours et dont le siège fessier ou ischiatique importe peu. De propos délibéré, on convient de lier l'hypogastrique. Voyons, avec quelques détails, les résultats que cette ligature a donnés.

L'opération a été pratiquée trente fois ; vingt-huit fois l'anévrysme était unilatéral et, dans un cas, il siégeait à la fois sur l'ischiatique et la fessière. Une fois seulement (2), l'anévrysme fessier était bilatéral. C'est à propos de ce dernier cas qu'on fit la ligature des deux hypogastriques après la laparotomie médiane. Dans tous les autres, on lia l'iliaque interne d'un seul côté. Coluzzi y joignit, huit jours après, celle de l'iliaque primitive, pour tarir une hémorragie secondaire.

Résultats opératoires. — Sur trente observations, la mort est survenue douze fois et la guérison seize; dans deux cas, les résultats nous sont inconnus (3).

Les causes de la mort se répartissent ainsi :

Péritonite	3	fois.
Hémorragie secondaire	5	—
Abcès gangréneux	1	—
Délire traumatique	1	—
Anurie	1	—
Mort sans indication (4)	1	—
Total	12	—

Nous étudierons d'abord les cas de mort, puis les cas de guérison.

A. *Cas de mort*, 12. — 1° *Péritonite*, 3. — Observation I [Bigelow (5), 1849]. — Anévrysme bilobé intra et extra-pelvien. Ligature sous-péritonéale de l'iliaque interne. Mort le huitième jour.

Obs. II [Kimbal (6), 1850]. — Anévrysme fessier gauche. Ligature sous-péritonéale. Mort le dix-huitième jour.

Obs. III [Landi (7), 1874]. — Homme de vingt-quatre ans. Anévrysme fessier. Ligature sous-péritonéale. Mort le dix-septième jour. Autopsie : abcès sous-péritonéal dans la région des iliaques, au-devant des artères.

(1) Wutzer, in C. O. Weber. *Chirurgische Erfahr. und Untersuch.*, Berlin 1859.

(2) Premier cas de Dennis.

(3) Ce sont les cas d'Œverendt et de Bardeaux.

(4) Cas de Thomas (des Barbades).

(5) Bigelow. *Amer. journ. of med. Sc.*, 1849.

(6) Kimbal. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1850.

(7) Landi. *Lo Sperimentale* de Florence, 1875, t. XXXV, p. 12 et 121. (Mémoire considérable.)

2° *Hémorragie secondaire*, 5. — OBS. IV [ATKINSON (1), 12 mai 1817]. — Homme. Gros anévrysme traumatique de la fesse droite. Ligature sous-péritonéale de l'iliaque interne. Hémorragie par la plaie abdominale au moment de la chute du fil. Mort le dix-neuvième jour. A l'autopsie, on trouve la cavité péritonéale pleine de caillots et de pus.

OBS. V [ALTMULLER (2), 1833]. — Femme. Anévrysme spontané de l'artère fessière. Ligature sous-péritonéale. Mort le vingt-unième jour. « La carie des os a rongé l'artère » (Farabeuf).

OBS. VI [COLUZZI (3), 1855 ou 56]. — Homme. Anévrysme traumatique de la fessière. Ligature de l'hypogastrique par voie extra-péritonéale. Le huitième jour, hémorragie secondaire arrêtée par la ligature de l'iliaque commune. Mort la deuxième semaine.

OBS. VII [LE ROY MAC LEAN (4), 1872]. — Femme. Anévrysme traumatique de la fessière droite. Laparotomie sus-pubienne. Cessation immédiate des battements. Mort par hémorragie secondaire du sac.

OBS. VIII [PONCET (5), 1883]. — Homme. Anévrysme diffus de la fesse gauche. Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. Le vingt-deuxième jour, le malade se considère comme guéri de sa plaie et de son anévrysme et sort de l'hôpital. Au bout de peu de temps, la tuméfaction reparaît, la suppuration devient abondante et les hémorragies répétées. Le malade, rentré à l'hôpital, meurt le cinquante-septième jour de son opération. A l'autopsie, on trouve le petit bassin plein de caillots et de pus.

3° *Délire traumatique*, 1. — OBS. IX [TORACCHI (6), 1844]. — Homme de trente-six ans. Anévrysme double des artères fessière et ischiatique droites. On incise le sac par erreur, croyant à un abcès. Hémorragie abondante, suture et compression. L'hémorragie ayant reparu trois heures après, Toracchi pratique la ligature de l'iliaque interne par voie sous-péritonéale. La recherche de l'artère est très difficile. Le malade meurt douze heures après dans le délire. L'autopsie montre que l'anévrysme siégeait à la jonction des deux artères fessière et ischiatique. Pas de péritonite.

4° *Abcès gangréneux du pelvis*, 1. — OBS. X [CIANFLONE (7), 21 septembre 1851]. — Femme de quarante ans. Anévrysme de l'ischiatique gauche. Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. Mort le dix-septième jour pour abcès gangréneux du petit bassin.

Sur ce sujet, l'ischiatique présentait une anomalie rare : aussi volumineuse qu'une crurale, elle se divisait à la partie inférieure du creux poplité en tibiale antérieure et tronc tibio-péronier. L'artère fémorale, très petite, se perdait en fins rameaux au côté interne du genou.

5° *Urémie*, 1. — OBS. XI [DENNIS (8), 18 février 1886]. — Homme. Anévrysme fessier double. Ligature simultanée des deux hypogastriques, par voie transpéritonéale, en une demi-heure. Cessation immédiate des battements. Mort le quatrième jour d'anurie. A l'autopsie, néphrite parenchymateuse (1).

6° *Mort par cause inconnue*. — OBS. XII [THOMAS, des Barbades (2)]. — Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. La pièce est conservée au musée de Guy's Hospital et montre l'artère liée.

B. *Cas de guérison*. — Les cas de guérison sont au nombre de seize. Quinze fois la guérison a été définitive ; et c'est seulement dans le cas de Williams qu'il n'y a eu qu'une légère amélioration. Le malade avait, d'ailleurs, une insuffisance mitrale, et devait mourir soixante-dix jours après d'asystolie.

Dans le cas de Gallozzi, la tumeur anévrysmale suppura le quatrième jour après la ligature. Malgré cet accident, vingt-sept jours après, le malade était guéri et la guérison se maintenait encore au bout de trois mois.

Nous étudierons d'abord les ligatures sous-péritonéales, puis les ligatures trans-péritonéales.

1° *Ligatures sous-péritonéales*. — OBS. XIII [STEVENS, de Santa-Cruz (3), 27 décembre 1812]. — Observation princeps. C'est le fameux cas de la négresse Maila. Anévrysme fessier gauche. Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. Pas d'accidents. Chute de la ligature à la troisième semaine. Guérison en six semaines. La malade meurt dix ans après, de tuberculose pulmonaire, et l'autopsie (4) montre que, contrairement au diagnostic qu'on avait porté, l'anévrysme siégeait sur l'ischiatique et non pas sur la fessière. L'anévrysme était anatomiquement guéri.

OBS. XIV [WHITE, d'Hudson (5), 23 octobre 1827]. — Homme. Anévrysme de la fessière gauche. L'anévrysme, pris pour un abcès, fut ponctionné. Issue de sang considérable, fermeture et ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. Suppuration, chute de la ligature la quatrième semaine. Guérison le quarante-deuxième jour, définitive.

OBS. XV [VALENTINE MOTT (6), 29 décembre 1834]. — Homme nègre. Anévrysme de la fessière droite. Ligature sous-péritonéale de l'iliaque interne. Déchirure accidentelle (par indocilité du malade) et suture du péritoine. Pas de suppuration. Chute de la ligature le quarante-deuxième jour. Guérison définitive. Le malade devint un excellent cocher au service de Mott.

OBS. XVI [ARENDT, de Saint-Pétersbourg (7)]. — Anévrysme de la fesse. Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. Succès. (Pas d'autre indication.)

OBS. XVII [SYME (8), 1861]. — Homme. Anévrysme circonscrit de la fessière gauche. Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. Aucun accident. Guérison.

---

(1) ATKINSON. *London med. and phys. Journ.*, vol. XXXVIII, p. 267.

(2) ALTMULLER. *In Fick's dissertatio... ligat. art. iliaca interna*, Cassel 1836.

(3) COLUZZI, cité par Landi, d'après une lettre que lui avait écrite le professeur Gallozzi.

(4) LE ROY MAC LEAN. Obs. rapportée par Morton, in *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1898, t. I.

(5) PONCET. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1883, et J. ROCHARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, janv. 1888.

(6) TORACCHI, in LANDI. *Lo Sperimentale*, loc. cit.

(7) CIANFLONE. In *Pathologie chir.* in Renzi et Ciccone, t. I, p. 446, et in LANDI.

(8) DENNIS. *Med. News*, nov. 1886.

(1) L'auteur attribue l'anurie à la congestion brusque des reins primitivement malades, après la double ligature.

(2) THOMAS (des Barbades). In *Dict. de chir.* de S. Cooper, Londres 1838, p. 158 ; et Tim. HOLMES. *Leçons sur le traitement des anévrysmes*, traduites par Caussidou, *Gaz. des hôpit.*, 1876 et 1877.

(3) STEVENS. *Med.-Chir. Trans.*, vol. V, p. 422.

(4) Le bassin, injecté par Stevens lui-même, fut envoyé au célèbre anatomiste Owen.

(5) WHITE. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1828.

(6) Valentine MOTT. *North Amer. Arch. of med. surg. Sc.*, 1837.

(7) BRENDT. Cas rapporté par S. Cooper et cité par Tim. Holmes, loc. cit.

(8) SYME. *The Lancet*, 1861.

Obs. XVIII [Morton (1), 1868]. — Homme. Anévrysme de la fesse gauche. Ligature sous-péritonéale de l'iliaque interne. Guérison et cicatrisation en trois semaines.

Obs. XIX [Gallozzi (2), 1872]. — Jeune homme de seize ans. Anévrysme traumatique de la fesse droite. Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique en quarante minutes. Chute de la ligature le dix-huitième jour. Diminution immédiate de la tumeur. Transformation en abcès le quarantième jour. Guérison de l'abcès en vingt-sept jours. Guérison définitive.

Obs. XX [Kasinsky (3), 1881]. — Homme. Anévrysme de la fesse. Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique. Guérison définitive.

2° *Ligatures trans-péritonéales*, 8. — Obs. XXI [Locke Chew (4), 15 juin 1886]. — Homme. Anévrysme spontané de la fesse droite, mais rompu secondairement (par suite des manipulations) et rendu diffus. Laparotomie latérale, semi-lunaire. Ligature de l'épigastrique; puis, ouverture du péritoine et ligature trans-péritonéale de l'hypogastrique. Réunion par première intention. L'anévrysme diminue immédiatement d'un tiers. Le malade sort entièrement guéri le vingtième jour.

Obs. XXII [Dennis (5), 8 septembre 1886]. — Homme. Anévrysme fessier gauche avec varice anévrysmale. Laparotomie médiane et ligature trans-péritonéale de l'hypogastrique. Réunion par première intention. Guérison en quelques jours.

Obs. XXIII [Bardenheuer (6), 1887]. — Anévrysme diffus de la fesse et de la cuisse chez un enfant de douze ans. Ligature trans-péritonéale de l'hygogastrique. Grande facilité de l'opération et effet instantané. Neuf ans après, la guérison se maintenait encore.

Obs. XXIV [Williams (7), 3 septembre 1891]. — Homme. Anévrysme fessier gauche. Laparotomie médiane : l'uretère est récliné en dedans et l'hypogastrique liée. Réunion par première intention le onzième jour. La tumeur diminue progressivement de volume. Le vingt-septième jour, elle était dure et présentait à peine quelques battements. Malheureusement le malade était porteur d'une insuffisance mitrale, et le 12 novembre il mourait d'asystolie.

Obs. XXV [Annandale (8), 1er octobre 1893]. — Blessure septique de la fessière. Anévrysme diffus avec hémorragies répétées. Laparotomie latérale et ligature trans-péritonéale de l'iliaque interne. Aucune difficulté. Réunion par première intention. Guérison.

Obs. XXVI [Pitt (9), 1894]. — Homme. Anévrysme de la fesse droite. Laparotomie médiane et ligature trans-péritonéale de l'hypogastrique, qui est grosse et dilatée. Réunion par première intention. Guérison rapide et définitive.

Obs. XXVII [Bardenheuer (10), 1896]. — Jeune homme de vingt ans. Anévrysme spontané de la fesse droite. L'anévrysme est d'abord pris pour un abcès en relation avec une pérityphlite dont le malade avait été opéré en 1896. On veut l'inciser, mais, les téguments une fois coupés, on trouve une tumeur bleuâtre, pulsatile, se continuant dans l'échancrure sciatique.

Laparotomie à travers la cicatrice de la pérityphlite. Section de l'hypogastrique entre deux ligatures. Suture des plaies abdominale et fessière. Pas d'accident. Guérison. On sent une masse dure dans la fesse, mais très petite et indolente.

Obs. XXVIII [Merrill (1), 1897]. — Anévrysme fessier. Ligature transpéritonéale de l'iliaque interne. Guérison.

Nous mentionnons enfin, pour compléter la série, deux cas sur lesquels il nous a été impossible de nous procurer des détails :

Obs. XXIX [Œverent (2)].

Obs. XXX [Bardeaux (3)].

Valeur de la ligature. — Les auteurs qui ont eu à se prononcer sur la valeur de la ligature de l'hypogastrique dans le traitement des anévrysmes fessiers ne sont pas favorables à cette méthode. Scarpa (4) déclare que la ligature de l'iliaque interne est difficile et périlleuse. Velpeau (5) : « Le manuel opératoire est tellement effrayant qu'on serait heureux de pouvoir lui substituer la ligature du vaisseau malade lui-même. » Lisfranc (6) : « Elle exige des délabrements si considérables et doit être suivie d'accidents si graves, que les chirurgiens ont songé à lier la fessière. »

Nos chirurgiens modernes : Follin et Duplay (7), Walther (8), Delbet (9) sont aussi sévères. Delbet dit : « La ligature de l'hypogastrique est trop dangereuse et trop incertaine. On ne peut la conseiller que dans les cas où l'anévrysme a un prolongement intra-pelvien, parce qu'il est impossible de faire mieux. »

Les reproches qu'on adresse à cette méthode s'appuient sur deux variétés d'accidents : les uns qui tiennent à la recherche du vaisseau, accidents immédiats; les autres qui suivent la ligature, accidents consécutifs. Nous allons les passer en revue.

Les *accidents immédiats*, énumérés dans l'important travail de Bouisson (10), sont les suivants : décollements étendus du tissu cellulaire de la fosse iliaque, déchirure du péritoine. Landi (loc. cit.) y joint : la blessure des artères musculaires profondes difficiles à pincer, et celle des grosses veines iliaques. Desprès (11) envisage la possibilité de couper ou de lier l'uretère, les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens. Ces derniers accidents n'ont jamais eu lieu et restent théoriques; aussi, nous ne nous attarderons pas à les discuter. Nous reconnaissons volontiers, avec Landi, que l'hé-

(1) Morton. *Pensylv. Hosp. Rep.*, 1868, t. I, p. 209.
(2) Gallozzi. *Considérations sur un cas de guérison après ligature de l'hypogastrique*, Th. de Naples, 1882.
(3) Kasinsky. *Vratch*, n° 47, cité par Delbet; et *Med. Record*, 1881, t. XIX, p. 235.
(4) Locke Chew. *New-York med. Journ.*, nov. 1887.
(5) Fréd. Dennis. Loc. cit.
(6) Bardenheuer, in Plucker. *Deuts. med. Wochens.*, 1897.
(7) Williams. *New-York med. Journ.*, avril 1892.
(8) Th. Annandale. *Edinb. Hosp. Rep.*, 1894.
(9) Pitts. *The Lancet*, 1894, t. I.
(10) Bardenheuer, in Plucker. Loc. cit.

(1) Merrill. *Iowa med. Journ.*, Des Moines 1897.
(2) Œverent, cité par Fischer. Die Wunden und an. der Art. Glut. und Isch., *Arch. von Langenbeck*, 1869.
(3) Bardeaux. *Osservatore di Torino*, 1887. — Il nous a été impossible de nous procurer cet article. D'ailleurs, le journal a cessé de paraître.
(4) Scarpa. *Œuvres*, 3e partie des Anévrysmes, 1837.
(5) Velpeau, cité par Bouisson.
(6) Lisfranc. *Des diverses méthodes de l'oblitération des artères*, 1834.
(7) Follin et Duplay. *Traité de pathologie externe*, 1872, t. II.
(8) Walther. *Traité de chirurgie* (Duplay-Reclus), t. VII, p. 448.
(9) P. Delbet. *Traitement des anévrysmes externes*, Paris 1889. — *Traité de chirurgie* (Le Dentu-Delbet), t. IV.
(10) Bouisson. Mémoire sur les lésions des artères fessière et isch., et sur les opérations qui leur conviennent, *Gaz. méd. de Paris*, 1845, nos 11, 12, 13.
(11) A. Desprès. *Dict. de méd. et chir. prat.*, 1874, art. Iliaque.

mostase d'une artère profondément placée ou d'une veine volumineuse peut offrir quelques difficultés; mais ce sont là des accidents qui ne diffèrent pas de ceux que le chirurgien rencontre habituellement au cours des opérations les plus diverses, accidents qu'il prévoit et qui ne le trouvent pas désarmé.

Ces difficultés, du reste, tiennent moins à la situation profonde de l'artère hypogastrique, qu'aux procédés anciennement recommandés, *procédés sous-péritonéaux*, qui exigeaient un décollement très étendu du tissu cellulaire iliaque et exposaient à la déchirure du péritoine.

Ces derniers accidents étaient graves autrefois, graves surtout par leurs conséquences : phlegmons et péritonites, qui emportaient les opérés. Ils expliquent la mortalité des premières opérations.

Ce qui nous étonne cependant, c'est qu'avec les progrès de la chirurgie, les périls n'aient pas diminué et que les statistiques restent sombres. Dorveaux (1) rapporte 16 observations avec 8 morts; Delbet (2) 18 observations avec 9 morts. Voilà donc 18 ligatures avec 50 p. 100 de mortalité. Notre statistique personnelle, basée sur 30 cas (dont 2 sans résultat connu), avec 43 p. 100 de décès et 45 p. 100 d'insuccès, ne paraît pas, au premier abord, plus encourageante.

Ce ne sont là heureusement que des résultats apparents; et si, en relisant les observations, on cherche à pénétrer la cause de tous ces revers, on se convaincra aisément qu'aujourd'hui, beaucoup de morts pourraient être évitées. Les unes, en effet, tiennent à l'opérateur; les autres, à la méthode.

C'est à l'opérateur qu'il faut attribuer ces décès par péritonite, suppuration, hémorragies secondaires, délire traumatique et anurie (3). Par contre, c'est la méthode elle-même qu'il faut incriminer dans le cas publié par Poncet : le malade sort de l'hôpital le vingt-deuxième jour après l'opération, paraissant guéri. Il revient cinquante-sept jours après avec un abcès fessier, lequel s'ouvre et détermine une hémorragie nouvelle. C'est qu'en effet, la ligature ne prévient pas toujours le rétablissement circulatoire par les voies collatérales dans le bout inférieur de l'artère liée; et, reproche capital à la méthode, elle laisse subsister une poche aux parois mal nourries, à la cavité pleine de caillots, excellent terrain de culture pour les infections. C'est là un accident que l'opérateur doit prévoir et qu'il n'évitera pas toujours.

Mais, ce que notre chirurgie actuelle peut éviter, ce sont ces morts par hémorragie, par péritonite, qui tenaient exclusivement aux opérateurs. D'ailleurs, pour bien apprécier les résultats définitifs de la ligature de l'hypogastrique, pour avoir une statistique exacte en même temps qu'utile, il est de toute nécessité de distinguer les opérations de la période pré-antiseptique c'est-à-dire d'avant 1880 (4), et celles que l'on a pratiquées depuis.

Jusqu'en 1880, on a fait 18 fois la ligature de l'hypogastrique; il y a eu 9 morts et 8 guérisons (dans un cas, celui d'Œverent, le résultat est inconnu), ce qui élève la mortalité au-dessus de 50 p. 100 et ce qui justifie les craintes des anciens chirurgiens.

(1) Dorveaux. Th. de Nancy, 1880.

(2) Delbet. Loc. cit.

(3) Premier cas de Dennis, Obs. XI.

(4) C'est la date de la thèse de Dorveaux.

Depuis 1880, on a fait 12 fois cette ligature (1). Il y a 9 guérisons définitives et 2 morts. Les deux cas mortels appartiennent l'un à Poncet : nous le mettons sur le compte de la méthode ; l'autre à Dennis, qui aurait pu être évité et que nous sommes forcés d'attribuer à l'opérateur. En traduisant ces résultats par des chiffres, en établissant une statistique uniquement basée sur les opérations récentes, nous obtenons 6 p. 100 de mortalité et 11 p. 100 d'insuccès.

Ces chiffres ont leur enseignement. Ils provoquent de nouvelles conclusions. La ligature de l'hypogastrique n'est pas une opération « périlleuse et incertaine ». Elle n'est pas périlleuse, puisqu'elle « ne présente qu'un seul danger : l'infection; l'évite qui sait être propre » (2). Aujourd'hui tout le monde sait l'éviter. Ce n'est pas non plus une opération incertaine, puisque, depuis 1880, le succès opératoire a été, pour ainsi dire, la règle.

Nous ne dirons pas pour cela que cette ligature de l'hypogastrique doit être la méthode de choix dans le traitement des divers anévrysmes fessiers. L'extirpation ou l'incision du sac restent toujours au premier rang. Mais, il faut bien le reconnaître, ces dernières opérations ne sont pas souvent réalisables. La profondeur et la brièveté du segment artériel, fessier ou ischiatique, absorbé le plus souvent par l'anévrysme et sur lequel on ne peut placer un fil; la situation parfois intra-pelvienne de la tumeur que la clinique ne prévoit pas toujours ; son volume énorme, obligeront l'opérateur à délaisser les méthodes de choix pour recourir à la ligature de l'hypogastrique. Et l'opérateur y recourra d'autant mieux qu'il sera prévenu désormais de la bénignité et de l'efficacité de cette méthode.

Ligature transpéritonéale de l'hypogastrique. — Cette méthode n'est pas seulement bénigne et efficace, elle est aussi facile à exécuter, à la condition seulement de renoncer aux procédés anciens de ligature sous-péritonéale et de lier l'artère après une laparotomie latérale (Dennis, Th. Annandale) ou mieux, après une laparotomie médiane, par la voie transpéritonéale, plus communément acceptée.

Ce n'est pas ici le lieu de faire le procès de la méthode sous-péritonéale et de revenir encore une fois sur la blessure des grosses veines ou des artères profondes plus ou moins faciles à hémostasier. Mais, reproche capital à adresser à l'incision iliaque, elle ne met pas l'artère à découvert au milieu même du champ opératoire, principe fondamental de toutes les ligatures ; elle oblige le chirurgien à dénuder et à charger le vaisseau du bout des doigts. C'est là la source véritable de tous les accidents.

VI

Conclusions. — En résumé, nous rangeons la ligature de l'hypogastrique parmi les procédés de nécessité; mais nous reconnaissons que les procédés de choix resteront la plupart du temps inutilisables. Et, toutes les fois que la tumeur fessière sera volumineuse, que ses limites seront diffuses, que l'on ne pourra pas affirmer son exacte limitation à la fesse, il faudra recourir à la ligature de l'hypogastrique. C'est une opération bénigne ; conduite prudemment et pro-

(1) Dans le cas de Bardeaux, comme pour celui d'Œverent, le résultat ne nous est pas connu.

(2) Quénu et P. Duval. Loc. cit.

prement, elle est d'une innocuité certaine. C'est une opération efficace : la guérison est immédiate et la récidive nulle. Enfin, c'est une opération facile, à condition de l'exécuter par la voie transpéritonéale.

THÉRAPEUTIQUE

Liniment contre la dermatite herpétiforme (M. ELIOT).

Sulfo-ichtyolate d'ammonium	*ââ* 30 grammes.
Huile d'amandes douces	
Eau de chaux	

Mêlez. — Faire avec ce liniment, plusieurs fois par jour, des onctions sur la partie atteinte. (*Gaz. hebd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les régénérations d'organes (1), par le docteur Paul CARNOT, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'auteur étudie les processus de régénération traumatique ou pathologique, et montre qu'ils ne sont que l'exagération de processus normaux ; à l'état physiologique, les organes et les tissus sont en rénovation perpétuelle, avec une intensité variable, suivant la place qu'occupe l'individu dans l'échelle zoologique.

Vient ensuite le mécanisme de la régénération. La partie importante de cette monographie est consacrée aux applications médico-chirurgicales. Deux grandes lois guident les régénérations d'organes : la restitution de la forme et celle de la fonction.

Chez l'homme, deux cas peuvent se présenter :

Ou bien la conservation de la fonction exige la conservation de la forme, et, dans ce cas, la forme est régénérée : tel est le cas pour les muqueuses des organes creux (vessie, canaux), pour la peau, etc.

Ou bien la conservation de la fonction est indépendante de la conservation morphologie, et dans ce cas il arrive le plus souvent que la forme n'est pas conservée de façon parfaite, que la régénération locale fait place à des phénomènes d'hyperplasie diffuse capables d'assurer la restitution fonctionnelle ; c'est ainsi qu'à la suite de la résection étendue d'organes glandulaires (foie, pancréas, rein, etc.), on observe le plus souvent une restitution fonctionnelle intégrale du volume ; l'organe entier subit une hyperplasie ; les organes symétriques ou similaires s'hypertrophient. Mais on n'a pas, à proprement parler, de régénération locale, ni de restitution morphologique : la régénération est fonctionnelle et non morphologique.

L'importance de ces régénérations est d'autant plus grande qu'elles aboutissent à la restitution fonctionnelle, et sont seules capables d'assurer la guérison des diverses maladies qui entraînent la déchéance définitive de telle ou telle cellule.

Chercher les lois de la régénération, de façon à pouvoir en provoquer le processus, constitue donc non seulement un des problèmes les plus captivants de la biologie, mais peut-être une des méthodes les plus rationnelles de la thérapeutique, puisqu'on peut avoir ainsi l'espérance de remplacer un jour un organe neuf, et de guérir ainsi les maladies causées par les insuffisances fonctionnelles.

(1) In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 mars 1899, M. Merlin, directeur du service de santé de la marine, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 28 mars 1899, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. Auzillion, médecin de première classe des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 28 mars 1899, M. le médecin aide-major de première classe Trassagnac, du 14e régiment d'infanterie, a été désigné pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1899, à l'hôpital militaire de Barèges, en remplacement de M. le médecin aide-major de première classe Labaste.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mars 1899, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine : M. le docteur Chapeyron, affecté au corps de santé des colonies.

— M. Rouvier, directeur du service de santé à Cherbourg, est appelé à continuer ses services à Toulon, en remplacement de M. le docteur Merlin, admis à la retraite.

— MM. les médecins principaux Nicolas, du 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, et Gouzer, du 2e régiment d'artillerie de marine à Cherbourg, sont autorisés à permuter.

— M. le docteur Moisson est nommé médecin adjoint au lycée d'Évreux (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Wallich, agrégé, fera sa première démonstration au grand amphithéâtre de l'École pratique, le lundi 1er mai 1899, à cinq heures de l'après-midi. Les démonstrations suivantes auront lieu le lundi à la même heure. Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le mardi 2 mai, à trois heures, et se continueront tous les jours, à trois heures (pavillon n° 6).

Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. Le montant des droits est de 50 francs. Les démonstrations du lundi au grand amphithéâtre de l'École pratique sont publiques et gratuites. Les élèves inscrits régulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

— Les cours libres suivants sont autorisés pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1898-1899. Ils auront lieu à l'amphithéâtre Cruveilhier.

M. le docteur Bérillon : Psychologie physiologique et pathologique. Applications de l'hypnotisme. Les mardis et samedis, à cinq heures, à partir du mardi 18 avril 1899.

M. le docteur Dunogier : Pathologie et thérapeutique dentaires. Les mercredis et vendredis, à six heures, à partir du mercredi 19 avril 1899.

M. le docteur Gaube : Cours de minéralogie biologique. Minéralisation comparée du tissu musculaire dans la série animale. Les mardis et samedis, à quatre heures, à partir du mercredi 19 avril 1899.

M. le docteur Petit (Georges) : Stomatologie clinique et thérapeutique. Le jeudi, à cinq heures, à partir du jeudi 20 avril 1899.

— Bon poste médical à prendre de suite dans l'Orne. — S'adresser tous les jours, de deux à six heures, à M. le docteur H. Collin, 6, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 39. — MARDI 4 ET JEUDI 6 AVRIL 1899. 72e ANNÉE. MARDI 4 ET JEUDI 6 AVRIL 1899. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de vacances; en l'absence du président et du vice-président, c'est M. Jaccoud qui préside; presque tous les fauteuils sont vides, on se croirait au mois de septembre. Aussi n'avons-nous à signaler que deux courtes communications — l'une, de M. Hervieux, sur l'algidité progressive des nouveau-nés; l'autre, de M. Prunier, sur les combinaisons iodées du soufre — et un rapport de M. Chauvel.

Les recherches de M. Hervieux sur cette question de l'algidité des nouveau-nés, qui a été soulevée par M. Budin dans la dernière séance, remontent à 1855. Les conclusions qu'il tirait de ces recherches se trouvent tout à fait conformes à celles de M. Budin, à savoir que l'extrême gravité de cette algidité des nouveau-nés impose les plus grandes précautions.

C'est également l'avis de M. Guéniot, qui, pour combattre cet état grave, s'est très bien trouvé du massage.

M. Chauvel a fait un rapport sur une note de M. Roure (de Valence) relative au traitement de l'exophtalmie congénitale.

Enfin, M. Prunier a communiqué un travail sur les combinaisons de l'iode avec le soufre et, à quatre heures, comme il n'y avait plus rien à l'ordre du jour, la séance a été levée.

Au mois de décembre 1896, le Conseil municipal invita l'administration préfectorale à lui présenter un programme minimum des dépenses de premier établissement, indispensables pour les institutions de l'Assistance publique de la Ville de Paris.

Une étude approfondie de cet important problème a permis à M. de Selves de dresser un projet que le Conseil municipal discutera au cours de la session. Le programme que le préfet de la Seine recommande divise l'opération en trois catégories : travaux neufs, travaux de grosses réparations et d'amélioration, reconstitution de la lingerie; la dépense totale s'élève à 72 millions et se répartit ainsi :

Travaux neufs.

1° Hôpitaux d'adultes :		
Hôpitaux de 500 lits sur la rive droite		7700000
Reconstruction de la Pitié (500 lits)		5500000
Reconstruction et agrandissement de l'hôpital d'Aubervilliers		6600000
Reconstruction de l'hôpital Broussais		5500000
Hôpital spécial (Dermatologie, syphiliographie, teigne), sur la rive gauche (1000 lits)		11000000
Reconstruction de l'hôpital Broca		1650000
Total		37950000
2° Hôpitaux d'enfants :		
Enfants-Malades. Reconstruction et reconstitution de 376 lits	3760000	
Construction hors de Paris d'un hôpital de 200 lits de tuberculeux osseux	1060000	
		4820000
3° Hospices :		
Brévannes. Amélioration et construction pour 1400 nouveaux lits	4660000	
La Rochefoucauld. Agrandissement	1000000	
		5660000
4° Tuberculose :		
Mesures contre la tuberculose		4300000
5° Services généraux :		
Construction d'une buanderie centrale	2000000	
Construction d'une lingerie centrale	500000	
		2500000

Grosses réparations et améliorations.

Hôpitaux d'adultes	6531000	
Hôpitaux d'enfants	837000	
Hospices	799000	
Maisons de retraite	562000	
Services généraux	189000	
		8918000
Reconstitution de la lingerie		1500000
Réserve pour imprévus		6414800
Total général		72062000

L'adoption de ce projet permettrait de créer 2810 lits nouveaux, dont 1600 lits d'hospice et 1210 lits d'hôpital; le bénéfice qui en résultera pour les malades sera même beaucoup plus considérable, parce que les lits d'hôpitaux, faute de place dans les hospices, sont actuellement occupés, dans

une assez grande proportion, par des infirmes ; en allant occuper les 1600 lits nouveaux qui leur sont affectés, ceux-ci laisseraient la place libre aux personnes atteintes de maladies aiguës.

Si le Conseil municipal adopte, comme il est probable, ce programme, le préfet de la Seine demandera l'autorisation de solliciter des pouvoirs publics la faculté d'émettre le nombre d'obligations nécessaires à la réalisation d'une somme de 75 millions.

PREDISPOSITIONS MORBIDES DE LA PÉRIODE PUERPÉRALE

HYPERGLYCÉMIE ET DÉMINÉRALISATION

Par M. le docteur A. Charrin, médecin des hôpitaux.

(Communication à l'Académie des sciences.)

Plus les connaissances bactériologiques se développent, plus on voit grandir l'importance des modifications de l'organisme propres à influencer la multiplication et le fonctionnement des microbes. En dehors des agents absolument spécifiques, ces microbes le plus ordinairement végètent à la surface des revêtements cutanés ou muqueux, des canaux communiquant avec l'air; ils attendent l'heure du changement qui va créer un milieu favorable, ce qu'on appelle la « prédisposition ».

Malheureusement, il est plus aisé de savoir ce que sont, en partie au moins, ces bactéries, que de déterminer avec précision les variations d'ordre chimique survenues dans la composition des tissus ou des humeurs de l'économie ; on est habituellement réduit à se contenter de l'emploi de certaines expressions, telles que « modifications du terrain, prédispositions, opportunité », etc.

On sait, par exemple que, au voisinage des accouchements, des streptocoques, des pneumocoques, des colibacilles, etc., engendrent une série d'infections ; on connaît ces germes, fréquemment leur provenance. Mais pourquoi évoluent-ils à ce moment, alors qu'ils vivaient, quelque temps avant, d'une existence latente ?

On a accusé les émotions, les hémorragies qui accompagnent ces accouchements, parfois l'état des viscères, plus souvent la plaie placentaire, etc. Or, dans plus d'un cas, ces émotions font défaut, ces hémorragies sont sans inconvénient sérieux, les lésions viscérales demeurent insaisissables ; quant au traumatisme utérin, il se borne, en ouvrant la porte au virus, à exercer une action locale, qui ne saurait être confondue avec la tare générale des plasmas. En somme, ces facteurs, capables à la vérité d'intervenir dans quelques circonstances, sont assez souvent inconstants ou insuffisants : dans ces conditions, on ne peut se contenter de semblables explications, tout en admettant la portée théorique de ces causes. Il devenait, dès lors, nécessaire d'entreprendre quelques recherches.

Après d'autres auteurs, j'ai étudié la glycosurie de la grossesse ; je l'ai observée jusqu'à 40 fois sur 100 ; j'ai enregistré de nombreux éléments de variations, tels que l'heure des repas, la nature du régime, etc.; j'ai décelé avant tout du glycose (fixation des osazones); quelquefois, en particulier au neuvième mois ou après l'accouchement, du lactose; par exception, du lévulose ou du saccharose.

Mais le point intéressant de ces recherches, c'est qu'il suffit de faire ingérer 60 à 120 grammes de ce glycose pur, à ces femmes arrivées au terme de leur grossesse, pour faire apparaître le phénomène de la glycosurie dite « alimentaire » ; or, à l'état normal, ces mêmes femmes, pour aboutir à ce même résultat, sont obligées d'élever cette dose à 140 ou 180 grammes.

Cette constatation, réalisée dans mon service par M. Brocard, prouve que la consommation du sucre, dans ces conditions, est ralentie. Comme, d'autre part, l'économie produit des quantités notables de ce sucre, il découle de cette donnée, à titre de conséquence fatale, l'accumulation de ce corps, autrement dit l'hyperglycémie. Or, tous les expérimentateurs sont d'accord pour proclamer que cette hyperglycémie favorise l'éclosion du mal; la clinique formule un semblable enseignement.

Il y a autre chose. D'après Bunge, Lapicque, les tissus du nouveau-né sont relativement riches en fer. D'où vient ce produit? On ne saurait invoquer le lait, d'abord parce que ce liquide en contient fort peu, en second lieu, parce qu'il est possible de déceler son existence avant la lactation.

On est, par suite, conduit à admettre que ce principe dérive de l'économie maternelle. Toutefois, il convient de l'établir; il convient plus encore d'examiner si le rejeton l'emprunte au fer circulant, au fer alimentaire de la mère ou au fer de constitution : l'expérimentation seule pouvait fournir la réponse.

Dans quinze séries d'expériences, avec M. Guillemonat, j'ai dosé cette substance, par la méthode de Lapicque, dans deux des viscères assez abondamment pourvus, c'est-à-dire le foie et la rate; j'ai opéré sur un nombre égal de femelles pleines et de femelles normales.

Pour le foie, les différences sont légères ; elles ne dépassent pas les limites de l'erreur possible, puisque la moyenne atteint, chez les cobayes grosses, $0^{cg}20$ et $0^{cg}24$ chez les secondes. — Voici, du reste, quelques-uns des chiffres obtenus pour les femelles en état de gestation : 0,20; 0,17; 0,15 ; 0,13; 0,10; 0,34; 0,28. — L'analyse des glandes hépatiques des cobayes non pleines a donné les nombres suivants, en rapportant à 1000, comme pour la précédente série : 0,20; 0,17; 0,28; 0,26; 0,20; 0,28; 0,38; etc.

Par contre, le fer de la rate, dans le cas de grossesse, fournit, toujours pour 1000 : 0,75; 0,72; 0,46; 2; 1,07; 0,71. — Si l'on s'adresse aux animaux hors de la gestation, on enregistre ordinairement des poids plus considérables : 2,24; 1; 2,76; 2,28; 0,72; 1,17; 0,94; etc.

Quant aux moyennes, elles atteignent, pour 1000, $1^{gr}01$ pour le premier groupe et 1,42 pour le deuxième. — Si l'on considère le fer total de ce tissu splénique, ces moyennes tombent à 0,72 et 0,94 pour les femelles normales.

A s'en tenir aux cas examinés, il semble donc, en dépit des variations individuelles, que, dans les conditions où nous nous sommes placés, dans la grande majorité des faits observés, le fer de la rate diminue sensiblement pendant que les fœtus se développent.

Existe-t-il une relation entre le degré de cette diminution et le nombre de ces fœtus ? Quelques constatations très insuffisantes pourraient le faire supposer ; c'est ainsi qu'une femelle portant cinq rejetons ne possédait plus que 0,46 pour 1000 de composés ferrugineux, tandis qu'une autre, dont l'utérus renfermait un unique petit, en avait encore 1,07.

On a le droit d'être plus affirmatif au sujet des oscillations de poids que présente ce viscère splénique. Ce viscère, en effet, augmente, passe de 0,40 à 0,65, plus tard à 0,92, poursuivant même cette augmentation un peu après la mise bas. En revanche, la pathogénie de cet accroissement reste inconnue ; s'agit-il de changements en rapport soit avec cet

appauvrissement en fer, soit avec la genèse des globules ou la masse du sang, soit avec des modifications du foie? Nous l'ignorons.

Quoi qu'il en soit, l'organisme paraît subir fréquemment, à l'heure de l'accouchement, une déminéralisation, consistant dans le passage de proportions variables de fer aux éléments en formation. Or, il n'est pas un expérimentateur qui ne considère cette modification par spoliation, comme une cause certaine d'affaiblissement (1) : l'économie peut donc être doublement préparée à l'évolution des maladies : par l'hyperglycémie, qui, avant tout, facilite la pullulation des parasites; par la déminéralisation, qui atténue l'énergie de la résistance; par ces deux éléments réunis, par l'un ou par l'autre.

A vrai dire, on doit parfois compter, tantôt avec les facteurs secondaires dont nous avons parlé, tantôt avec les influences qui dérivent de l'activité de la nutrition si notablement ralentie, à divers égards, pendant la grossesse, comme nous l'établirons par l'étude de la marche de l'amaigrissement, du volume de l'urine, des proportions de l'urée, de la valeur de la thermogenèse, etc. Néanmoins, on est, dès à présent, en mesure de remplacer les mots de « variations de terrain », par des réalités définies, par des formules précises.

Il est inutile d'ajouter que, du moment où l'on commence à dévoiler la pathogénie de certains troubles morbides, on est en droit d'espérer qu'un instant viendra où l'on saura s'opposer à la réalisation du mécanisme de ces troubles : on entrevoit aisément les conséquences pratiques.

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE. — M. Lannois.

Coxalgie hystérique.

Au mois d'août 1898, entrait, dans le service des maladies nerveuses de l'Antiquaille, une femme âgée de vingt ans. Elle était évacuée de la clinique des maladies cutanées où elle était entrée, quelques jours auparavant, couverte de contusions et d'ecchymoses : elle racontait qu'en voulant séparer des vaches qui se battaient elle avait reçu un coup de corne et avait été piétinée ; mais plusieurs de ces ecchymoses provenaient sûrement d'une grande crise hystérique qu'elle avait présentée au bureau des entrées en attendant son tour d'être admise.

C'était, en effet, une hystérique à crises rapprochées et très violentes. La particularité intéressante de son cas était qu'elle présentait une coxalgie gauche. Celle-ci offrait au premier abord les caractères de la coxalgie organique : immobilisation complète de l'articulation, raccourcissement apparent de 5 ou 6 centimètres, adduction avec rotation en dedans, atrophie de la cuisse très apparente à la vue et égale au moins à 2 centimètres.

La malade ne restait pas au lit, mais allait toute la journée dans la salle, en se tenant aux lits, sautillant sur la jambe droite et tenant la jambe gauche un peu fléchie.

Lorsqu'elle prenait des crises, ce qui lui arriva plusieurs fois devant moi, la hanche restait en contracture et le membre inférieur gauche ne prenait aucune part aux mouvements : il était impossible de faire mouvoir passivement l'articulation.

L'histoire de la malade semblait confirmer l'idée d'une lésion organique chez une hystérique. Voici, en effet, ce qu'elle racontait :

Rien du côté des parents. Un frère, âgé de vingt-quatre ans, est de constitution assez faible et a des crises de vomissements. Une sœur morte à dix-sept ans, trois semaines après une chute avec perte de connaissance de trois heures ; elle toussait.

La malade a toujours toussé, par intervalles, depuis l'âge de huit ans. Elle aurait eu, vers quinze ans, des douleurs rhumatismales, surtout dans le membre inférieur gauche, ce qu'elle attribue à l'humidité du moulinage où elle travaillait.

Dès l'âge de quinze ans, elle a des rapports sexuels, et depuis lors mène une conduite des plus irrégulières. Réglée seulement à dix-sept ans, elle prend à cette époque ses premières crises parce que, dit-elle, elle était maltraitée par sa belle-mère ; elle a aussi des crises fréquentes de vomissements.

Peu après elle fait plusieurs séjours aux Chazeaux, pour une salpingite gauche qui fut traitée seulement par des vésicatoires, et entre à la clinique pour une cystite avec hématurie. D'après elle, cette cystite fut considérée comme tuberculeuse et on lui fit une cystotomie sus-pubienne qui a laissé une large cicatrice.

A peine guérie, elle devient enceinte. Ses vomissements la reprennent; elle a des hémoptysies ; on lui dit qu'elle a quelque chose au sommet droit sur lequel on fait de la révulsion. Le 17 novembre 1897, à la Charité, elle accouche d'un enfant bien portant qu'elle a complètement abandonné.

Elle fit alors un séjour de deux mois, dans le service de gynécologie de la clinique, en raison de violentes douleurs au niveau de son ovaire gauche, d'un réveil de son ancienne salpingite, dit-elle, puisqu'on lui proposa de lui faire une ovariotomie. Brusquement elle prit un jour des douleurs rhumatismales dans le cou-de-pied et le genou gauches, comme celles qu'elle avait eues à quinze ans.

De la clinique de la Charité, elle fut alors évacuée sur un service de médecine de l'Hôtel-Dieu où elle ne fit qu'un court séjour, car on y fit aussitôt un diagnostic de coxalgie tuberculeuse, ce qui amena son transfert dans un service de chirurgie. Là elle fut traitée par l'extension continue, puis mise dans un silicate qu'elle garda trois mois. Il semble qu'elle soit restée assez longtemps à ce moment sans prendre de crises, mais elle toussait toujours, avait de la dyspnée et des troubles gastriques.

Elle va ensuite à Saint-Chamond, où on lui applique des vésicatoires sur la fosse iliaque gauche, et des pointes de feu sur la hanche. Le médecin qui la traite fait de même des tentatives hypnotiques.

Ayant les mêmes douleurs de la hanche, boitillant toujours de la jambe gauche, elle revient à Lyon, se place dans la banlieue et a l'accident qui la fait entrer à nouveau à l'Antiquaille.

Donc, antécédents de tuberculose possibles chez une sœur, toux datant de la seconde enfance, et s'étant accompagnée de vomissements et d'hémoptysies répétées, cystite qualifiée de tuberculeuse et opérée, traitement de la hanche dirigé par plusieurs confrères dans le sens d'une lésion

(1) Avec M. Levaditi, au cours d'expériences inédites, nous avons pu faire naître une sorte d'état réfractaire, avec sérum microbicide, en usant des matières minérales. D'autre part, Buchner supprime le pouvoir bactéricide des plasmas en supprimant les sels, etc.

organique : il était bien permis de penser, qu'il s'agissait d'une coxalgie tuberculeuse chez une hystérique.

Et cependant il me restait des doutes. D'abord la cystite tuberculeuse était radicalement guérie, et il n'y avait dans l'urine ni pus, ni albumine. En second lieu, on ne trouvait rien aux sommets, ce qui était surprenant pour une affection d'aussi longue durée. Enfin, du côté de la hanche, il y avait des stigmates hystériques évidents. Outre le raccourcissement purement apparent, il y avait une hyperalgie nette et classique de la peau, telle que Brodie et Charcot, nous l'ont bien fait connaître, limitée à la partie supérieure de la cuisse, à la moitié inférieure de l'abdomen et à la fesse; les muscles eux-mêmes étaient très sensibles, et leur pincement ou celui de la peau paraissait plus douloureux que les chocs sur le grand trochanter.

Le 22 octobre, je me décidai à endormir la malade au chloroforme pour me livrer à un examen plus approfondi de la hanche; très rapidement la contracture cède, tous les mouvements, même les plus forcés, sont faciles, aucun craquement, articulation parfaitement libre. Je fis reporter la malade dans sa salle avant qu'elle fût réveillée, et, comme moyen de suggestion, j'appelai plusieurs malades auprès du lit, et leur fis voir que les mouvements les plus étendus se faisaient facilement, comptant bien qu'elles le rediraient à ma pseudo-coxalgique. Lorsque celle-ci se réveilla, elle fut très surexcitée, déchira son lit, demanda à partir, etc.

Mais lorsque je la revis le lendemain matin, elle n'avait plus sa coxalgie; elle traînait son membre inférieur derrière elle comme le font, classiquement, les hystériques atteintes de monoplégie. Elle me fit une sorte de scène lorsque je lui affirmai à nouveau qu'elle était guérie, me disant que je ne connaissais rien à sa maladie, et que la preuve de la nature tuberculeuse de sa coxalgie, le chirurgien l'avait dit devant elle à son service, était l'atrophie de la cuisse. Puis elle prit une crise très violente pour laquelle on lui passa la camisole. Le lendemain la paralysie du membre gauche avait disparu; il n'y avait plus d'hyperesthésie au niveau de la hanche, mais seulement de l'ovarie et de l'hémi-anesthésie gauche. De ce moment la malade était si bien guérie, que huit jours après, une brosse au pied, elle frottait la salle. Elle n'a même plus repris qu'une grande crise hystérique, après une séance de radiographie : pendant quelques jours, elle s'est plainte de maux d'estomac et a refusé de manger; mais la menace de la camisole et de l'alimentation forcée a coupé court à cette nouvelle tentative de localisation hystérique. Sauf une petite toux sèche et quinteuse que l'auscultation du poumon ne justifie pas, elle est complètement guérie.

Malgré l'intérêt qu'a présenté pour moi cette observation en raison des difficultés de diagnostic que j'ai signalées, je n'en aurais pas entretenu la Société de médecine de Lyon, si je ne m'étais convaincu, en interrogeant à ce sujet plusieurs de nos confrères chirurgiens, et non des moindres, que la conception, classique depuis Brodie et Charcot, de la coxalgie hystérique, *sine materia*, était loin d'être généralement admise. Pour eux, la coxalgie hystérique n'existe pas et il n'y a que des coxalgies chez des hystériques. Si ce n'est pas la hanche qui est malade, c'est dans le genou ou le cou-de-pied qu'il faut aller chercher la lésion articulaire qui, par réflexe, donnera la contracture de la hanche.

La conséquence de cette conception de l'arthropathie nécessaire dans l'arthralgie hystérique est l'intervention chirurgicale, qui va de l'extension continue, en passant par les pointes de feu, les vésicatoires, etc., jusqu'à la résection ou la désarticulation du membre. Gilles de la Tourette cite un assez grand nombre d'opérations de ce genre empruntées à Brodie, Herbert, Mayo, Coulson, Bœckel, pour des cas dans lesquels il n'existait aucune lésion articulaire. L'effort du chirurgien et, on peut le dire aussi, le dommage causé au malade sont ici disproportionnés à l'affection, qui peut disparaître, comme dans mon cas, par suggestion plus ou moins compliquée.

Je crois donc qu'il y a grand intérêt à rester attaché aux notions que Charcot a contribué à faire accepter de tous les neurologistes. Il existe une coxalgie vraiment hystérique, sans lésions ou du moins ne présentant que des lésions d'ordre hystérique ou en rapport avec l'immobilisation prolongée. A côté d'elle une forme mixte hystéro-organique ou organico-hystérique, que Charcot trouvait insuffisamment étudiée au moment où il s'est occupé de cette question, mais qui est aujourd'hui plus clairement élucidée grâce aux travaux des chirurgiens et surtout d'Ollier.

Mais, avant d'admettre qu'on est en présence d'un de ces métis pathologiques (Charcot), il est indispensable de s'éclairer par tous les moyens de diagnostic en notre pouvoir.

Parmi ceux-ci j'appellerai l'attention sur le dernier venu, l'examen radiographique. Il y a quelques semaines, j'ai fait radiographier ma malade et, sur l'excellente épreuve de M. Destot, il est absolument impossible de trouver trace d'une différence avec l'articulation coxo-fémorale droite : on peut affirmer qu'il n'y a pas de lésion appréciable, actuelle ou ancienne, au moins dans les os. J'ajouterai que, sur l'écran radioscopique, on ne voyait absolument rien dans le poumon, ce qui, avec l'absence de signes stéthoscopiques, laisse à penser que la toux est purement nerveuse et n'a pas plus de rapports avec la tuberculose que n'en avait la cystite pour laquelle elle fut opérée. Si cette radiographie de la hanche avait été faite au début de la coxalgie, il est probable qu'elle aurait épargné à la malade toute une odyssée de thérapeutique chirurgicale active. (*Lyon médical.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1899. — Présidence de M. Jaccoud.

RAPPORT

Nouveau traitement chirurgical de l'exophtalmie. — M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Roure (de Valence) sur le traitement de l'exophtalmie congénitale par la réduction du volume du sac conjonctival, de façon à refouler en arrière le globe de l'œil. Il conclut que cette opération ne trouvera son indication que dans des cas exceptionnels, tels qu'une exophtalmie traumatique. Dans les autres circonstances, c'est à la cause productrice de l'exophtalmie que doit s'adresser la thérapeutique et non à l'exophtalmos lui-même.

COMMUNICATION

Algidité progressive des nouveau-nés. — M. Hervieux, à l'appui des recherches de M. Budin, sur l'abaissement de la température chez les débiles, communique à l'Académie le résultat des observations qu'il a recueillies en 1855, sur cet état particulier qu'il a distingué sous le nom d'*algidité progressive des nouveau-nés*. Comme M. Budin, il a constaté, chez

un certain nombre de nouveau-nés, un abaissement progressif de la température, mais il a reconnu en même temps une dépression progressive de la circulation et de la respiration, exactement comme Chassat, dans ses intéressantes expériences sur les petits animaux qu'il faisait périr d'inanition. Chez quelques-uns de ses nouveau-nés, M. Hervieux a vu le thermomètre descendre à 28, 26 et même 24, et le chiffre des pulsations à 60, une fois même à 40, par minute. Il est facile de comprendre la gravité de cet état morbide. Les 11 sujets que M. Hervieux a observés dans ces conditions, ont tous succombé. M. Budin n'a guère été plus heureux, puisque, sur 142 enfants atteints de ce refroidissement progressif, 3 seulement ont survécu. A l'époque où M. Hervieux a recueilli ses observations, on ne connaissait point la couveuse. L'extrême gravité de l'algidité progressive impose aux établissements hospitaliers comme à la clientèle civile, à la ville comme à la campagne les plus grandes précautions, surtout dans les cas de faiblesse congénitale ou de naissance avant terme. Indépendamment des services que peut rendre la couveuse, on évitera le transport de l'enfant à des distances plus ou moins grandes, et en général, toutes les causes de refroidissement.

M. GUÉNIOT, en s'appuyant sur les travaux de M. Hervieux et sur ceux de Legroux sur le sclérème, a repris la question sur les enfants débiles. Outre l'incubation par couveuse ou simplement par des boules d'eau chaude, il a employé avec grand succès le massage, et a pu ainsi rappeler à la vie des enfants qui, à la suite de refroidissement progressif, étaient tombés en cet état de mort apparente, qu'il a appelé la « torpeur syncopale des nouveau-nés ».

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATIONS

Asepsie. — M. BAZY fait une communication basée sur plusieurs faits qui prouvent qu'un chirurgien venant de faire une opération plus ou moins septique peut s'antiseptiser les mains suffisamment, après cette opération, pour pouvoir pratiquer d'autres opérations dans des conditions d'asepsie parfaite.

La réunion par première intention étant intimement liée à l'asepsie, il faut insister sur les conditions indispensables pour obtenir cette réunion, en particulier sur l'hémostase. Il est préférable aussi de ne pas abandonner dans les plaies des corps étrangers non absorbables, et c'est pourquoi M. Bazy a renoncé à la soie pour n'employer que du catgut.

La chirurgie chez les aliénés. — M. PICQUÉ commence par passer en revue tous les travaux qui ont été faits sur ce sujet. Il rappelle que la question fut posée au Congrès de Montréal, en 1897. Plusieurs chirurgiens se montraient favorables aux interventions chirurgicales chez les aliénés. Russel fit un réquisitoire passionné contre cette opinion. En Belgique, plusieurs chirurgiens se montraient tout à fait défavorables aux interventions chez les aliénés. La cause de cette opposition tient à ce qu'en Amérique et en Belgique il a été fait beaucoup d'opérations chez les épileptiques et les hystériques. Or, M. Picqué s'applique à démontrer que les interventions chirurgicales, chez ces malades, donnent généralement de très mauvais résultats. Deux médecins italiens ont fait une sorte de referendum, d'où il est résulté que les résultats fournis par la chirurgie, chez les aliénés, étaient plutôt défavorables. Cette enquête portait sur 117 cas. Dans la discussion qui a eu lieu, à la Société de chirurgie, sur les psychoses, MM. Potherat, Bouilly ont cité des faits d'ordre gynécologique dans lesquels la chirurgie a donné plutôt des résultats avantageux. M. Piéchaud (de Bordeaux) cite deux exemples de guérison de troubles mentaux à la suite d'interventions chirurgicales. M. Charpentier (de Bicêtre) a signalé un cas de guérison d'aliénation mentale à la suite d'un traitement dirigé contre un prolapsus utérin.

En France, il n'existait jusqu'ici que des faits isolés. Or, M. Picqué a traité, au point de vue chirurgical, tous les aliénés comme les autres malades. Il a examiné un grand nombre de malades dans le service de M. Féré et, chaque fois qu'il constatait une indication chirurgicale quelconque, muni de toutes autorisations préfectorales, il pratiquait cette opération; et c'est le relevé de ces diverses interventions chez les aliénés qu'il vient communiquer aujourd'hui. Il a ainsi réuni 66 cas qu'il divise en trois groupes. Dans un premier groupe, il range les malades dont l'affection mentale a évolué en même temps que l'affection chirurgicale. Voici, par exemple, une malade atteinte d'un fibrome et présentant en même temps des accès de mélancolie; M. Picqué l'opère de son fibrome et tous les accidents mentaux disparaissent. Une malade est atteinte d'une fistule rectale; elle présente en même temps de la mélancolie. On l'opère de sa fistule, et elle guérit de sa mélancolie. Un certain nombre de ces malades connaissent l'affection chirurgicale dont ils sont atteints et ils étayent leur délire sur cette affection. D'autres ignorent leur mal; on les examine, on trouve une lésion génitale, on les opère et ils guérissent. On a observé toutes les variétés de délire coïncidant avec des altérations génitales; une simple vaginite peut être l'occasion d'un délire; on traite la vaginite et les troubles mentaux disparaissent. A côté de ces cas, il en est dans lesquels l'intervention chirurgicale donne de très mauvais résultats : telles sont, par exemple, toutes les malades aliénées qui ont des ovaires scléro-kystiques. M. Picqué ne touche jamais à ces malades. L'opération ne peut qu'aggraver leur délire.

Dans une seconde catégorie se placent les malades qui ont des affections chirurgicales, fibromes utérins, prolapsus, etc., méconnues. On opère ces malades, et les troubles mentaux disparaissent en quelques jours.

Dans un autre groupe se rangent les malades qui ont des affections mentales préexistantes, et l'affection chirurgicale a déterminé un délire surajouté à l'affection mentale préexistante. Voilà, par exemple, une femme atteinte de débilité mentale; elle est atteinte d'une affection chirurgicale, en même temps apparaît un délire polymorphe; on opère la lésion chirurgicale et le délire polymorphe disparaît.

M. Picqué pense qu'il ne faut jamais intervenir chirurgicalement chez les persécutés, dans les cas de délire chronique, dans la paralysie générale.

Sur 18 cas d'intervention chez les aliénés, M. Picqué compte 11 guérisons définitives, 3 états stationnaires, 3 améliorations et 1 mort opératoire. Jamais il n'a constaté d'aggravation de l'état mental. Ce qui fait que les statistiques étrangères paraissent si défavorables aux interventions chirurgicales, c'est qu'on a opéré des hystériques. Or il ne faut jamais toucher aux hystériques.

RAPPORT

Luxation double de l'astragale. — M. REYNIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Legueu; il s'agit d'un malade qui fait une chute le 20 mai 1892; M. Legueu le voit seulement cinquante-sept jours après. Il constate une double luxation de l'astragale; des tentatives de réduction restent sans résultat. Après s'être assuré de l'exactitude du diagnostic sous le chloroforme, M. Legueu pratique l'extraction de l'astragale, il met un drain et, après deux mois, ce malade marchait sans boiter.

Dans trois cas analogues, M. Reynier a fait également l'ablation complète de l'astragale et il en a obtenu de très bons résultats. Il ne peut donc qu'approuver la conduite suivie par M. Legueu.

M. BERGER fait observer que, dans ces cas, il s'agit d'une véritable énucléation de l'astragale et non d'une luxation sous-astragalienne ; dans ces cas d'énucléation, c'est à l'extirpation qu'il faut recourir et le résultat fonctionnel et le résultat physique sont favorables.

Statistique. — M. POZZI fait connaître la statistique des opérations qu'il a pratiquées à l'hôpital Broca durant ces neuf dernières années. Le total de ces opérations est de 1910, sur lesquelles il y a 97 morts. Sur ce nombre se trouvent 799 laparatomies avec 57 morts. Il y a 47 hystérectomies vaginales pour fibromes, avec 42 guérisons. Le plus gros fibrome opéré par cette voie pesait 1kg700.

PRÉSENTATIONS

Cancer de l'estomac. — M. TUFFIER présente un malade auquel il a fait, il y a un an, une résection de 15 centimètres de l'estomac pour un épithélioma. Ce malade jouit d'une santé parfaite depuis un an.

Suture du tendon du triceps. — M. LEJARS présente un malade chez lequel il a fait la suture du tendon du triceps rupturé. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

M. ROUTIER a constaté un résultat plus favorable encore sur un homme de soixante-quatre ans, qui s'était rupturé le tendon du triceps et qui se trouvait dans une impotence fonctionnelle absolue. Ce malade n'a pas été opéré, et a été traité par le séjour au lit et le massage. Le résultat obtenu a été aussi satisfaisant que possible.

M. GUINARD cite l'exemple d'un malade qui se fait une rupture du tendon du triceps devant l'hôpital Saint-Georges, à Londres. En Angleterre, on ne fait pas ces opérations. Appelé à Londres auprès de ce malade, M. Guinard ne l'opère pas ; il le ramène à Paris, le fait masser et obtient un résultat certainement plus favorable que celui qu'a obtenu M. Lejars sur son malade.

M. RICARD est d'avis qu'il ne faut pas toujours se fier à ces réparations naturelles. Il y a deux ans, un chasseur forcené se rompt le tendon d'Achille. Tout le monde, à ce moment, lui conseille de ne pas se faire opérer. M. Ricard le voit six mois après, encore impotent et avec une rétraction musculaire telle qu'il ne lui a pas été possible de rapprocher les deux bouts du tendon divisé. Il peut donc être imprudent de laisser s'établir cette rétraction musculaire qui peut devenir un obstacle insurmontable à la réunion. Cependant, grâce à une suture à la soie par enroulement et par une tresse de fils dans l'intervalle des deux bouts, M. Ricard est arrivé à obtenir un tendon solide sans élimination de fils. Mais un an après un nœud de soie apparut et on put faire l'extraction secondaire des fils.

M. TUFFIER, dans un cas de rupture du tendon du triceps, a fait la suture et le malade a très bien guéri.

M. POZZI a fait une suture du tendon d'Achille par un mode particulier et a obtenu une parfaite guérison. Il a constaté, au cours de cette suture, que le nerf tibial postérieur était élongé et formait une anse.

M. WALTHER a fait une suture immédiate du tendon du triceps et a obtenu un résultat fonctionnel tellement parfait que le malade fait 40 kilomètres à pied par jour.

M. POTHERAT a constaté une guérison spontanée d'une rupture du tendon du triceps sur un enfant de cinq ans. Il croit, toutefois, qu'il vaut mieux faire la suture.

M. LEJARS est persuadé que, chez son malade, le résultat n'eût pas été aussi bon s'il ne l'avait pas suturé.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 avril 1899, sont promus dans le corps de santé militaire et maintenus à leur poste actuel :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. les médecins principaux de deuxième classe Moty, en remplacement de M. Gentit, promu ; — Annesley, en remplacement de M. Morisson, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. les médecins-majors de première classe Sauveroche, en remplacement de M. Moty, promu ; — Landriau, en remplacement de M. Annesley, promu.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, en remplacement de M. Hermantier, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; — Fournot, en remplacement de M. Lejeune, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; — Dupeyron, en remplacement de M. Schmit, retraité ; — Renard, en remplacement de M. Passabosc, retraité ; — Bayvel, en remplacement de M. Nicaud, retraité ; — Leprêtre, en remplacement de M. Pagès, retraité ; — Duponchel, en remplacement de M. Sauveroche, promu ; — Dufaud, en remplacement de M. Landriau, promu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe Dettling, en remplacement de M. Poujol, démissionnaire ; — Moinet, en remplacement de M. Fockenberghe, démissionnaire ; — Faure, en remplacement de M. Sibut, mis hors cadres ; — Le Mitouard, en remplacement de M. Perret, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; — Ramally, en remplacement de M. Zumbiehl, mis hors cadres ; — Le Goïc, en remplacement de M. Lefort, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; — Verse, en remplacement de M. Favier, promu ; — Menut, en remplacement de M. Fournot, promu ; — Barisien, en remplacement de M. Dupeyron, promu ; — Bronner, en remplacement de M. Renard, promu ; — Huot, en remplacement de M. Duponchel, promu ; — Finot, en remplacement de M. Dufaud, promu ; — Wavelet, en remplacement de M. Finot, remis hors cadres.

— La Société obstétricale de France tiendra sa 7e session à Paris, les jeudi 6, vendredi 7 et samedi 8 avril, dans l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine. — Les séances auront lieu, le matin à neuf heures, et l'après-midi à deux heures.

Le bureau, pour l'année 1899, est ainsi composé : MM. P. Budin, président ; A. Hergott, premier vice-président ; C. Maygrier, deuxième vice-président ; L. Demelin, secrétaire général.

— La Société française d'ophtalmologie tiendra les séances du Congrès de 1899, à l'hôtel des Sociétés savantes, du 1er au 4 mai prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Duboys de Lavigerie, secrétaire général du Congrès, 76, rue Saint-Dominique, à Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Frédéric Duriau (de Dunkerque) ; et de M. Jean Jourdan, interne de l'hôpital Saint-Roch, à Nice.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. — (Vol. VII, no 1, janvier-février ; no 2, mars-avril 1899.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr. ; pour l'étranger, 15 fr. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUED

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé d'un an est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pollosson, professeur de médecine opératoire.

M. Vallas, agrégé, est chargé, pour un an, d'un cours de médecine opératoire.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Romeyer est prorogé, pour trois ans, dans ses fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

— *École de médecine de Marseille.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Chapplain, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. Roux, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie et de médecine opératoire.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Castellan, médecin de première classe du port de Toulon, est désigné au douzième tour pour servir à l'École de pyrotechnie, en remplacement de M. le docteur Martine.

Sur la demande de M. le directeur du service de santé Rouvier, M. Mazet, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire-archiviste du conseil de santé du port de Toulon.

MM. Daniel, médecin de deuxième classe à Indret, et Damiau, médecin de deuxième classe au service général à Brest, sont autorisés à permuter.

M. Depied, médecin de première classe, rentré récemment de Crète et actuellement en congé de convalescence, est rattaché au service général du port de Toulon.

— MM. les docteurs, dont les noms suivent, sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques municipales ci-jointes :

AUTUN : M. Laguille, conseiller municipal. — CANNES : MM. Bernard et Vandremer. — GRASSE : M. Roustan. — LA FERTÉ-BERNARD : MM. Coupey et Moreau. — LE MANS : M. Le Bèle. — LOUHANS : M. L. Guillemaut, sénateur. — SAINT-VALLIER : M. Guebhard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — GUÉMÉNÉ-PENFAO : M. Heuzé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Albert Antoine, étudiant à la Faculté de médecine de Nancy, décédé à Abreschwiller (Lorraine); et de M. le docteur Mavrogéni-Pacha (de Constantinople).

— *Hôpital de la Charité.* — M. le docteur L.-R. Régnier, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie, reprendra ses conférences de radioscopie et de radiographie le dimanche 9 avril, à dix heures et demie du matin.

Objet du cours : Instruments et appareils producteurs des rayons X. — Technique de la radioscopie et de la radiographie. — Applications à la chirurgie et à la médecine. — Le cours sera complet en dix conférences.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le dimanche 16 avril, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques de radioscopie.

A dix heures, conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen; moyens de production; modes d'emploi; applications au diagnostic médical). — A dix heures et demie : Présentation et examen radioscopique des malades.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Thiroloix, agrégé, commencera des conférences de pathologie interne le mardi 11 avril, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Roger, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 11 avril, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Trains express, 1re et 2e classe, entre Paris et Fontainebleau* (trajet, 1 h. 7). — A partir du 15 mai prochain et pendant toute la durée du service d'été 1899, la Compagnie mettra en marche chaque jour, sauf les dimanches et fêtes, un train express permettant aux personnes habitant Fontainebleau, que leurs affaires appellent journellement à Paris, d'y arriver de bonne heure le matin et d'en repartir le soir avant l'heure du dîner.

Horaire. — Aller : Fontainebleau, départ 7 h. 43 matin; Bois-le-Roi, arrivée 7 h. 52, départ 7 h. 53 ; Melun, arrivée 8 heures, départ 8 h. 2; Paris, arrivée 8 h. 50. — Retour : Paris, départ 5 h. 30 soir; Melun, arrivée 6 h. 15, départ 6 h. 18; Bois-le-Roi, arrivée 6 h. 26, départ 6 h. 28; Fontainebleau, arrivée 6 h. 37.

ACTION DU PANCRÉAS SUR LA TOXINE DIPHTÉRIQUE (1)

Par MM. Charrin et Levaditi.

(Communication à l'Académie des sciences.)

Certaines toxines, telles que celles des bacilles pyocyanique, diphtérique, tétanique, etc., introduites dans l'intestin, sont atténuées dans des proportions variables : les expériences que nous avons poursuivies ne laissent aucun doute à cet égard. Nous avons pu aller plus loin et dévoiler, dans quelque mesure, le mécanisme d'ailleurs complexe de ces modifications ; les sécrétions de la muqueuse agissent sur ces produits microbiens, leur font subir une vraie digestion ; d'autre part, en évoluant dans ces liquides, les bactéries les altèrent.

En continuant nos recherches, nous avons pu mettre clairement en évidence l'intervention du pancréas ou plutôt de ses sécrétions (2).

Expérience I. — Le 26 janvier 1899, on recueille, sur un chien de 16 kilogrammes, au moment même de la mort, un pancréas de 16 grammes et une masse musculaire de même poids.

On injecte, dans chacun de ces deux tissus, 5 centimètres cubes d'une toxine diphtérique tuant à la dose de 0cc05, soit par conséquent cent fois la quantité mortelle.

On place à l'étuve ces organes disposés dans des cristalloirs stérilisés ; on tient le plus grand compte des liquides qui peuvent s'échapper de ces tissus. Puis, après vingt-deux heures de séjour, à 39 degrés, on les triture avec du verre pilé, en ayant soin d'ajouter, de part et d'autre, 7 centimètres cubes d'eau salée ; on filtre et sur du papier et à la bougie, avant d'injecter ces extraits.

Le 28 janvier, un cobaye de 420 grammes reçoit le produit pancréatique : il résiste. Chez un cobaye pesant 350 grammes, on fait pénétrer celui de ces extraits qui provient du muscle : il succombe le 29, en présentant des capsules surrénales remplies de sang.

Cette expérience bien souvent répétée nous a donné constamment ce résultat qui semble mettre en évidence l'action atténuante du pancréas. Toutefois, on est en droit de se demander si cette atténuation n'est point un phénomène banal se réalisant aussi dans le muscle : la mort dans cette hypothèse dépendrait des poisons musculaires.

On peut répondre négativement en s'appuyant sur la nature hémorragique, sur la localisation capsulaire des lésions, sans parler de l'entérite, de la congestion des autres viscères ; ces caractères indiquent l'intervention de la sécrétion du bacille de Löffler. Néanmoins une réponse expérimentale directe a plus de valeur.

Expérience II. — Le 9 février 1899, on tue par le chloroforme un chien de 11 kilogrammes ; on prend de suite le pancréas qui pèse 14 grammes et deux masses musculaires *a* et *b*, pesant chacune 12 grammes ; on fait pénétrer 5 centimètres cubes de toxine diphtérique dans ce pancréas et la masse musculaire *a*, tandis que la masse *b* reçoit 5 centimètres cubes d'eau salée.

On place ces tissus à l'étuve. Au bout de dix heures on les triture, après une addition de 25 centimètres cubes d'eau salée à chacun d'eux, on filtre sur porcelaine et l'on injecte ces trois liquides, le premier, celui du pancréas, à un cobaye I du poids de 420 grammes ; le second, celui de la masse *a*, à un cobaye II, de 400 grammes ; le troisième, celui de la masse *b*, à un animal III pesant 410 grammes ; seul le cobaye II, qui a reçu la toxine introduite dans le muscle, périt.

On est dès lors autorisé, en présence de la survie du cobaye III, à exclure l'influence de ces poisons musculaires.

Le pancréas exerce donc une réelle action atténuante sur ces principes bactériens ; la putréfaction a sa part ; mais, si l'on maintient ces tissus à 39 degrés durant quelques heures seulement, si on les retire au moment où cette putréfaction commence, on continue à enregistrer, à des degrés variables, l'existence de ces modifications de la toxine.

Il est, du reste, aisé de prouver la réalité de cette influence du pancréas, ou mieux de ses sécrétions, en supprimant, au préalable, les qualités fonctionnelles de ce viscère, l'activité de ces sécrétions.

Expérience III. — Le 3 février 1899, on recueille deux parties de poids égaux, d'un même pancréas ; la partie A est portée à 72-74 degrés pendant quinze minutes ; on la triture ensuite avec du sable fin, en ajoutant 25 centimètres cubes d'eau physiologique ; la partie B subit le même traitement, sauf le chauffage. Après un séjour de deux heures à 38 degrés, on filtre à la bougie.

On introduit alors 12 centimètres cubes de chacun de ces deux extraits dans des flacons d'Erlenmayer qu'on porte à 38 degrés, dès qu'on a introduit, dans l'un et dans l'autre de ces flacons, un petit cube d'albumine. Or, seul le cube déposé dans celui de ces récipients qui contient le produit de B se ramollit, devient plus petit ; la chaleur a supprimé, suivant la règle, l'activité de A.

Expériences IV et V. — Le 3 mars 1899, on prend deux morceaux, α et β, de pancréas de poids identique ; on injecte dans leur épaisseur 5 centimètres cubes d'eau renfermant 7 p. 1000 de chlorure de sodium, puis on chauffe α à 74 degrés.

A ce moment, α et β reçoivent, le premier 2 centimètres cubes de toxine, le second 4 centimètres cubes ; on les place alors durant vingt-deux heures à l'étuve ; on les retire pour les triturer dans 30 centimètres cubes d'eau salée. Au bout de trois heures d'un nouveau séjour à 40 degrés, on filtre.

Chez un cobaye de 480 grammes, on introduit 7 centimètres cubes du liquide qui provient du morceau α, puis 18cc5 du produit dérivé de β chez un autre cobaye du poids de 490 grammes : or, le premier succombe empoisonné par la toxine, résultat prouvant que, si l'on supprime par la chaleur les attributs diastasiques des sécrétions pancréatiques, cette modification de la toxine n'a pas lieu. Nous avons même précisé ces conditions, en nous bornant, dans une expérience V, à élever la température du pancréas à 65-68 degrés ; dans ce cas, cette modification s'est produite, mais d'une façon peu marquée ; il est nécessaire d'atteindre le degré fixé par la physiologie, en tenant compte de l'humidité du milieu où l'on opère.

Ainsi, il est évident que le pancréas agit par ses éléments diastasiques ; il doit vraisemblablement opérer une sorte de digestion. Toutefois, à coup sûr, le processus « ne relève pas d'un mécanisme antitoxique ».

Expérience VI. — Le 6 mars 1899, on porte à 73 degrés un fragment I de pancréas ; on le triture après vingt et une heures de séjour à l'étuve, en l'additionnant de 5 centimètres cubes d'eau salée à 7 pour 1000 ; on fait de même pour un fragment II de poids semblable qui n'a été soumis

(1) Travail du Laboratoire de médecine expérimentale (Hautes-Études).

(2) Nencki, Sieber et Schoumow-Siemanovsky ont montré cette action du pancréas « in vitro » et « in vivo » ; nous l'avons nous-même déjà indiquée : aujourd'hui nous établissons le fait avec quelques détails. — Divers auteurs ont étudié ce rôle de l'intestin.

à aucune influence thermique. Le 8 mars, un cobaye de 400 grammes reçoit, sous la peau du flanc droit, 1cc5 du liquide extrait du fragment pancréatique I et, sous la peau du flanc gauche, 0cc25 de toxine diphtérique diluée et filtrée, représentant une dose mortelle. A un cobaye *b* on injecte, à droite, 1cc5 de l'extrait du fragment II et, de même, 0cc25 de cette toxine à gauche. Chez un cobaye *c*, on fait pénétrer, d'un côté, 1cc5 d'eau physiologique, à 7 p. 1000 de NaCl, de l'autre, 0cc25 de ce poison du bacille de Löffler. Enfin, à un cobaye *d*, on administre simplement 0cc25 de ce poison.

Le cobaye *b*, meurt le premier, le 10 mars, probablement sous l'influence des sécrétions diastasiques qui, en dehors d'une lésion locale, d'une sorte d'eschare, conséquence de la digestion des tissus, ont engendré un léger empoisonnement.

Les cobayes *c* et *d* périssent le 11 ; le cobaye *a*, le 12.

Il est donc manifeste qu'on ne saurait invoquer un processus antitoxique.

NOTE STATISTIQUE SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

APPLIQUÉE AUX FIBROMES UTÉRINS

Par le docteur L. Longuet, ancien interne des hôpitaux.

L'éternelle question du choix entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale, dans le traitement des fibromes utérins, n'est pas encore résolue de façon définitive, et cependant l'accord paraît bien prêt de se faire. Il est presque certain que le rapport de notre maître Ricard, sur l'hystérectomie abdominale totale, au prochain Congrès de chirurgie, et que les communications qui feront suite à ce rapport achèveront de fixer la part *réciproque*, *inégale*, mais *non exclusive*, qui revient à l'une et à l'autre voie. Par la présente note, je n'ai certes pas la prétention de trancher la question. Ce n'est pas, j'en suis convaincu, une bataille de chiffres qui amènera la lumière. A ce point de vue, je pense même que les statistiques individuelles étendues sont plus probantes que les statistiques collectives ; chacun jugera avec fruit s'il s'en tient à sa pratique personnelle. Toutefois, ayant pris soin de recueillir un certain nombre de documents sur l'hystérectomie vaginale (1), notamment sur l'hystérectomie pour fibrome, je crois faire œuvre utile, afin d'éviter la même tâche à d'autres, de publier, avec les sources bibliographiques ou j'ai puisé, la statistique collective établie par moi. Je m'y trouve d'autant plus naturellement porté qu'elle dépasse actuellement *un millier* de fibromes, et que dans les ouvrages les plus récents (Labadie-Lagrave et Legueu 1898, Delagenière 1898, etc.), il n'y a pas trace d'un travail de ce genre. Voici cette statistique :

	Cas	Morts	
1. Péan (2)	248 cas,	4 morts,	soit 1,61 p. 100
2. Richelot (3)	43 —	1 —	soit 3,94 p. 100 (2 et 3)
3. Richelot (4)	33 —	2 —	
4. Segond (5)	160 —	24 —	, soit 15 p. 100
A reporter	484 cas,	31 morts.	
Report	484 cas,	31 morts.	
5. Bouilly (1)	109 —	8 —	, soit 7,33 p. 100
6. Quénu (2)	33 —	0 —	
7. Doyen (3)	33 —	1 —	
8. Potherat (4)	43 —	3 —	, soit 7,04 p. 100
9. Ricard (5)	9 —	0 —	
10. Routier (6)	38 —	6 —	, soit 15 p. 100
11. Tuffier (7)	8 —	0 —	
12. Reynier (8)	5 —	0 —	
13. Pauchet (9)	4 —	0 —	
14. Duret (10)	1 —	0 —	
15. Jacobs (11)	42 —	0 —	
16. Landau (12)	56 —	4 —	, soit 7,14 p. 100
17. Bœckel (13)	3 —	0 —	
18. Schramm (14)	8 —	1 —	
19. Davies (15)	7 —	0 —	
20. Max Voight (16)	15 —	3 —	
21. Lauwers (17)	2 —	0 —	
22. Leopold (18)	21 —	3 —	, soit 13 p. 100
23. Leopold (19)	74 —	2 —	, soit 2,7 p. 100
24. Dimitri de Ott (20)	43 —	0 —	
25. Carl (21)	11 —	0 —	
Totaux	1049 cas,	62 morts,	soit 5,92 p. 100

En résumé, la *mortalité opératoire* globale des hystérectomies vaginales pour fibromes utérins est de 5,92 p. 100. A remarquer les écarts considérables qui se trouvent d'une statistique à une autre. Par exemple, Segond et Routier 15 p. 100, Péan 1,61 p. 100 et Richelot 3,94 p. 100. Au-dessous d'un minimum de cas, 30 cas par exemple, ce serait peut-être de l'optimisme que de conclure à 0 p. 100 ; certains chirurgiens, comme Richelot, ont fait valoir qu'on peut avoir des séries de 30 cas sans accident, puis coup sur coup l'opérateur perd 2 ou 3 malades. Personnellement j'ai assisté mon maître Quénu, dans les 33 hystérectomies vaginales consécutives qui ne lui ont donné aucune mort, et il n'a pas eu non plus de décès depuis la publication de sa statistique (commencement de 1898). Je voudrais aussi mentionner que, dans l'une des statistiques les plus chargées (15 p. 100), la limite de l'opérabilité par le vagin a été parfois

(1) L. Longuet. De l'hystérectomie vaginale : voir une série de publications dans le *Progrès méd*, 1898.

(2) Péan. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1895. — Opérations de 1890 à 1895.

(3) Richelot. *De l'hystérectomie vaginale*, Paris 1894. — Opérations de 1887 à 1893.

(4) Richelot. *Ann de gyn. et d'obst.*, déc. 1895. — Opérations de 1893 à 1895.

(5) Segond. *Bull. de la Soc. de chir.*, avril 1898. — Opérations depuis le 6 sept. 1889.

(1) Bouilly. Cong. franç. de chir., 1898.

(2) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1898.

(3) Doyen. Congr. franç. de chir., 1893.

(4) Potherat. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1er juin 1898. — Opérations depuis 1891.

(5) Ricard. Traitement des fibromes, *Gaz. des hôpit.*, 1898.

(6) Routier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1er juin 1898. — Opérations depuis 1888.

(7) Tuffier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1er juin 1898.

(8) Reynier. Cong. franç. de chir., 1893.

(9) Pauchet. *Semaine gyn.*, 14 déc. 1897. — Opérations depuis le commencement de 1897.

(10) Duret. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1896, p. 421. In Debruchy.

(11) Jacobs. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, 1896, no 3, p. 61.

(12) Landau. *Berlin. klin. Wochens.*, no 38, 23 sept. 1895.

(13) Bœckel. Cong. franç. de chir., 1893.

(14) Schramm. *Arch. f. gyn.*, LII, 1896, p. 355.

(15) Davies. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 8 fév. 1896.

(16) Max Voight. *Monats. f. Geburts. und gyn.*, juillet 1896.

(17) Lauwers. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, p. 49.

(18) Leopold. Traitement chirurgical des myomes, *Arch. f. gyn.*, 1890.

(19) Leopold. Traitement des fibromes, *Arch. f. gyn.*, 1896. — 2e statistique allant du 18 mars 1889 à 1896.

(20) Dimitri de Ott. VIe Cong. des méd. russes à Kief, *Vratch*, 1896, no 18. — Statistique allant de 1894 à 1896.

(21) Carl. Cong. de Rome, 1894.

reculée par l'auteur jusqu'à l'ombilic et au-dessus; ce résultat semble bien de nature à démontrer une fois de plus que cette limite est excessive, et que c'est beaucoup trop demander à la voie vaginale, ainsi que l'ont admis d'ailleurs presque tous les orateurs lors de la dernière discussion à la Société de chirurgie, 1898.

L'analyse des morts, d'après les renseignements que quelques chirurgiens ont bien voulu faire connaître, donne, comme cause de décès : l'*hémorragie* (Segond 1, Potherat 1, Routier 1). Beaucoup plus souvent la mort est imputable à des accidents de *septicémie* péritonéale (Segond, 19 cas de péritonite dont 4 à forme d'obstruction ; Potherat, 1 péritonite à forme d'obstruction ; Routier, 3 péritonites dont l'une ne fut que la continuation d'accidents septiques antérieurs ; Bouilly, 5 septicémies péritonéales). Plus rarement on relève l'*obstruction intestinale* (Richelot, 1 cas), l'*urémie* (Segond, 1 cas; Routier, 1 cas); le *schock* (Segond, 3 cas ; Bouilly, 2 cas); l'*intoxication* par une injection de sublimé envoyée dans le ventre (Richelot, 1 cas; Potherat, 1 cas). Comme causes fortuites nous relevons le *coma diabétique* (Richelot, 1 cas); la *congestion pulmonaire* (Segond, 1 cas); le *tétanos* (Segond, 1 cas).

En somme, c'est la septicémie qui donne la léthalité la plus considérable. Elle serait particulièrement à redouter dans les fibromes sphacelés.

Par contre, bien des chirurgiens, Péan, Richelot, Segond, Bouilly, Quénu, etc., ont insisté sur la rapidité et la franchise des guérisons, l'*absence de toute réaction*. La grosse question des « suites éloignées n'existe pas pour ces malades » (Richelot). L'*absence de toute cicatrice*, et les inconvénients qui en peuvent résulter (élimination des fils, éventration), la plus grande *rapidité d'exécution*, par suite de la suppression d'un temps opératoire : l'ouverture puis la fermeture de l'abdomen, ce sont là les trois principaux arguments qu'ont fait valoir les hystérectomistes.

Tels sont les quelques documents que je désirais verser au débat. Il me reste à publier le même travail pour l'*hystérectomie abdominale* totale pour fibromes. La comparaison de ces deux statistiques pourra vraisemblablement offrir un réel intérêt. C'est ce que j'espère mener à bien d'ici quelques semaines.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. E. Ausset.

Sur un cas d'hémoptysie mortelle chez un enfant de huit ans.

Les hémoptysies sont très rares chez les enfants, et si l'on consulte la littérature médicale on constate rapidement que, malgré la grande fréquence de la tuberculose, si souvent hémorragique chez l'adulte, les accidents hémoptysiques sont assez peu souvent notés chez l'enfant.

Berton (1) nous semble être le premier à avoir signalé ces hémoptysies. Il rapporte deux cas d'hémoptysie foudroyante survenue à la suite d'une perforation de l'artère pulmonaire par des ganglions tuberculeux. Becquerel (2), Rilliet et Barthez (3), West (4) ont rapporté quelques observations où l'hémoptysie est notée. Henoch, Mantel (*Prog. méd.*, 1887), Meusnier (Th. de Paris, 1892) ont également relaté des cas d'hémoptysie qui, le plus souvent, se sont produites chez des tuberculeux. Cadet de Gassicourt, Douglas-Powel ont montré qu'on pouvait les observer à tout âge (seize mois et sept mois). Mais, quoi qu'il en soit, c'est tout au plus si nous avons pu retrouver une quarantaine de cas publiés dans la science.

Aussi nous a-t-il paru utile de relater un cas très intéressant que nous venons de voir se dérouler dans notre service de l'hôpital Saint-Sauveur.

L... (Robert), âgé de huit ans, entre dans le service de notre collègue Phocas, le 5 décembre 1898, pour être opéré d'une mastoïdite consécuti les enfa otite moyenne suppurée.

Nous ne possédons sur ce qu'il s at aucune espèce de renseignements, soit sur ses ante ents héréditaires, soit sur les maladies qui auraient pu l'atteindre auparavant.

Il entre donc chez notre collègue Phocas le 5 décembre. Le 8, il est pris d'une hémoptysie très abondante que l'on a évaluée à environ 300 grammes. Le 13, il est opéré sans aucun incident notable. Le 15, à cinq heures du soir, nouvelle hémoptysie, encore plus abondante que la première, et le même jour, à neuf heures du soir, nouvelle hémoptysie, peu abondante cette fois.

Il n'entre dans notre service — par évacuation — que le 17 au matin. On n'a pu me fournir aucun renseignement sur son état général pendant son séjour en chirurgie; j'ai pu seulement savoir qu'après l'opération la température a oecillé autour de 38 degrés, sans jamais dépasser ce chiffre.

A son entrée dans notre service, le 17 au matin, nous constatons son extrême faiblesse, il semble tout à fait exsangue, tous ses tissus sont d'une pâleur cireuse, les muqueuses sont absolument décolorées. Il éprouve la plus grande fatigue à se mouvoir dans son lit, recherche le repos, fuit les questions, auxquelles il répond à peine. Le pouls est petit, filiforme, la température périphérique est certainement bien au-dessous de la normale, les extrémités sont notablement refroidies.

Cependant, la température centrale est normale, le thermomètre marque 36°8 dans le rectum.

La surface cutanée ne présente pas la moindre pétéchie. Il n'y a pas de sang dans les urines ni dans les selles. Il n'y a rien au cœur, les battements en sont très faibles, mais nous ne notons aucun bruit anormal des divers orifices. Rien au foie, ni à la rate. Rien de particulier n'est décelé par la palpation des organes abdominaux (estomac, intestin, reins). La bouche, examinée avec soin, ne montre aucune érosion de la muqueuse.

L'enfant ne présente aucun trouble de la sensibilité ni des réflexes qui puisse faire soupçonner la grande névrose.

Du côté des poumons, l'examen pratiqué très attentivement donne :

En arrière, à gauche : matité dans la fosse sus-épineuse, mais tout à fait à la partie supérieure, car à mesure qu'on se rapproche de l'épine de l'omoplate la sonorité revient, amoindrie, c'est vrai, mais tout à fait normale dans la fosse sous-épineuse.

A l'auscultation, respiration soufflante à l'endroit mat, mais avec quelques petits râles à l'inspiration, surtout après la toux. Rien d'anormal ailleurs.

A droite : légère diminution de sonorité dans la fosse sus-épineuse, où la respiration est rude, un peu soufflante, sans râles. Rien à noter dans le reste du poumon.

En avant, des deux côtés, il n'y a rien d'anormal à noter. L'enfant tousse très peu et ne crache pas.

Traitement : repos absolu, bottes sinapisées, ergotine, champagne glacé, diète.

---

(1) Berton. *Traité des maladies des enfants*, 1838.

(2) Becquerel. *Traité théorique et pratique des maladies des enfants*, 1842.

(3) Rilliet et Barthez. *Maladies des enfants*, 1843.

(4) West. *Leçons sur les maladies des enfants*, 1848.

Le même jour, dans la soirée, l'enfant est pris d'un accès de toux et rejette subitement une très grande quantité de sang. Malgré les soins empressés et très appropriés donnés par mon interne, M. Chatelin, qui se trouvait là lors de l'hémorragie, le malade succombe.

Autopsie. — Aussitôt la cage thoracique ouverte, on constate que tous les organes sont d'une extrême pâleur; ils sont vidés de tout leur sang.

Il existe des adhérences pleurales des deux côtés, adhérences relativement assez récentes, faciles à déchirer avec les doigts, et qui comprennent presque toute la hauteur des deux poumons; il n'y a pas du tout d'épanchement dans les plèvres. Nous ne trouvons pas trace, macroscopiquement du moins, de tuberculose pleurale.

Les poumons, enlevés, ont été examinés avec le plus grand soin, nous n'avons c[illegible] sommet qu'un peu de congestion; à ce nive[illegible] [illegible]lmonaire présente une coloration rosée, surto[illegible] coupe. La coloration était plus intense au sommet gauche. Mais nous n'avons pas trouvé le moindre noyau tuberculeux, malgré nos recherches les plus minutieuses et longuement prolongées; nous n'avons trouvé qu'un nodule tuberculeux, en partie crétacé, mais non pas au sommet, où siégeait la congestion, mais bien sur le lobe moyen du poumon droit. Il faut ajouter que l'examen microscopique n'a pas été fait. En tous cas, nous le répétons à dessein, sauf ce petit nodule, gros comme un pois, pas la moindre lésion tuberculeuse des poumons visible à l'œil nu.

En revanche, tous les ganglions bronchiques sont pris. Les uns présentent des granulations grises, d'autres commencent à devenir caséeux, d'autres enfin, et ce sont les plus nombreux, sont absolument crétacés.

Tous ces ganglions ont été, autant que possible, étudiés, disséqués, suivis avec le plus grand soin; nous n'en avons pas trouvé ayant contracté d'adhérences notables avec les organes voisins, surtout avec les vaisseaux; toutefois, dans le groupe de droite, il y en avait quelques-uns un peu plus adhérents que les autres. Les vaisseaux, eux aussi, d'ailleurs, ont été examinés avec attention, et il ne nous a pas été possible, par la dissection simple, de retrouver le vaisseau ouvert qui aurait donné naissance aux hémoptysies. Il est regrettable que nous n'ayons pas injecté les vaisseaux pulmonaires, ce qui nous aurait permis de les suivre plus loin et peut-être de trouver le vaisseau lésé.

L'œsophage, examiné avec soin, ne présente rien d'anormal; pas la moindre érosion, pas de varices.

L'estomac est absolument rempli de sang; on voit que ce sang est en partie coagulé. Une fois lavée, la muqueuse se montre absolument nette, et un examen très attentif et très minutieux nous montre qu'il n'y a ni érosion, ni ulcération.

L'intestin est également normal. Pas la moindre érosion, particulièrement au niveau du duodénum.

Le cœur est normal; l'endocarde est sain; les valvules sont normales, ni insuffisantes, ni rétrécies.

Rien à l'artère aorte ni à l'artère pulmonaire.

Le foie, comme tous les autres organes, d'ailleurs, est absolument exsangue et ne semble pas présenter d'autres lésions que celles d'une extrême anémie.

Rate et reins normaux. La boîte cranienne n'a pas été ouverte.

En résumé, voilà un sujet dont l'autopsie nous montre des lésions congestives banales des deux sommets, sans tuberculose « apparente » à ce niveau, de l'adénopathie bronchique tuberculeuse et un noyau tuberculeux du poumon très petit et tout à fait localisé.

Ce sujet a succombé à des hémorragies considérables qui l'ont absolument saigné à blanc. D'où viennent ces hémorragies? Voilà ce qu'il nous faut rechercher maintenant, afin d'essayer de justifier le titre de notre communication : « Hémoptysie chez un enfant. »

Chez l'adulte, il est généralement facile de diagnostiquer l'hémoptysie par les caractères du sang répandu, qui est spumeux, rutilant. Chez l'enfant, le plus souvent, le sang est d'abord dégluti, puis rejeté après avoir séjourné dans l'estomac et, par conséquent, altéré dans une certaine mesure. Ces caractères ne peuvent donc ici nous servir pour notre diagnostic.

La première chose à s'enquérir est si nous n'avions pas affaire à une hémorragie venant de la muqueuse nasale ou buccale.

L'épistaxis peut en effet être, chez l'enfant, assez facilement confondue avec l'hémoptysie; en effet, quand elle n'est pas très abondante, le sang passe souvent sur la paroi postérieure du pharynx, descend dans l'estomac pour être vomi ensuite. Mais, dès qu'elle acquiert une certaine importance, le sang qui s'écoule par les narines vient faire le diagnostic. Chez notre enfant, bien que l'examen rhinologique minutieux n'ait pas été fait, on ne peut songer à une lésion de la pituitaire; quelle qu'ait été l'importance de cette lésion, le sang n'aurait pas jailli avec une telle rapidité et une telle profusion; dans les épistaxis, même graves, il faut toujours un certain temps avant qu'il s'écoule une quantité de sang aussi considérable que celle perdue par notre enfant.

Le sang ne pouvait pas non plus provenir de la bouche, que nous avons examinée en détail, et dont la muqueuse était intacte; pas d'ulcération du frein de la langue, si fréquente dans la coqueluche, et qui peut donner lieu à des hémorragies graves, c'est vrai, mais jamais aussi abondantes.

Chez les épileptiques, quand les morsures de la langue sont profondes, elles peuvent donner lieu à des hémorragies graves capables de donner le change. Mais notre enfant n'a jamais eu de crises d'épilepsie et avait sa langue intacte.

A l'autopsie, nous avons trouvé le pharynx et l'œsophage intacts; on ne peut donc songer à une hémorragie par lésion de ces organes. L'estomac, le duodénum étaient sains et par conséquent ne peuvent être incriminés. D'ailleurs, il faut bien le dire, il est très rare, tout à fait exceptionnel, de rencontrer chez l'enfant des hémorragies venant de ces organes. Nous les avons cependant signalées pour les éliminer, puisque Stawell (cité par Mantel, *Progrès méd.*, 1887) rapporte un cas où il a trouvé à la nécropsie « de petits ulcères profonds, ronds ou ovales, sur la paroi postérieure de l'extrémité cardiaque de l'estomac ».

Ainsi donc, il est tout à fait impossible, il nous semble, de penser à autre chose qu'à une hémoptysie. Mais le problème n'est point encore complètement résolu, et il nous reste maintenant à rechercher la solution peut-être la plus pénible dans notre cas, à savoir la cause de cette hémoptysie.

Nous éliminerons, sans nous y arrêter, les hémoptysies nerveuses, « sine materia; » notre enfant n'avait rien d'un hystérique, et, en outre, on n'a jamais vu les hémorragies de cette nature atteindre une telle proportion.

Nous ne pouvons penser non plus que nous nous trouvions en face d'un hémophilique, car les accidents hémorragiques ne se sont pas produits pendant l'opération sur la mastoïde, ni après, au niveau de la région touchée par le chirurgien.

On a signalé, dans certaines affections aiguës, des phénomènes congestifs du côté du poumon, assez intenses pour

amener des hémoptysies. Sanné a observé deux cas de scarlatine dans lesquels il y eut des hémoptysies qui tuèrent les enfants; il n'y avait pas de tuberculose. La rougeole et la variole pourraient, dans leur forme maligne, produire les mêmes accidents. Il s'agit là de véritables embolies pulmonaires d'origine microbienne, d'apoplexies pulmonaires que les autopsies ont parfaitement décelées.

Dans d'autres cas, ces mêmes fièvres éruptives, survenant chez des tuberculeux, donnent un coup de fouet à la maladie et l'hémoptysie peut se produire.

Nous n'avons pas besoin d'insister pour démontrer qu'il n'y avait rien de semblable chez notre malade.

Il régnait à ce moment à Lille, autant que nous avons pu nous en rendre compte par les malades de l'hôpital et ceux de notre clientèle privée, une épidémie de grippe sur les enfants assez importante. Or, la grippe peut, comme les infections dont nous parlions tout à l'heure, amener de véritables apoplexies pulmonaires ou activer une tuberculose déjà existante. Legroux (in Th. de Meusnier) a noté un fait de ce genre.

Chez notre petit malade, il n'y a pas à songer à la grippe; rien, dans le tableau clinique, ne pouvait nous rappeler cette infection, et l'autopsie nous a montré qu'il n'y avait aucun foyer d'apoplexie pulmonaire.

En dehors des ulcérations du frein de la langue que l'on peut observer dans la coqueluche, cette affection pourrait amener, à la suite des violentes quintes de toux, des hémoptysies graves; Trousseau, Bouchut, Barthez et Sanné admettent la possibilité de ces accidents; d'autres auteurs, au contraire, tels que Roger, les nient absolument.

Nous estimons que la vérité est entre ces deux affirmations opposées et, à notre sens, la coqueluche, qui est une maladie portant essentiellement son influence sur les ganglions bronchiques, peut parfaitement, par l'intermédiaire de ces derniers, amener des lésions des vaisseaux pulmonaires.

Mais, au reste, notre enfant n'avait pas la coqueluche; on ne peut donc ici invoquer ce mécanisme.

Il n'existait pas non plus d'affection cardiaque. On sait que, dans les maladies du cœur, congénitales ou acquises, il peut y avoir des hémoptysies par congestion intense du poumon. Rien de semblable chez notre malade. L'autopsie nous avait permis de constater l'intégrité du cœur, et l'autopsie est venue confirmer notre diagnostic.

Il ne pouvait non plus s'agir d'une hémoptysie par gangrène pulmonaire; pendant la vie, la fétidité de l'haleine, du sang épanché, les signes stéthoscopiques nous auraient mis sur la voie du diagnostic, et à l'autopsie nous aurions dû retrouver le foyer de gangrène qui, pour produire une telle émission sanguine, aurait présenté des dimensions ne permettant pas de le laisser passer inaperçu. Il ne nous reste donc plus que la tuberculose pour expliquer les hémoptysies de notre malade.

Le plus souvent, dans les cas nombreux d'hémoptysies tuberculeuses qui ont été notées chez l'enfant, on a remarqué que ces hémoptysies se produisaient à la fin de l'évolution de la maladie, à la période des cavernes. Il ne peut s'agir d'un fait semblable chez notre enfant, puisqu'il n'y avait pas de cavernes.

On sait qu'au niveau de la granulation tuberculeuse, tandis que les vaisseaux capillaires du poumon affectés d'endo-capillarite s'oblitèrent, il se produit, au contraire, une dilatation et une néoformation vasculaire dans le domaine des artères bronchiques. En outre, autour des petites granulations, même des granulations microscopiques, il se fait généralement une congestion pulmonaire plus ou moins intense, se traduisant par une dilatation des vaisseaux capillaires.

Or, on s'en souvient, nous avons noté de la congestion des sommets chez notre malade, surtout marquée à gauche, congestion donnant pendant la vie des signes stéthoscopiques très nets. Il est vrai qu'à ce niveau nous n'avons pu, à l'œil nu, trouver de lésions tuberculeuses. Mais n'est-il pas permis de supposer que les granulations étaient encore trop petites pour être visibles et qu'elles ont pu amener la congestion notée, que, il faut bien le dire, on n'a pas l'habitude, en dehors de la tuberculose, de rencontrer ainsi localisée au sommet, et cela surtout chez les enfants?

Donc, si l'on veut admettre qu'il s'agissait pour ces deux sommets de lésions congestives tuberculeuses au début, on expliquera l'hémorragie de la même façon que celle qui peut se produire chez l'adulte dans le début de toute tuberculose pulmonaire.

Mais il est une autre explication à laquelle on pourrait également se rattacher et que nous voulons aussi discuter en terminant.

On se souvient qu'en pratiquant l'autopsie nous avons trouvé tous les ganglions bronchiques hypertrophiés tuberculeux à des degrés divers, et que, si nous n'en avons pas noté qui avaient contracté des adhérences avec les organes voisins, tels que les vaisseaux, il y en avait certains accolés assez intimement avec les vaisseaux et les tissus avoisinants. Certes, nous n'avons trouvé aucune lésion, aucune perforation vasculaire; mais, enfin, on pourra, à juste titre, nous objecter qu'une de ces lésions a bien pu nous passer inaperçue et qu'il est admissible qu'un de ces ganglions ait pu éroder, ulcérer un vaisseau et donner ainsi lieu à l'hémorragie foudroyante.

Le fait peut être discuté, puisqu'il existe dans la science des cas analogues. Cependant, nous croyons que l'on ne peut expliquer ainsi les hémoptysies de notre malade. Quand un ganglion bronchique se développe, se caséifie au point d'arriver à former une caverne se vidant dans les bronches ou dans un vaisseau, bronches et vaisseaux usés, ulcérés par un processus inflammatoire préalable, il n'y a, en général, qu'une seule hémorragie, énorme, considérable, foudroyante, et l'on ne voit pas, comme chez notre enfant, quatre hémorragies successives et assez espacées. En outre, pour qu'un ganglion arrive à produire de tels désordres, il faut longtemps, et alors il prend des proportions telles que, dans ces conditions, la cause anatomique passe difficilement inaperçue à une autopsie aussi minutieuse que l'a été la nôtre.

Nous croyons donc plutôt, sans être toutefois absolument affirmatif, que c'est au processus congestif des sommets, vraisemblablement tuberculeux, qu'il faut rattacher l'hémoptysie de notre enfant. Un vaisseau relativement petit a pu s'ouvrir, et si la mort est survenue, c'est que le malade a eu plusieurs hémorragies, abondantes chacune, qui, par leur répétition, l'ont absolument saigné à blanc. Nous n'avons pas trouvé le vaisseau ouvert, c'est vrai; mais cela n'a rien de surprenant quand on voit, dans les observations publiées avant nous, les auteurs ne pas découvrir le vaisseau coupable, alors qu'ils trouvaient un foyer d'apoplexie pulmonaire très net, une caverne, etc., où les recherches étaient bien plus faciles par leur localisation. (*Écho méd. du Nord.*)

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Dionine.

On a donné ce nom au chlorhydrate de l'éthylmorphine (éther monéthylique de la morphine).

Alors que la base est constituée par des cristaux prismatiques nososymétriques peu solubles dans l'eau (100 grammes d'eau dissolvent 0gr35 d'éthylmorphine), la dionine se présente sous forme d'une poudre microcristalline neutre, blanche, inodore, à saveur amère, fondant de 123 à 125 degrés, se dissolvant dans 7 parties d'eau. En raison de sa solubilité, la dionine est particulièrement propre aux injections sous-cutanées.

Sa solution aqueuse, même très étendue, précipite par la plupart des réactifs des alcaloïdes. La dionine a beaucoup de ressemblance, aux points de vue chimique et pharmacologique, avec la codéine, et ne peut guère s'en distinguer que par la façon dont elle se comporte avec l'ammoniaque. Si dans 5cc d'une solution de chlorhydrate de codéine à 10 p. 100, on précipite la base en ajoutant quelques gouttes d'ammoniaque (poids spécifique : 910), on peut dissoudre définitivement le précipité par addition de 1cc seulement d'ammoniaque. Dans les mêmes conditions, la dionine exige pour se redissoudre 5cc d'ammoniaque. Et encore, la dissolution n'est-elle que momentanée, car bientôt l'éthylmorphine se sépare de nouveau à l'état cristallisé. Cette séparation se produit même dans une solution à 1 p. 100 d'une façon très apparente. Si l'on recueille le précipité sur un filtre, on peut constater, après dessiccation, qu'il fond à 93 degrés.

En ce qui concerne son action thérapeutique, la dionine se rapproche plus de la morphine que de la codéine. Cette sorte d'amélioration dans les propriétés thérapeutiques de la morphine serait à attribuer à la substitution, à l'atome hydrogène de l'hydroxyle phénolique de la morphine, du groupe éthyle.

La dionine est préconisée comme calmant dans la phtisie, l'asthme, la pneumonie. D'après Korte, elle peut être prescrite à la dose de 0gr015 plusieurs fois par jour. On l'administre sous forme de solution (0gr30 pour 20 grammes de liquide), de sirop (0gr50 dans 1000 grammes de sirop simple), de pilules (0gr30 pour 30 pilules). (*Apotheker. Zeitung*, 1899, et *Journ. de pharm. et de chimie.* — Em. B.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Tableaux synoptiques de diagnostic sémiologique et différentiel (1), par le docteur Coutance, ancien interne des hôpitaux.

Les tableaux synoptiques de diagnostic sont essentiellement un livre de clinique. Ils se divisent en deux parties :

1° *Diagnostic des maladies par organes.* — Chaque tableau se divise en deux sections : 1° diagnostic sémiologique, où sont étudiés les signes des maladies; 2° diagnostic différentiel, où sont énumérés les signes dissemblables de l'affection étudiée avec les affections voisines.

L'auteur étudie successivement les signes fréquents, en commençant par les signes importants qu'on doit toujours rechercher sans se laisser arrêter par des symptômes légers ou fugaces, puis les signes secondaires qui permettent de parfaire le diagnostic ou d'établir les formes bénignes et frustes des maladies; les signes fonctionnels, qui résultent de l'interrogatoire du malade; les signes physiques, qui sont fournis par l'examen direct; les signes généraux, qui ont toujours une si grande importance, surtout pour le pronostic; les signes terminaux et de convalescence. Il mentionne aussi les signes particuliers, qui créent les formes plus ou moins nombreuses des maladies, et les signes compliquant l'affection.

Dans le diagnostic différentiel, l'auteur prend d'abord les affections les plus communes avec lesquelles on peut confondre la maladie étudiée.

Puis il passe en revue les affections plus rares, donnant pour chacune d'elles, s'il y a lieu, les signes de ressemblance pouvant induire en erreur et les signes dissemblables qui étayent et réforment le diagnostic.

2° *Sémiologie générale.* — Cette seconde partie comprend :

1. La liste des maladies différentes où l'on rencontre un même symptôme important :

2. La synonymie des maladies à nom propre, l'exposé des grands syndromes et des grandes lois. La multiplicité croissante des termes médicaux, suivis d'un nom propre, a amené l'auteur à présenter ces tableaux par ordre alphabétique. On a accompagné le nom du savant qui, le premier, a décrit ces symptômes ou formulé ces lois, de notes biographiques.

Cet ouvrage sera favorablement accueilli du public médical, qui saura gré de ce travail de synthèse destiné à l'instruire et à lui faire gagner un temps précieux.

(1) Gr. in-8°. Prix : 5 francs.— Paris, J.-B. Baillière et fils.

La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale (1), par M. le docteur J. Dallemagne.

Cet ouvrage est le couronnement, la conclusion nécessaire des deux derniers aide-mémoire de M. Dallemagne, sur la physiologie et la pathologie de la volonté. Il a pour but de donner, aux experts et aux magistrats chargés d'appliquer la loi, les notions pratiques nécessaires à la détermination des rapports existant entre l'état de la volonté et la responsabilité pénale. C'est, en quelque sorte, l'application à la médecine légale de nos connaissances actuelles en psychologie, basées sur l'observation des faits en dehors de toute préoccupation doctrinale.

L'ouvrage est divisé en cinq parties.

La première partie est consacrée à l'exposé du criterium psychologique de l'irresponsabilité comprise selon la lettre du code pénal.

La seconde partie traite des irresponsables par défaut de discernement; les dégénérés inférieurs y sont étudiés avec leurs caractères et les crimes et délits habituellement commis par eux.

La troisième partie traite des irresponsables pour cause de démence. Après avoir étudié les divers états de démence, l'auteur examine la classe des paralytiques généraux, celle des délirants chroniques, des persécutés-persécuteurs et des délirants dégénérés.

La quatrième partie est relative aux irresponsables par impuissance de la volonté. Après quelques généralités sur la question viennent successivement : un exposé des crimes et délits des impulsifs, une analyse de ce qu'il faut entendre par crimes et délits névropathiques, puis une revue critique de la grave question des impulsions suggestionnées.

Enfin, la cinquième partie est consacrée à des considérations d'ordre pratique sur la responsabilité partielle.

(1) Petit in-8°. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose (1), par le docteur BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'emploi des rayons de Rœntgen qui rend au chirurgien de si grands services, est tout aussi précieux pour les médecins; il suffit, pour s'en convaincre, de lire l'intéressante « Actualité médicale » que vient de publier le docteur Béclère.

La révélation des lésions pulmonaires tuberculeuses à l'écran fluorescent, l'aspect variable correspondant aux cavernes, et surtout la possibilité du diagnostic précoce de la tuberculose par la radioscopie devançant les autres modes d'exploration, tels sont les grands faits désormais acquis, auxquels est consacré ce volume.

Après un exposé sommaire de la radiographie et de la radioscopie en général, M. Béclère montre ce que donne la radiographie d'un thorax normal; les poumons sont transparents des sommets à la base.

Il passe ensuite en revue les différents cas de diagnostic de tuberculose: la tuberculose latente qui peut se laisser soupçonner par une diminution de la transparence; le diagnostic de la tuberculose latente, alors qu'aucun symptôme n'existe, peut avoir une importance immense, surtout pour les jeunes gens au seuil du service militaire.

Viennent ensuite la tuberculose douteuse que confirme la radiographie, la tuberculose certaine où les rayons de Rœntgen ne servent plus qu'à délimiter le mal; M. Béclère termine cette étude par la différenciation de la tuberculose avec les maladies simulant la tuberculose.

Dans une maladie comme la tuberculose, dont la maladie dépend de la promptitude du traitement, l'importance de cette nouvelle méthode de diagnostic n'échappera à personne.

Enfin, une bibliographie très complète termine cet intéressant volume qui figure à juste raison dans la collection des « Actualités médicales », et qui ne le cède en rien aux précédents.

Le pronostic des tumeurs basé sur la recherche du glycogène (2), par le docteur A. BRAULT, médecin de l'hôpital Tenon, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. N° 15 de l'*Œuvre médico-chirurgical*.

Dans cette intéressante monographie, l'auteur, résumant ses travaux sur la matière, donne un moyen pratique et sûr d'éclairer le pronostic des tumeurs.

La caractéristique anatomique de la malignité des tumeurs n'existe pas absolument. Les différences morphologiques qui peuvent se trouver entre les éléments des tissus sains et ceux des tumeurs bénignes ou malignes ne suffisent pas à trancher la question. Mais si l'on ne peut tabler sur les altérations des formes cellulaires, la clinique, par contre, affirme que leurs conditions de développement sont toujours différentes d'une tumeur à l'autre. On peut saisir les modifications des cellules, en rapport avec cette évolution variant : 1° lorsque les cellules sont sur le point de se diviser et 2° quand il y a augmentation des échanges, l'activité des cellules se jugeant surtout par les phénomènes d'assimilation qu'elles présentent.

Ces derniers phénomènes se traduisent par l'accumulation de réserves alimentaires dont la plus importante est le glycogène qui ne se rencontre pas en tissu sain.

Jusqu'ici, les relations histologiques ne font, en général, pas mention du glycogène dans les tumeurs, mais avec la technique simple et sûre donnée par l'auteur, cette matière n'échappera plus à l'attention du médecin.

Brault passe en revue les tumeurs épithéliales aussi bien que celles d'origine connective qui, toutes, contiennent du glycogène. Par contre, les tumeurs bénignes en sont rigoureusement privées. Après des considérations générales sur la glycogénie des cellules, l'auteur conclut en donnant le coefficient glycogénique comme la mesure exacte de la gravité d'un néoplasme.

Cette méthode, absolument nouvelle, comme on le voit, est aussi importante dans l'examen des tumeurs que l'est en clinique la recherche du sucre ou de l'albumine.

Cette découverte de Brault aura certainement un grand retentissement dans le monde médical. On n'a qu'à féliciter le directeur de « l'Œuvre médico-chirurgical » de l'avoir mise à la portée de tous les praticiens et de tous les chercheurs de laboratoire.

(1) In-16, avec 9 fig. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

VARIÉTÉS

Le Sanatorium militaire allemand de Lettenbach.

Par M. le docteur E. LAVAL.

Il a été récemment créé en Alsace-Lorraine, aux environs d'Alberschweiler, à quelques kilomètres de Saint-Quirin, un sanatorium destiné à recevoir les convalescents de la garnison de Metz qui, pour des raisons diverses, n'ont pu être renvoyés dans leur famille.

Ce sanatorium a été installé dans un château ayant appartenu à la famille Chevandier de Valdrôme, voisin d'une ancienne verrerie.

L'établissement se compose essentiellement d'un grand bâtiment d'habitation, où sont les chambres des malades, le logement du médecin-chef, celui de deux officiers convalescents, le réfectoire, la cuisine, la pharmacie, la salle de réception. C'est la partie la plus belle, la plus saine de l'établissement.

Séparées d'elle par une assez grande cour, sont les dépendances (caves, bûcher, chambres à lessive, salle de bains, écuries, etc.).

Un bâtiment distinct, situé à une centaine de mètres de là, est destiné à l'isolement des contagieux.

Dans les environs immédiats, sont situés des jardins potagers.

Tous ces bâtiments sont encadrés par des massifs de fleurs et d'arbustes, de bouquets d'arbres. Derrière le corps principal du logis, s'étend un long parc, orné de pelouses, d'arbres séculaires, traversé par le cours capricieux du Lettenbach, borné à l'horizon par les hautes cimes boisées des contreforts de la chaîne du Donon.

Un médecin aide-major de première classe (Assistenzart) est à la tête de l'établissement. Désigné pour une période de six mois (période d'hiver ou période d'été), il est choisi parmi les aides-majors les plus anciens du chef-lieu du corps d'armée, qui est à Metz. Il s'occupe de la pharmacie. Il est secondé, en ce qui concerne l'administration et la gestion, par un sous-officier d'administration.

Le détachement d'infirmiers compte deux sergents.

Les convalescents sont amenés de Metz par un train spécial (dit « le train von Hœseler »), qui arrive tous les jours à midi, à Alberschweiler, après avoir quitté Metz vers dix heures. De la gare d'Alberschweiler à Lettenbach, il y a environ deux kilomètres et demi, franchis au moyen d'une voiture d'ambulance. Le « train Hœseler » repart à une heure et ramène à Metz les convalescents guéris ou évacués.

La durée du séjour à Lettenbach est de deux mois en moyenne.

Le nombre de lits disponibles est assez considérable, une centaine environ. Les mois d'hiver sont les plus chargés.

Le lever est à cinq heures en été, à six heures et demie en hiver. Un premier déjeuner comporte : deux œufs sur le plat, café au lait. Vers huit heures, visite médicale, conseils hygiéniques aux convalescents pour la marche et la promenade, dispense de l'exercice, etc. Le parc est vaste; les hommes n'en sortent pas. A dix heures, nouveau petit déjeuner (hors-d'œuvre, bière). A midi, grand déjeuner (soupe, viande, légumes, vin...). A quatre heures, goûter (café au lait, beurre). Et, à huit heures, dîner analogue au premier petit déjeuner. Le régime alimentaire est donc des plus confortables.

L'eau de boisson n'est pas filtrée. C'est une eau de source excellente captée, à quelque distance de l'habitation principale, au pied de la montagne.

En principe, il ne doit pas se produire de décès au sanatorium. Aussi évacue-t-on au plus vite sur l'hôpital le plus voisin (Sarrebourg) tous les malades qui inspireraient des craintes.

Les résultats obtenus semblent des plus favorables; presque tous les militaires qui ont passé par Lettenbach ont pu reprendre leur service au bout de deux mois de séjour (en moyenne) dans d'excellentes conditions.

Le sanatorium de Lettenbach, en effet, quoique construit sur le territoire du 15e corps d'armée (Strasbourg), relève, en réalité, du commandement du 16e corps (Metz). Aussi, le 15e corps a-t-il tenu à avoir, lui aussi, un établissement analogue; il est en construction à Schirmeck-Labroque, sur le versant sud des contreforts de la chaîne du Donon. Celui-ci sera remarquable de tous points, car, construit dans un but spécial, il répondra à toutes les exigences.

Ajoutons, en terminant, que le général von Hœseler s'intéresse beaucoup à l'établissement qu'il a créé et vient toutes les semaines de Metz rendre visite au sanatorium de Lettenbach. (*Arch. méd. milit.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899.

59. M. GRENIER DE CARDENAL. Contribution à l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Maragliano. — 60. M. RIFAUX. De l'aphonie cérébrale (aphonie dite nerveuse), son traitement par le procédé de Garel. — 61. M. MOREL. Des anévrysmes artérioso-veineux du creux poplité. — 62. M. HAHN. Du traitement des hématuries vésicales rebelles par la cystostomie sus-pubienne. — 63. M. CARLE. De la traction au dehors de la langue avec un fil comme moyen prophylactique des accidents de l'anesthésie (procédé de M. le professeur Poncet). — 64. M. JULIÉ. Technique anatomique, préparation extemporanée des grandes articulations. — 65. M. LEXA. Sur une variété spéciale de calcification dans les tissus. — 66. M. GAUTHIER. Qu'est-ce qu'un neurone. — 67. M. TANTON. Du diagnostic des insuffisances aortiques sans souffle et des pseudo-insuffisances par le choc en dôme. — 68. M. GUEYTAT. Du spasme intestinal dans la contusion intestinale de l'abdomen. — 69. M. SOREL. Conduite à tenir en cas de difficulté extrême à trouver le bout postérieur de l'urèthre dans l'uréthrotomie externe sans conducteur. — 70. M. ECOCHARD. De l'empalement. — 71. M. TRILLE. Fistules cutanées d'origine biliaire. — 72. M. LORENTZ. Des interventions sur le sympathique cervical dans le traitement de la maladie de Basedow. — 73. M. ROBERT. Le cancer primitif des capsules surrénales. — 74. M. BURGEZ. Contribution au traitement du coma diabétique par les injections de sérum physiologique. — 75. M. KOLB. Recherches expérimentales sur les propriétés physiques des étoffes employées pour les uniformes de l'armée. — 76. M. BEAUJEU. De la dissociation du réflexe rotulien et de la trépidation plantaire dans la fièvre typhoïde. — 77. M. SAVORIN. Contribution à l'étude de l'absence congénitale du radius (main bote). — 78. M. BLONDEL DE JOIGNY. Pathogénie et prophylaxie de la myopie (verres sphériques prismatiques). — 79. M. CORDIER. Essai sur la toxicité de quelques champignons avant et après leur dessiccation. — 80. M. UZAC. Étude expérimentale et critique des injections intraveineuses de sublimé. — 81. M. GENÉVRIER. De la dilatation bidigitale par double invagination dans les rétrécissements du pylore et de l'intestin (opération de Jaboulay) et des méthodes anciennes analogues. — 82. M. MERCIER. Recherches cliniques sur l'excitabilité mécanique des nerfs moteurs périphériques. — 83. M. BUSY. Étiologie et pathogénie des phénomènes de Raynaud (syncopes et asphyxie locale des extrémités); essai de classification rationnelle. — 84. M. DENACLARA. Des hématuries dans les néoplasmes du rein; étude statistique. — 85. M. HONDELETK. Etude clinique sur l'entéroclyse comme traitement de la fièvre typhoïde. — 86. M. CHARLES. Sur une forme d'hyperhémie pharyngée chronique permettant de dépister l'albuminurie ou la glycosurie; contribution à l'étude des petits signes de ces deux affections. — 87. M. DELBRU. Du traitement des tumeurs de la région supérieure de la vessie. — 88. M. SUTTEL. De l'ostéomyélite infectieuse aiguë de la colonne vertébrale. — 89. M. DAUTHUILE. Contribution à l'étude des anomalies mammaires dans leur rapport avec l'embryologie. — 90. M. MICHAÏLOFF. Actinomycose des voies urinaires. — 91. M. PIGEON. Des modes de la défaillance du cœur dans la myocardite chronique. — 92. M. BOPPE. De la technique des rayons de Rœntgen et de leur application dans certaines affections chirurgicales. — 93. M. PERRIN. De la lèpre à Marseille. — 94. M. GAVARD. La misère du corps humain. — 95. M. GODDARD. Le cérumen. — 96. M. COHADON. Hémo-alcalimétrie. — 97. M. MUNARET. De la tuberculose primitive des ovaires. — 98. M. BENARD. Des localisations extra-abdominales de l'appendicite. — 99. M. SIROT. Contribution à l'étude des communications fistuleuses entre l'œsophage et les voies aériennes. — 100. M. FUSIER. Contribution à l'étude des œdèmes syphilitiques. — 101. M. DIVARIS. Étude sur les kystes doublés des ovaires et quelques ovarites bilatérales avec grossesse. — 102. M. BERNAY. Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. — 103. M. GUYOTAT. De l'élimination des fibromes utérins par gangrène et suppuration cardiaque. — 104. M. MOSSÉ. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde chez les cardiaques. — 105. M. FLÉCHET. Des fistules vésico-ombilicales congénitales chez les prostatiques. — 106. M. LÉPINE. Des injections intra-rectales de solutions salines dans les hémorragies, le schock et les infections. — 107. M. ROUX. Contribution clinique à l'étude de l'évolution maligne de certains molluscums. — 108. M. FEYAT. Des kystes simples des os longs (non parasitaires ni néoplasiques). — 109. M. FRARIER. Les procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares dans les accouchements naturels. — 110. M. RIOUFOL. Du cancer aigu du foie. — 111. M. CAS. De la résection simultanée de la totalité de l'omoplate et d'une partie de la diaphyse humérale. — 112. M. LEMOYNE DE VERNON. Théobromine et digitale (étude clinique comparative). — 113. M. STAÏCOFF. Essai sur la chirurgie du médiastin antérieur; résection du sternum comme opération préliminaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 41. — MARDI 11 AVRIL 1899. 72e ANNÉE. MARDI 11 AVRIL 1899. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 avril 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La question de la **méningite cérébro-spinale**, surtout au point de vue bactériologique, est encore à l'étude, et l'on se souvient qu'en ces temps derniers, M. Chantemesse d'un côté, puis M. Netter, ont discuté la nature du micro-organisme, cause de l'affection. Aussi bien, toute communication sur ce sujet est-elle de nature à rendre plus lumineux un point de pathologie encore un peu plongé dans l'obscurité. M. Rendu vient d'observer, dans son service, un jeune homme de dix-sept ans, entré à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde, contre laquelle on institua le traitement classique par la balnéation froide intensive. Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la température s'abaissa, le pouls devint plus rapide; le malade prit un aspect franchement cérébral : facies immobile, pupilles inégales, ventre déprimé en bateau, larges marbrures violacées sur l'abdomen et sur les cuisses; signe de Kernig. Ces signes évidents de méningite cérébro-spinale s'accentuèrent rapidement et le malade mourut cinq jours après.

L'examen bactériologique a fait reconnaître l'existence du streptocoque pyogène seul.

Cette constatation est intéressante et provoque certaines remarques de M. Netter, qui rapporte que, parmi ses observations, il en est deux où il a rencontré un agent pathogène se rapprochant du streptocoque; il est donc certain qu'en pareil cas, ce microbe se différencie nettement du pneumocoque. Mais entre le pneumocoque vrai et le streptocoque typique, il a pu isoler toutes les transitions possibles. La question doit donc encore être réservée.

M. Louis Rénon rapporte une observation d'**exagération des réflexes, clonus du pied et de la main sans contracture, dans un cas d'hémiplégie organique**. Chez un homme de trente-huit ans, atteint d'endartérite syphilitique de l'artère sylvienne gauche, il a observé un fait bien anormal, en complète contradiction avec ce que nous savons de la valeur séméiologique de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde comme signes précurseurs de la contracture.

Ce malade avait une hémiplégie gauche, et il n'a pas eu de contracture, bien qu'il ait présenté dès le sixième jour de l'exagération du réflexe rotulien et du réflexe tendineux du poignet, et, dès le quatorzième jour, de la trépidation épileptoïde avec clonus du pied et de la main. Le phénomène était si marqué le quarante-septième jour, que le moindre contact, le moindre frôlement du pied et de la main produisaient un véritable tremblement passager.

M. Rénon avait cru devoir prédire la contracture précoce du côté hémiplégié; pendant cinq mois, elle n'est point apparue, et, maintenant que le malade a récupéré ses mouvements, que l'exagération des réflexes a très notablement diminué, et que la trépidation épileptoïde a tout à fait disparu, elle ne paraît guère probable.

Sans faire aucune hypothèse pour expliquer cette anomalie, je pense que ce fait clinique doit être rapproché des cas analogues rapportés par Bastian et van Geh'uchten, et sur lesquels ce dernier auteur a encore récemment insisté.

M. Achard lit, en son nom et au nom de son interne, M. Delamare, une étude sur l'**exploration du rein par la glycosurie phloridzique**.

La phloridzine possède la propriété de provoquer la glycosurie en exerçant sur le rein une action spéciale dont l'existence est démontrée par les recherches physiologiques, mais dont le mécanisme n'est pas encore parfaitement connu.

Chez les malades atteints de néphrite chronique, Klemperer avait noté que parfois l'ingestion de phloridzine n'amenait pas de glycosurie. Magnus Lévy, il est vrai, avait contesté ces résultats, ayant observé que la phloridzine injectée sous la peau provoquait une glycosurie parfois très abondante chez des sujets affectés de lésions rénales. Reprenant ces recherches, les auteurs ont vu qu'en injectant une dose minime de phloridzine et en étudiant méthodiquement le moment d'apparition, la durée, le taux de la glycosurie, on en pouvait tirer des indications relativement à l'état des fonctions rénales.

Pour faire cette épreuve de la phloridzine, ils injectent sous la peau 5 milligrammes de cette substance et recueillent l'urine au bout d'une demi-heure, une heure, puis d'heure en heure, et y recherchent le sucre.

Chez les sujets sains ou n'ayant pas de signes de lésions rénales, la glycosurie s'est montrée dans le délai d'une demi-heure à une heure, durant de deux à quatre heures, atteignant le chiffre de 1 à 2 grammes de sucre en moyenne. Mais, comme il ne faut pas attribuer aux résultats du dosage une précision trop rigoureuse, les auteurs admettent que la limite inférieure de la glycosurie régulière est comprise entre 50 centigrammes et 1 gramme, et sa limite supérieure entre 2 grammes et 2gr50. Sur 55 sujets de cette catégorie, ils ont eu 8 autopsies affirmatives : les reins étaient sains 5 fois ou présentaient des lésions très limitées (tubercules), laissant intacte la presque totalité du parenchyme, où étaient le siège d'une lésion terminale et récente (dégénérescence graisseuse), n'ayant pu influencer l'épreuve de la phloridzine qui avait été pratiquée longtemps avant la mort.

Dans un autre groupe de faits, la glycosurie a fait défaut ou a été légère. Sur 13 autopsies, 11 fois des lésions profondes des reins ont été trouvées ; deux fois les reins n'étaient pas altérés et il est vraisemblable qu'il s'agissait seulement de troubles fonctionnels; 32 malades avaient des signes de lésions rénales et notamment de l'albuminurie ; 4 n'avaient pas d'albumine. Le plus souvent, l'apparition du sucre était retardée dans les cas de cette catégorie.

Chez 15 malades, la glycosurie, au lieu d'être diminuée comme durée et comme quantité, se prolongeait plusieurs heures, tantôt avec une exagération simultanée de cette quantité. Dans un cas de glycosurie prolongée, suivi d'autopsie, le rein présentait un peu de dégénérescence graisseuse.

Enfin, 5 fois la glycosurie à été exagérée comme quantité (jusqu'à plus de 6 grammes), sans que sa durée fut supérieure à la normale.

Dans la grande majorité de ces cas de glycosurie irrégulière, il y avait lieu d'admettre ou de soupçonner l'existence de troubles des fonctions rénales.

Comme l'épreuve du bleu de méthylène, celle de la phloridzine paraît apte à révéler des troubles fonctionnels du rein, sans lésion anatomique et d'une durée passagère. Comme elle aussi, elle peut indiquer un vice des fonctions rénales chez des sujets qui n'ont pas ou qui n'ont plus d'albuminurie.

HOPITAL PANTELIMON (BUCAREST)

M. G. Marinesco.

Un cas de surdi-cécité avec œsophagisme chez une hystérique; guérison rapide par l'isolement (1).

(Communication à la Société médicale des hôpitaux.)

Vers le commencement du mois de janvier de cette année, j'ai été appelé pour donner mes soins à une jeune fille, âgée de quinze ans, qui souffrait de certains phénomènes nerveux rebelles au traitement que quelques-uns de mes collègues avaient employé. Elle présentait, à cette époque, de la céphalalgie frontale très intense qui l'empêchait de dormir; des douleurs diffuses dans l'abdomen et de l'agitation. Lorsque sa céphalalgie diminuait, le sommeil venait, mais accompagné de rêves terrifiants; elle se voyait attaquée par des individus imaginaires, ou bien précipitée dans de grands fossés, etc.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 335.

Le pouls était un peu fréquent, et il n'y avait pas d'élévation thermique ; l'appétit était aussi diminué. Malgré l'emploi des médicaments analgésiques et même soporifiques les plus variés, la céphalalgie a persisté encore un certain temps, quoique ayant un peu diminué. De temps à autre, la malade présentait des crises de sommeil spontanées, et ce n'est qu'avec les vapeurs d'ammoniaque qu'on pouvait la réveiller.

En dehors de tous ces symptômes, qui nous ont permis de reconnaître qu'il s'agissait d'une hystérique, nous avons pu découvrir chez elle d'autres stigmates qui complétaient le tableau, tels que : le rétrécissement du champ visuel, des plaques d'anesthésie avec de l'analgésie dans les régions du sein gauche et de la face du même côté.

Sensibilité à la pression du côté de l'ovaire gauche, de l'anesthésie du pharynx, etc. La tentative de la mettre en état d'hypnose fut suivie d'un sommeil assez profond avec de la contracture des masséters, et, comme il a été ensuite assez difficile de la faire sortir de cette léthargie, je n'ai plus essayé de l'endormir.

La petite malade a perdu subitement la vue pendant deux jours, du 15 au 17 janvier, et après l'avoir recouvrée, elle l'a perdue de nouveau quelques jours après, et, cette fois-ci, « l'amaurose fut accompagnée d'une surdité complète ». La malade était impuissante à percevoir les bruits même les plus forts et était aussi incapable de donner la moindre notion de la lumière, par conséquent ne distinguait pas non plus le jour de la nuit.

Elle avait tout à fait le regard d'une amaurotique et exécutait de temps à autre des mouvements automatiques de la tête, comme si elle s'était entretenue mentalement avec un personnage imaginaire. Elle tournait aussi ses globes oculaires dans toutes les directions, et ses gestes, entrecoupés de soupirs, se trouvaient en rapport avec la chimère de son cerveau. En la voyant ainsi, on aurait dit qu'elle était en proie à un délire. Pendant mes visites, lorsque je me trouvais près de son lit, il lui est arrivé de me prendre pour son frère, tout comme s'il avait été lui-même à ses côtés.

En explorant à nouveau la sensibilité tactile, j'ai trouvé une diminution notable de cette sensibilité dans la région des pavillons de l'oreille et des régions péri-orbitaires. Le réflexe auriculaire était aussi diminué, voire même aboli ; il en était de même pour les réflexes conjonctival et cornéen. Cependant, si on approchait un objet chaud tout près des yeux, elle se rendait bien compte de sa sensibilité thermique.

Les pupilles réagissaient très bien à la lumière et à l'accommodation. Le premier jour où la surdité a fait son apparition, la malade a présenté certains troubles du langage consistant en un mutisme complet suivi d'une aphasie passagère.

Le lendemain de ce jour, elle parlait mieux et demandait à sa mère de lui donner les divers cadeaux qu'elle avait reçus à l'occasion de la nouvelle année; et quand elle les eut sous la main, elle les rangea parfaitement bien sur une table, quoiqu'elle fût complètement aveugle.

En face des difficultés nouvelles créées par la surdité et la cécité complètes, absolues de la jeune fille, la tâche du médecin, pour lui venir en aide, était devenue d'autant plus difficile. Aussi, pour que mes soins fussent plus efficaces, et pour l'isoler, je demandai avec beaucoup d'insistance qu'on me confiât la malade, que j'aurais placée dans mon service à l'hôpital. La famille, malgré mes conseils réitérés, refusa

de l'y conduire. Toutes les explications que je pus donner pour lui faire comprendre les avantages que j'attendais de l'isolement et des autres moyens de traitement impossibles à pratiquer chez elle, se heurtèrent à une résolution de ne pas se séparer d'elle. Je me résignai donc, attendant qu'un événement imprévu vînt modifier l'état de la malade. Ni ses règles, ni les différentes émotions que la jeune fille a eues en recevant ses camarades d'école, etc., n'ont eu aucune influence sur son état, lequel, par sa persistance à être le même, s'aggravant plutôt, a fini par inquiéter la famille.

Un jour, son père lui apporta des biscuits, et, tout en les mangeant, elle s'aperçut qu'ils avaient une forme particulière; en effet, ils avaient celle de caractères d'imprimerie. L'inspiration fut bonne, et c'est grâce à cette circonstance bien imprévue qu'elle commença à pouvoir communiquer avec ses parents. L'agencement par le toucher de ces biscuits en forme de lettre permit à la malade de construire les mots dont elle avait besoin. De mon côté, je fis le même essai par ce moyen et aussi avec d'autres caractères typographiques très grands; toujours la jeune fille put construire des mots, voire même des phrases, pensées par elle-même ou bien arrangées de manière à répondre aux questions que nous lui faisions de la même manière, c'est-à-dire avec les mêmes caractères.

Je dois ajouter qu'au commencement de ces exercices, l'association des mots qu'elle devait lire par l'intermédiaire de ces sensations lui était assez difficile, mais elle s'y habitua très vite et finit ensuite par comprendre tous les mots sans difficulté.

D'autre part, j'ai voulu savoir comment se comporterait la malade à l'égard de l'écriture automatique sur laquelle MM. Féré et Binet, Pierre Janet, Charles Richet, Gley, etc., ont fait des expériences intéressantes.

Si donc nous guidions de la main celle de la malade pour écrire, main qui n'était nullement « anesthésiée », il était facile de voir qu'elle ne pouvait pas se rendre bien compte de ce que nous lui faisions écrire; d'ailleurs, cela ne dura pas, et, avec un peu d'exercice, elle parvint assez vite à comprendre facilement des propositions et même des phrases entières, assez longues. Non seulement elle comprenait facilement des phrases entières tracées de sa main guidée, mais encore elle devinait parfois le reste de la pensée non encore exprimée.

Ce qui est encore plus remarquable, c'est que notre malade ait pu écrire, tout en étant aveugle, des pages entières impeccables au point de vue du style, de la correction de l'écriture, des accents et de la ponctuation. Les lignes en sont si régulières, les accents et la ponctuation si bien mis à leur place qu'on ne pourrait jamais les deviner écrits par une personne complètement amaurotique.

Du reste, quelques expériences que j'ai faites sur moi-même et sur d'autres personnes m'ont prouvé qu'il s'était produit chez elle une véritable hyperesthésie du sens musculaire, car les personnes normales sont incapables d'écrire avec tant d'habileté, les yeux fermés, et ne peuvent pas comprendre si facilement que notre malade ce qu'une main étrangère a écrit avec la leur.

Un autre fait qui mérite d'être relevé est celui-ci : la malade a été conduite au piano, sourde et aveugle, pour exécuter un morceau de musique. Avant de commencer, et pour se guider, elle a demandé à sa sœur de lui mettre le doigt sur la première note indiquée pour l'exécution de la musique et qui était le fa. Elle a ensuite continué le morceau jusqu'à la fin et l'a joué avec une perfection remarquable, tant au point de vue de l'écriture que du sentiment. Il va sans dire qu'elle le connaissait par cœur. C'est précisément pendant qu'elle jouait que la jeune malade a oublié, pour un moment, sa surdité, et qu'elle a tout à coup demandé à sa sœur pour quelle raison elle n'entendait rien et pourquoi l'on avait enlevé du piano les touches qui produisent les sons; mais immédiatement après, elle s'est souvenue qu'elle était sourde, ce qui ne l'a pas empêchée de continuer de jouer comme sur un piano sourd. J'ajoute que, parfois, sa figure exprimait un sentiment de béatitude pendant qu'elle jouait de ses airs favoris. Elle a été ensuite petit à petit reprise de la passion de la musique, et il n'était pas rare de la voir jouer des après-midi entiers au piano.

Comme la surdité et l'amaurose persistèrent pendant plus de deux semaines sans se modifier en rien, la petite malade commença à se décourager, elle perdit l'appétit; l'insomnie et les cauchemars apparurent de nouveau avec plus d'intensité, davantage même; un nouveau symptôme, la difficulté d'avaler, vint s'ajouter aux précédents. De sorte que le 1er février la malade ne pouvait plus prendre la moindre des choses sans qu'elle ne la rendît immédiatement. Le rejet de la nourriture avait lieu tout de suite par simple régurgitation; les aliments liquides, tels que le lait, étaient crachés pour ainsi dire, sans avoir subi aucune digestion.

Presque rien de quoi que ce soit, liquide ou solide, ne pénétrait dans l'estomac, malgré les efforts que faisait la malade pour l'y faire pénétrer. Cependant, je croyais avoir remarqué qu'elle ne rendait pas tout intégralement, et qu'une partie des aliments, si minime qu'elle puisse être, arrivait jusqu'à la cavité gastrique, mais il est bien certain que la grande partie des liquides était rendue presque instantanément mêlée parfois avec du mucus. La malade n'avait pourtant pas en horreur la nourriture; elle désirait, au contraire, en prendre et c'est pendant les efforts qu'elle faisait pour la faire passer qu'on entendait parfois une espèce de bruissement.

Malheureusement, elle ne tardait pas à rejeter par un vomissement spasmodique les aliments ingérés. En examinant encore une fois les différentes formes de la sensibilité chez ma malade, j'ai trouvé une hyperesthésie exquise dans la région de l'épigastre, de sorte qu'une pression de cette région, même légère, était accompagnée de douleurs très vives, avec des envies de rendre. Il y avait là une espèce de zone hystérogène dont la coïncidence avec l'œsophagisme et les vomissements spasmodiques est intéressante à signaler.

Il est vrai que, dans la nuit du 3 février, elle a bu un peu d'eau et mangé une orange, qu'elle n'a rendue que deux heures après.

Etant restée plus de trois jours sans pouvoir conserver la moindre nourriture, son état général s'était considérablement affaibli, au point de pouvoir à peine se tenir debout. Lorsque le 4 février je me suis rendu chez elle, je la trouvai dans un état de somnolence continue, et sa tête et ses bras pendant cet état étaient agités de mouvements cloniques. Ce n'est que lorsque les parents ont vu cette sérieuse aggravation qu'ils se sont décidés à se séparer de leur fille et à la conduire dans mon service à l'hôpital.

La première des choses que nous avions à faire était de nous enquérir quelle pouvait être la nature de l'obstacle qui s'opposait au passage des aliments.

Pour le savoir, nous avons pratiqué, avec mon collègue,

M. Linès, le cathétérisme œsophagien. Au premier essai, la sonde a pu franchir le pharynx, s'est engagée dans l'œsophage et est arrivée au niveau de la moitié inférieure de cet organe. Ici, rencontrant une résistance assez grande, laquelle a provoqué de la suffocation, nous avons été obligés de retirer la sonde. Nous nous sommes alors aperçus que l'extrémité inférieure de cet instrument était enduite de mucosités épaisses, lesquelles, associées à la contracture spasmodique de l'œsophage, rendaient impossible le passage des aliments. Après plusieurs essais, nous avons pu franchir le rétrécissement spasmodique et introduire dans l'estomac plus de 400 grammes de lait que la malade n'a pas rendu. L'après-midi nous lui avons administré une douche écossaise. Les préparatifs de la douche, le déshabillement et ensuite l'impression brusque déterminée par l'eau à différentes températures, et surtout l'idée qu'elle était loin de ses parents, entourée de gens inconnus et invisibles, toutes ces idées et ces sensations, dis-je, ont dû influencer l'état de son inconscience d'une manière violente, de sorte que, la nuit qui a suivi, la malade a été hantée de rêves et le matin elle s'est réveillée voyant et entendant parfaitement : l'illusion de l'amaurose et la surdité avaient disparu comme par enchantement. Pendant son court séjour à l'hôpital, nous avons constaté que les différents troubles de la sensibilité, tels que l'anesthésie du sein gauche et de la fesse, l'anesthésie péri-orbitaire et du pavillon de l'oreille ont disparu complètement. Le champ visuel est redevenu normal. Grâce à une nourriture hygiénique et à un traitement tonique, elle a gagné dans l'espace de six jours 4 kilogrammes et demi, et ce bon état général n'a fait qu'augmenter progressivement, et la malade, dégagée de tout stigmate hystérique, peut être considérée comme guérie.

L'observation que je viens de rapporter est rare, voire même exceptionnelle, en raison de la complexité des symptômes que la malade a présentés. Je n'ai pas trouvé d'observation semblable dans les traités excellents sur l'hystérie de Pitres ou de Gilles de la Tourette. Dans les revues françaises ou allemandes de neuro-pathologie, je n'ai pas rencontré non plus de cas analogue.

Les points intéressants qui méritent d'être relevés dans mon observation sont assez nombreux. En effet, nous avons affaire à une jeune fille chez laquelle les troubles nerveux ont éclaté sans cause apparente, et le tableau symptomatique, celui de la pseudo-méningite avec crises de sommeil qu'elle a offert au commencement, s'est effacé plus ou moins devant l'apparition de trois nouveaux troubles : amaurose, surdité, et plus tard œsophagisme avec vomissements incoercibles.

Le premier jour, lorsque la surdité a fait son apparition, la malade a présenté certains troubles du langage consistant en une espèce d'aphasie passagère. Tout d'abord elle a été complètement muette ; ensuite elle a prononcé quelques mots plus ou moins compréhensibles ; et plus tard, elle a repris possession de son langage. Mais ce qui est vraiment remarquable dans cette observation, c'est le fait que les sensations kinesthésiques de la main dans l'écriture automatique lui ont permis de comprendre des phrases entières sans le concours de la vue, et d'exécuter au piano des morceaux de musique très difficiles sans le concours de l'oreille. Le sens musculaire s'est en quelque sorte perfectionné à la suite de la suppression de la vision et de l'audition, ainsi que le prouvent les échantillons d'écriture spontanée, irréprochable au point de vue de la régularité des traits, de la ponctuation et des accents.

On dirait qu'il s'agit là d'une sorte de suppléance fonctionnelle qui permet à un sens de se développer davantage quand les autres sont touchés. L'œsophagisme, symptôme qui a été étudié plus récemment par Mondière, existait chez notre malade d'une façon très accentuée et empêchait le passage de tout aliment liquide et solide.

Mais l'obstacle n'était pas constitué seulement chez notre malade par la contraction spasmodique de l'œsophage ; à la contracture s'est probablement ajouté un élément mécanique, c'est-à-dire des amas de mucosités, ainsi que nous l'avons constaté lors du rejet des aliments et lorsque nous avons essayé d'introduire la sonde. Fait important : cet œsophagisme a été accompagné d'une hyperesthésie très grande de l'épigastre. On pourrait expliquer cette coexistence du spasme œsophagien avec l'hyperesthésie gastrique en admettant que la zone spasmogène de l'œsophage (hystérie œsophagienne) se réfléchit comme toute autre douleur viscérale à la surface de l'organisme. Il s'agirait dans ce cas d'un phénomène analogue à la douleur réflexe sur laquelle l'école anglaise a attiré notre attention.

Dans un autre ordre d'idées, je crois devoir rappeler que la surdité et l'amaurose ont été accompagnées d'anesthésie du côté de l'oreille externe et des paupières, avec disparition ou tout au moins diminution des réflexes conjonctival et cornéen.

Enfin, les effets pour ainsi dire miraculeux de l'isolement méritent d'être relevés. Depuis que Charcot et ses élèves ont montré l'action salutaire de l'isolement dans le traitement de l'hystérie, d'autres auteurs très compétents sont venus déposer en faveur de cette méthode de traitement. Notre cas, à ce point de vue, est à coup sûr l'un des plus démonstratifs et des plus encourageants. Il démontre surabondamment la nature psychique de l'hystérie.

CONSTATATION DU BACILLE TUBERCULEUX

DANS L'ÉPANCHEMENT SÉRO-FIBRINEUX DE LA PLEURÉSIE FRANCHE, PAR LA CULTURE DIRECTE DU LIQUIDE SUR LE « SANG GÉLOSÉ » (1)

Par MM. F. Bezançon et V. Griffon.

(Communication à la Société médicale des hôpitaux.)

A partir du jour où M. Landouzy (2) proclama, au nom de la clinique, cette loi que toute pleurésie qui « ne fait pas sa preuve » est de nature tuberculeuse, les expérimentateurs se sont ingéniés à fournir à cette conception hardie l'appui de faits matériels propres à entraîner la conviction.

L'examen microscopique du liquide extrait de la plèvre donnant, pour ainsi dire, toujours un résultat négatif, l'inoculation au cobaye est demeurée jusqu'à aujourd'hui le seul procédé mis en œuvre. Appliquée pour la première fois à l'étude des épanchements pleuraux par MM. Chauffard et Gombault (3), cette méthode de diagnostic bactériologique a donné, entre les mains de ceux qui, depuis, ont successivement cherché à obtenir, par l'injection de liquide pleurétique, la tuberculisation expérimentale du cobaye, des ré-

(1) Travail du Laboratoire de M. Chauffard, à l'hôpital Cochin, et du Laboratoire de M. Cornil, à la Faculté.

(2) L. Landouzy. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 1001. — *Rev. de méd.*, 1886, p. 661.

(3) A. Chauffard et A. Gombault. Soc. méd. des hôpit., 8 août 1884.

sultats d'autant plus concluants que la dose de sérosité injectée a été mieux proportionnée à la résistance de l'animal.

Nous venons de réaliser ce desideratum en ensemençant le liquide de la pleurésie franche, aiguë, primitive, sur le milieu spécial dont nous avons donné récemment la formule (1), sur le « sang gélosé » (sang emprisonné dans la gélose glycérinée).

Déjà, le pus d'un abcès froid costal, cultivé dans ces conditions (2), nous avait donné, au bout de dix jours, des bacilles visibles au microscope, et ce premier résultat devait nous encourager à poursuivre nos recherches du côté des exsudats séreux.

Chez deux malades du service de M. Chauffard, les seuls que nous ayons pu observer ces derniers temps, nous avons ponctionné l'épanchement pleural, et l'ensemencement sur nos tubes de sang gélosé a donné dans les deux cas, au bout de vingt-huit jours, des colonies visibles à l'œil nu, grosses comme des têtes d'épingle, dures, saillantes; elles étaient en petit nombre à la surface de chaque tube, particularité qui s'explique si l'on admet la rareté des microbes ensemencés. Au microscope, l'aspect est des plus nets : bacilles isolés ou réunis en groupes, qui rappellent la forme des moustaches tordues.

Dans l'un de ces deux cas, un cobaye, inoculé quelques jours avant la date de l'ensemencement sur sang gélosé, fut sacrifié au bout de vingt-huit jours; or, l'autopsie ne montra à l'œil nu aucune lésion de tuberculose expérimentale, de sorte que la nature de cette pleurésie, déjà anormale par ses allures typhoïdes, aurait pu demeurer ignorée si la culture n'était venue, quelques jours après, apporter la preuve indiscutable que la tuberculose, là encore, était en jeu.

D'autres sérosités que celles de la pleurésie franche pourront être, croyons-nous, ensemencées avec avantage sur le sang gélosé : le diagnostic étiologique de l'hydarthrose, de l'hydrocèle, de l'ascite, et, à condition de pratiquer une ponction lombaire, de la méningite séreuse, pourra bénéficier de la méthode que nous avons proposée.

On s'explique qu'il puisse néanmoins subsister quelques faits négatifs; il est aisé de concevoir que « des liquides séro-fibrineux, puisés au sein même d'une lésion tuberculeuse, puissent ne pas être virulents pour le cobaye » (3); il suffit, en effet, toute question de variété atténuée du bacille mise à part, de se représenter qu'on peut être en présence de microbes répartis dans un milieu si vaste, à un tel degré de dilution, que l'inoculation ne dépose dans le péritoine de l'animal que quelques germes pathogènes, ultérieurement détruits; d'autre part, que le sérum pleurétique peut ne pas être dépourvu de propriétés immunisantes pour le cobaye qui le reçoit en même temps que les rares bacilles en suspension dans l'épanchement.

C'est ainsi que malgré une technique ingénieuse, malgré le soin de pratiquer, à plusieurs reprises, des injections massives dans le péritoine d'un même animal, M. Le Damany (4) n'a pu éviter quelques cas négatifs au cours d'une série de 55 inoculations. Sa statistique est la plus récente qui ait été publiée; 47 fois le résultat a été positif; dans 8 cas, par conséquent, la recherche expérimentale a échoué, et pourtant, parmi ces derniers, il en est, prétend-il, où la tuberculose ne saurait être mise en doute.

A priori, la mise en culture, sur un milieu favorable au développement du bacille de Koch, de la sérosité pleurétique devrait offrir plus de garanties pour le diagnostic bactériologique, puisqu'il suffirait, à la rigueur, de la présence d'un germe, un seul, atténué ou non, dans le liquide ensemencé, pour que se développe, au point où ce microbe aurait été déposé, une colonie bacillaire. Or, une telle solution n'a pu encore être apportée au problème qui nous occupe; on n'a jamais décélé, par la méthode des cultures, le bacille tuberculeux dans les épanchements séreux.

(1) F. Bezançon et V. Griffon. Culture du bacille tuberculeux sur le « sang gélosé », *C. R. de la Soc. de biol.*, 4 fév. 1899, p. 77.

(2) F. Bezançon et V. Griffon. Loc. cit., p. 79.

(3) A. Péron. *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre*, Th. de Paris, 1896, p. 105.

(4) Le Damany. *Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses primitives et secondaires*, Th. de Paris, 1897, p. 26.

MÉDECINE INFANTILE

Traitement de la constipation chez les enfants.

On peut combattre la constipation habituelle chez les nourrissons à l'aide de divers moyens. Le lavement est de tous le plus efficace; souvent le lavement simple avec l'irrigateur ou une grosse poire de caoutchouc suffit. Dans les cas tenaces, on est conduit à faire un véritable lavage de l'intestin en introduisant une sonde molle aussi haut que possible.

On peut ajouter à l'eau du lavement soit une pincée de sel marin, 30 centigrammes pour 1000 grammes, soit de la glycérine, une cuillerée à soupe pour 200 grammes d'eau; soit de l'huile, deux cuillerées à soupe pour un jaune d'œuf et 200 grammes d'eau. Enfin, on peut additionner le lavement de 15 grammes de miel de mercuriale.

Les suppositoires peuvent remplacer les lavements.

A l'intérieur, on peut employer le sirop de chicorée composé, une à deux cuillerées à café; le sirop de fleur de pêcher, une à quatre cuillerées à café; l'huile d'amandes douces, une cuillerée à café; le calomel, 5 centigrammes jusqu'à six mois, 10 centigrammes jusqu'à un an, 15 à 20 centigrammes jusqu'à dix-huit mois; la magnésie, une pincée dans de l'eau sucrée; la manne, 5 à 10 grammes dans du lait; l'huile de ricin, une demi-cuillerée à café jusqu'à six mois.

Au-dessus d'un an, on peut faire usage de l'huile de ricin, 5 à 10 grammes, facilement prise lorsqu'elle est associée au vin de Malaga, à du bouillon dégraissé, du jus d'orange, une infusion de café ou un looch.

On peut aussi donner une décoction faite avec des pruneaux et 2 à 3 grammes de follicules de séné ou le séné associé à la manne.

Eau bouillante	200	grammes.
Manne en larmes.	30	—
Follicules de séné.	4	—
Poudre de café torréfié. . . .	10	—

Passez et faites prendre dans la journée (Sevestre).

A partir de deux à trois ans, on peut donner diverses autres préparations. (*Gaz. hebd.*)

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Nirvanine.

On a désigné ainsi le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide d'éthyl-glycocolle p. amido-o-oxybenzoïque. On donne ce corps comme un anesthésique local à employer dans les opérations chirurgicales et dans la pratique de l'art dentaire.

La nirvanine cristallise, dans l'alcool absolu, en prismes fondant à 185 degrés. Elle est soluble dans l'eau, en donnant un liquide neutre aux réactifs, qui est coloré en violet par le perchlorure de fer. La nirvanine serait peu toxique, et l'on pourrait en injecter sans danger sous la peau 50 centigrammes chez un adulte. (*Pharm. Zeit.*, 1899; et *Journ. de pharm. et de chim.* — Em. B.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 AVRIL 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 17 AVRIL 1899, à une heure. — 1er : MM. Retterer, Sébileau et Faure.

2e (oral, 1re partie) : MM. Blanchard, Rémy et Launois.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pinard, Walther et Legueu; — (2e série) : MM. Lannelongue, Poirier et Varnier; — (3e série) : MM. Terrier, Lejars et Lepage; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Méry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Blum et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Dupré; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 18 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve, pratique : MM. Quénu, Retterer et Thiéry.

1er : MM. Rémy, Poirier et Gley.

3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Albarran et Wallich; — (2e partie) : MM. Hutinel, Hallopeau et Roger.

4e, *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Proust, Ménétrier et Thoinot; — (2e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Chantemesse et Launois; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Le Dentu et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Marfan; — (2e série) : MM. Cornil, Achard et Thiroloix; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Richelot, Bar et Bonnaire.

MERCREDI 19 AVRIL, à une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Poirier, Retterer et Sébileau.

2e (oral, 1re partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard et Launois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Pinard, Rémy et Mauclaire; — (1re série) : MM. Terrier, Lepage et Legueu; — (2e série) : MM. Lannelongue, Delens et Varnier; — (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz et Teissier; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Blum, Humbert et Lejars; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Widal et Méry; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 20 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Retterer et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Richelot et Wallich; — (2e série) : MM. Guyon, Bonnaire et Faure; — (2e partie) : MM. Debove, Hutinel et Thiroloix.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Thoinot et Gley; — M. Desgrez, suppléant.

VENDREDI 21 AVRIL, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Humbert et Poirier.

1er (nouveau régime) : MM. Retterer, Mauclaire et Legueu.

3e (oral, 1re partie) : MM. Delens, Mauclaire et Wallich; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Walther; — (2e série) : MM. Lannelongue, Blum et Broca (Aug.); — M. Widal, suppléant.

SAMEDI 22 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Richelot, Quénu et Retterer.

1er (oral, nouveau régime) : MM. Rémy, Poirier et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Le Dentu, Thiéry et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Raymond, Roger et Marfan.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Troisier et Vaquez; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Albarran et Faure; — (2e partie) : MM. Joffroy, Hallopeau et Achard; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Wallich et Langlois; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 7 avril 1899, la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— Par décision ministérielle, en date du 6 avril 1899, M. Guichard, médecin aide-major de première classe au 25e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne, a été désigné pour le 125e d'infanterie, à Poitiers.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Roux-Freissineng, médecin de première classe du cadre de Brest, embarqué sur le *D'Assas*, et Fallier, médecin de première classe du cadre de Toulon, embarqué sur l'*Épervier*, sont autorisés à permuter de port d'attache.

M. Rul, médecin de deuxième classe de réserve de l'armée de mer, est rayé, sur sa demande, des cadres de la réserve comme ayant atteint l'époque du passage légal dans l'armée territoriale.

M. Chabal, médecin de deuxième classe du cadre de Cherbourg, est désigné, au premier tour, pour embarquer sur le *Capricorne*, en remplacement de M. le docteur Gombaud, qui va être promu de première classe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Friaque, médecin aide-major de deuxième classe au 26e bataillon de chasseurs à pied, décédé à Saint-Mihiel, à l'âge de vingt-cinq ans; Jules Girard, professeur honoraire à l'école de médecine de Marseille; Jacob (d'Avallon); Arthur Ramlot (de Bruxelles), décédé à Nice, à l'âge de quarante-cinq ans.

— M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 22 avril 1899, à dix heures un quart du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Wallich, agrégé, fera sa première démonstration de manœuvres obstétricales, au grand amphithéâtre de l'École pratique, le lundi 1er mai 1899, à cinq heures. — Les démonstrations suivantes auront lieu le lundi à la même heure.

Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le mardi 2 mai, à trois heures, et se continueront tous les jours à la même heure, au pavillon n° 6. Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. Le montant des droits est de 50 francs.

Les démonstrations du lundi au grand amphithéâtre de l'École pratique sont publiques et gratuites. Les élèves inscrits régulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Berger a présenté un garçon d'une dizaine d'années, qu'il a guéri d'un torticolis congénital, compliqué de scoliose et d'asymétrie cranienne et faciale, par la ténotomie sous-cutanée des deux chefs du sterno-mastoïdien et par un traitement orthopédique consécutif. Le résultat obtenu chez cet enfant est des plus remarquables. M. Berger a insisté particulièrement sur l'importance, dans ces cas, du traitement consécutif à l'intervention chirurgicale.

Le terme de torticolis congénital est consacré par l'usage, mais, en réalité, c'est du torticolis traumatique ou, si l'on veut, obstétrical, qu'il s'agit ici, cet enfant s'étant présenté par le siège et son sterno-mastoïdien ayant été rompu par des tractions sur le cou, ainsi que l'a justement fait observer M. Pinard.

Signalons une communication de M. Chipault sur le rôle ossificateur de la dure-mère et l'importance de ce rôle au point de vue de la technique des interventions cranio-encéphaliques; une communication de M. Armaingaud sur la ligue contre la tuberculose; et une note de M. Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux) relative aux dyspepsies du sevrage.

M. Lemaitre (de Limoges) a présenté le crâne d'un homme de soixante-cinq ans qui portait les traces d'une application de forceps. A la suite de cette présentation, M. Lemaitre a résumé un grand travail sur les moyens qui lui paraissent les plus propres à diminuer la criminalité. Il conseille de revenir au pilori : suivant lui, la perspective d'une heure d'exposition sur la place publique de leur ville natale arrêterait bien mieux les criminels que plusieurs années de prison cellulaire.

DU ROLE OSSIFICATEUR DE LA DURE-MÈRE
CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE LA TECHNIQUE DES INTERVENTIONS CRANIO-ENCÉPHALIQUES

Par A. Chipault,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

J'ai toujours été réfractaire aux interventions craniennes, laissant intacte la dure-mère sous-jacente à l'orifice osseux. J'avais la conviction que ceux de mes trépanés chez qui je l'avais enlevée m'avaient donné des résultats bien supérieurs à ceux chez qui je l'avais, soit laissée indemne, soit rabattue et suturée après incision.

Je suis heureux de pouvoir appuyer aujourd'hui cette opinion intuitive sur des faits précis.

Ces faits sont, les uns expérimentaux, les autres cliniques. Les premiers sont entièrement dus au docteur Berezowski, privat docent à l'Université de Moscou, au nom duquel j'ai l'honneur de vous les présenter, les autres, ayant consisté en l'examen de séries d'anciens trépanés, sont dus, les uns à mon collaborateur, qui a pu examiner 29 opérés du service du professeur Kocher (de Berne), les autres à moi-même qui ai, dans les mêmes conditions, recherché l'état actuel, au point de vue crâne et au point de vue résultat thérapeutique, de 15 de mes anciens trépanés.

Les faits expérimentaux, observés chez des chiens, des chats et des lapins, ont démontré :

1° Que la dure-mère prenait une part considérable à l'ossification des pertes de substances craniennes ;

2° Que les changements de rapports topographiques s'opposent à sa propriété ossificatrice ;

3° Que les adhérences cicatricielles aseptiques du péricrâne et du cortex recouvert de ses méninges molles n'ont aucune influence fâcheuse sur ce dernier.

Le docteur Berezowski poursuit actuellement, sous la direction de M. le professeur Cornil, l'étude histologique des premiers stades de cette ossification durale.

Les faits cliniques viennent absolument à l'appui de ces constatations expérimentales.

Ils démontrent en effet que, dans les trépanations où la dure-mère a été conservée intacte, l'oblitération osseuse de la perte de substance se produit sur toute sa surface ; qu'elle se produit en partie, si la dure-mère a été conservée partiellement; qu'elle ne se produit pas, si elle a été détruite.

Ils nous permettent en outre de constater que les résultats thérapeutiques obtenus sont très supérieurs, lorsque la permanence de l'orifice osseux a été assurée par la suppres-

sion de la dure-mère correspondante. Je crois devoir citer avec détails les faits personnels sur lesquels j'ai pu avoir quelques renseignements à ce sujet. Ce sont :

1° Neuf traumatismes anciens. Trois malades, atteints de lésions craniennes en apparence légères, n'ont pas été opérés ; deux sont aujourd'hui des jacksoniens, le troisième présente des troubles mentaux. Six ont été trépanés : tous présentaient avant l'intervention de l'épilepsie jacksonienne; chez trois l'intervention avait laissé intacte la dure-mère; l'occlusion de la perte de substance s'est faite par une plaque dure, probablement osseuse ; chez ces trois, les crises ont reparu. Chez trois autres, la dure-mère a été enlevée, la réossification ne s'est pas faite, l'épilepsie a guéri ; deux de ces sujets sont des enfants : l'un opéré depuis dix ans, c'est ma première trépanation ; l'autre opéré depuis un an et demi seulement, mais plus intéressant encore peut-être, car son observation offre, à notre point de vue, toute la valeur d'une expérience. Il s'agit, en effet, d'une fillette chez qui, à la suite d'une fracture irradiée de la moitié gauche du crâne, par chute d'un premier étage, s'était développée, en même temps qu'une céphalhydrocèle, une hémiplégie droite; la céphalhydrocèle fut ouverte, la déchirure durale suturée; à la suite de cette intervention apparurent, alors qu'il n'y en avait pas eu jusque-là, des crises d'épilepsie généralisée. Un an après, nouvelle intervention : résection du crâne, qui s'était reproduit sur toute l'étendue enlevée; ouverture d'une cavité parencéphalique remplie d'adhérences dont la rupture conduisit jusqu'au ventricule latéral dilaté et rempli de liquide céphalo-rachidien. Les rebords de l'incision de la dure-mère furent abrasés, assurant ainsi la permanence de l'ouverture ventriculaire, sous le péricrâne rabattu et suturé. Depuis, c'est-à-dire depuis un an et demi, il n'y a plus eu de crises. Il serait, je crois, difficile d'imaginer un fait plus probant.

2° Deux épilepsies essentielles avec crises unilatérales; dure-mère deux fois conservée; deux fois ossification, deux fois récidive.

3° Quatre tumeurs inenlevables de l'encéphale, pour lesquelles l'intervention ne pouvait être que palliative et qui ont survécu assez longtemps pour permettre à l'ossification de se produire. Dure-mère trois fois conservée, trois fois ossification avec récidive rapide des douleurs et des crises. Une fois, dure-mère réséquée avec amélioration persistante, durant encore aujourd'hui.

En présence de ces faits, une conclusion s'impose et s'imposerait davantage encore si, à mes 15 observations, j'ajoutais les 29 prises par le docteur Berezowski à la clinique du professeur Kocher : c'est que l'énorme majorité des interventions craniennes, interventions pour traumatismes récents, interventions pour traumatismes anciens, sans et surtout avec épilepsie jacksonienne, interventions pour épilepsie essentielle, interventions pour microcéphalie, interventions pour néoplasmes intracraniens inenlevables, doivent, pour donner un résultat durable, comprendre :

1° Une ablation définitive de l'os. Les craniectomies temporaires ont fait leur temps ou en tout cas ne doivent conserver que des indications extrêmement restreintes.

2° Une ablation définitive de la dure-mère sous-jacente à l'orifice osseux, nécessaire pour assurer la permanence de cet orifice. Il n'est, du reste, pas indispensable, pour réussir, d'enlever la totalité de la dure-mère correspondante. Il suffit de créer une perte de substance durale en forme de fossé cutané avec des ponts correspondants aux vaisseaux méningés, fossé dont on assurera la persistance, soit par l'ablation de languettes durales, soit par leur rabattement sur les bords de l'orifice osseux et leur suture au périoste, ce qui empêchera d'autre part l'épanchement du sang diploïque à la surface de l'encéphale. J'ai, avec le docteur Berezowski, mis plusieurs fois cette technique à exécution et je me suis assuré qu'outre son innocuité et son élégance, elle répondait parfaitement au problème opératoire posé par l'ossification durale, dont la démonstration me paraît devoir prendre, en chirurgie cranio-encéphalique, une place tout à fait importante.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE L'ADULTE

A FORME CHORÉO-ATHÉTOSIQUE

Par M. le docteur Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille.

Marie M..., âgée de dix-huit ans, indemne de syphilis, légèrement alcoolique, entre le 20 juillet 1898 à l'Hôtel-Dieu pour une tuberculose pulmonaire aiguë, offrant le type de la granulie à type clinique d'embarras gastrique fébrile. Le 18 août, céphalalgie violente, continue, avec vomissements et constipation. Cette poussée méningitique s'accompagne de mouvements jacksoniens convulsifs, localisés aux membres supérieur et inférieur droits. Le 24, ces mouvements sont lents, désordonnés, arythmiques, choréiformes et limités au membre supérieur droit. Les doigts de la main droite sont animés de mouvements athétosiques étendus, analogues à ceux des danseuses javanaises; ils passent lentement de la flexion à l'extension forcée avec reptation étendue ; à son tour, la main se fléchit sur l'avant-bras, qui exécute, à son tour, des mouvements successifs de pronation, de supination, de flexion sur le bras. Le deltoïde droit a des contractions spontanées, brusques, en masse ; la moitié droite de la face est grimaçante ; la commissure labiale droite fortement tirée en haut et en dehors, laisse rythmiquement et par intermittence, les dents à découvert et donne à cette moitié de la face l'expression des masques antiques; l'aile du nez est soulevée en même temps. Mâchonnement incessant, grande difficulté pour parler, bredouillement; acuité auditive et visuelle diminuée du côté droit. Douleurs de tête toujours très intenses, elles occupent surtout la région frontale, irradiant parfois vers l'occiput. Les mouvements du membre inférieur droit sont moins étendus, moins fréquents, plus lents; les orteils esquissent des mouvements athétosiques ; ce sont leurs mouvements d'extension qui sont surtout accentués. Les diverses sensibilités sont exagérées à droite, la raie méningitique y est plus accusée. Il existe aussi quelques troubles vasomoteurs.

2 septembre. Les mouvements choréiformes jacksoniens du membre supérieur et de la moitié droite de la face persistent ; les mouvements athétosiques de la main ont cessé; la jambe droite est le siège de quelques mouvements spontanés choréiformes ; le pied droit exécute des mouvements incessants de flexion, d'extension, avec écartement considérable du gros orteil. Le tremblement épileptoïde fait défaut et le réflexe rotulien droit est aboli. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression. La température vespérale oscille entre 39°5 et 40 degrés, tandis que, le matin, le thermomètre descend à 38 degrés.

3 septembre. Les mouvements athétosiques de la main droite reparaissent avec une nouvelle intensité. Le poignet droit exécute des mouvements successifs de flexion et d'extension, en même temps que l'avant-bras se fléchit sur le bras en passant de la pronation la plus complète à la supination exagérée ; enfin, le membre supérieur présente, dans

son ensemble, des mouvements de reptation, de torsion, augmentés encore par l'élévation brusque et en masse de l'épaule. Afin d'éviter ces contorsions si fatigantes et involontaires, qui se renouvellent plusieurs fois par minute, la malade immobilise son membre supérieur droit en se couchant dessus. La commissure labiale droite est incessamment attirée en arrière. La jambe droite fléchie sur la cuisse contracturée est le siège de contractions rythmiques limitées et d'une hyperesthésie cutanée et musculaire considérable. Réflexes rotuliens abolis, pupilles dilatées.

5 septembre. La tête exécute des mouvements d'oscillation, d'inclinaison, de rotation vers la droite; les globes oculaires se dirigent rythmiquement dans la même direction trois à quatre fois par minute. Les paupières ont des oscillations convulsives parallèles.

6 septembre. Les mouvements choréiformes sont tels que la malade tombe de son lit. Trismus, mâchonnement, raideur de la nuque.

8 septembre. Mouvements athétosiques de la main gauche, exagération de l'hyperesthésie cutanée et musculaire.

10 septembre. Disparition des mouvements athétosiques; on constate les signes d'une caverne au sommet du poumon gauche; cette malade devient gâteuse, elle ne peut conserver ni ses urines, ni ses matières.

14 septembre. Les mouvements athétosiques prédominent à gauche, paralysie complète des sphincters.

21 septembre. Abattement extrême, subdélire, elle essaie de manger ses excréments, elle meurt le 22.

Autopsie. — Caverne au sommet du poumon gauche, infiltration de tubercules miliaires dans les autres parties des deux poumons. Foie et reins graisseux. A l'ouverture du crâne, peu de liquide, infiltration gélatineuse, blanchâtre, opalescente, molle, à la surface des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, surtout dans la profondeur et sur les bords du sillon de Rolando; les lésions prédominent vers la partie supéro-interne de ces deux circonvolutions, et empiètent sur le lobule paracentral. Il existe, en outre, une plaque jaunâtre au niveau du tiers moyen du sillon de Rolando, atteignant la partie correspondante de la frontale ascendante. Plaques de congestion sur la face externe du lobe occipital, au-dessous du gyrus temporalis. Ces localisations expliquent les symptômes indiqués. On ne trouve que très peu de tubercules. A l'examen histologique, on voit que les exsudats fibrino-purulents sont infiltrés de globules de pus, de cellules embryonnaires; les vaisseaux sont fortement dilatés. Les circonvolutions correspondantes sont le siège d'une encéphalite superficielle, avec dégénérescence graisseuse et prolifération nucléaire. Nous rappelons que Boucarat a publié un cas analogue dans le *Nouveau Montpellier médical* du 31 juillet 1898.

HOPITAL D'ENFANTS DE VARSOVIE. — M. L. Rabek.

Trois cas de tétanos traités par le sérum antitétanique.

Observation I. — Wladyslas G..., âgé de douze ans, habitant Varsovie, entre à l'hôpital d'enfants, dans mon service, le 27 mai 1897. Il y a sept jours (le 20 mai), il s'était blessé au pied droit. L'accident se produisit ainsi : en posant le pied chaussé d'une grosse botte sur le sol, son pied heurta contre un clou qui, le mouvement du pied ayant été très brusque, s'enfonça profondément dans la semelle, la perfora, pénétra dans la plante du pied, le traversa et sortit au dehors à travers le cuir de la chaussure, à la face supérieure du pied, au niveau de sa partie postérieure. Les parents du petit malade racontent que l'enfant s'était plaint, le jour précédent, de douleurs à la nuque et de dysphagie.

État actuel. — La température est normale, 37 degrés; la fréquence du pouls est de 108; celle de la respiration 20. L'enfant est de forte constitution; le pannicule adipeux sous-cutané est bien développé. La peau du visage et des extrémités présente une légère teinte cyanotique. Les muscles masticateurs — les masséters surtout — et les muscles du cou, de la nuque et du dos se trouvent dans un état de contraction intense, presque continue, les moments de répit étant de très courte durée. Tout le tronc est en extension intense à concavité postérieure (opisthotonos). Raideur de la nuque et du dos.

Les deux mâchoires sont si fortement appliquées l'une contre l'autre qu'il est absolument impossible de faire pénétrer quelque liquide dans la bouche. Les muscles des membres supérieurs et inférieurs sont également durs et fortement contractés; cette contraction s'affaiblit toutefois par instants. Les membres supérieurs sont en flexion, au niveau du coude, les membres inférieurs en extension, au niveau des genoux. Le ventre est rétracté et dur. La connaissance est conservée, mais la parole est impossible. Le petit malade pousse de profonds soupirs et, lors des contractions convulsives plus intenses, il émet des sons inintelligibles. La sensibilité est conservée. L'enfant manifeste une inquiétude extrême : l'attouchement du corps ou le moindre bruit dans le voisinage provoquent une exacerbation de tension des muscles contractés.

La blessure siège à la partie postérieure du pied; de forme allongée en haut, entre les moitiés antérieures des quatrième et cinquième métatarsiens, elle traverse toute l'épaisseur du pied et s'ouvre à la plante du pied sous forme d'une large plaie dont la largeur va en diminuant vers les extrémités. La longueur de la plaie est de 1 centimètre à la face supérieure et postérieure du pied et de 1^{cm}5 à la plante du pied.

Mon collègue, M. Gruzewski, procéda, sous une légère anesthésie chloroformique, à l'incision et à l'élargissement de la plaie vers l'extérieur. Il en retira un morceau de cuir de chaussure d'un centimètre carré de dimension. La plaie fut pansée après une cautérisation préalable au thermocautère.

Le malade a reçu une injection de 40 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur. La moitié du sérum fut injectée sous la peau du flanc droit, l'autre moitié sous la peau de la face externe de la cuisse droite.

Le soir, aucune modification dans l'état du malade. Température normale; pouls petit à 100 pulsations; contracture intense des muscles; le malade est toujours inquiet, il succombe le lendemain matin.

Obs. II. — Boleslas S... entre dans le service de chirurgie, le 21 juillet 1897, où il est reçu et soigné par mon collègue, M. Gruzewski. L'enfant est âgé de huit ans, habite la campagne, près de Varsovie.

Onze jours avant son entrée il s'est blessé au pied avec une faux et présente une plaie aux quatrième et cinquième orteils du pied gauche. Il y a quatre jours le trismus (*risus sardonicus*), la raideur de la nuque et une hyperthermie notable ont fait leur apparition.

L'enfant est bien constitué, et présente un bon état général. Température 39 degrés; pouls faible, teinte cyanotique des téguments. Les blessures des orteils sont cicatrisées. La tête, le cou et le tronc sont en extension et courbés en arrière (opisthotonos). Les muscles du tronc et des membres sont fortement contractés et durs. Le trismus est très intense, on peut à peine faire passer le petit doigt. La parole est très gênée, la connaissance entièrement conservée. Le petit malade se plaint de douleurs à la nuque et dans le dos, et d'une gêne respiratoire violente.

On pratiqua une injection de 10 centimètres cubes de sé-

rum antitétanique de l'Institut Pasteur et, en outre, on administra du chloral en lavements (hydrate de chloral 8,0, eau distillée 120, pour deux lavements). Le petit malade est mort le lendemain matin.

Obs. III. — Ignatzy D..., âgé de onze ans, habitant Varsovie, entre à l'hôpital, service de chirurgie du docteur Gruzewski, le 1er mars 1898. Il y a quinze jours, le malade s'est fait une blessure, avec une pierre, au pouce droit. Somnolence depuis huit jours; gêne de la déglutition, douleurs à la nuque et dans le dos depuis plusieurs jours; pas de fièvre, température de 37°3; pouls à 92, irrégulier. Bon état général; le malade a sa pleine connaissance; il répond aux questions qu'on lui pose. Il prend les liquides qu'on lui offre, bien qu'il les déglutisse avec une certaine difficulté. Le cou et le tronc sont incurvés en arrière (opisthotonos). Les muscles du cou, du dos et des extrémités sont fortement contractés, toutefois cette contraction s'affaiblit notablement par instants. La plaie du pouce est cicatrisée.

Le petit malade reçoit une injection de 30 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur; on lui prescrit en outre : hydrate de chloral 50 centigrammes trois fois par jour.

2 mars. État apyrétique, pouls à 120, irrégulier; état général stationnaire.

3 mars. Température 37°8, pouls 124; déglutition meilleure. Le petit malade se plaint de douleurs dans le cou et le dos.

4 mars. Même état. Déglutition moins bonne.

5 mars. Température 37°4, pouls 108. État stationnaire.

6 mars. Température 37°6, pouls 120, moins bon. On prescrit 15 grammes d'huile camphrée en injections hypodermiques.

7 mars. Température 37°2, pouls meilleur à 124; état stationnaire d'ailleurs.

8 mars. Température 37 degrés; pouls 116. État général meilleur. La déglutition est plus facile et le petit malade se plaint moins de ses douleurs dans les muscles affectés.

9 mars. Sur la demande des parents, l'enfant sort non guéri.

Plus de traitement à son retour à la maison. Son état de santé s'améliore progressivement, et, au bout de quinze jours, tous les phénomènes morbides ont disparu.

Dans la première observation, le tétanos a été très grave, le malade est entré à l'hôpital au septième jour de la maladie et, à ce moment déjà, tous les phénomènes morbides avaient atteint leur apogée. Bien que les parents eussent remarqué les symptômes du tétanos seulement la veille de l'entrée, il est probable que ces symptômes avaient déjà existé depuis plusieurs jours. Ayant été plus faibles au début, ils ont échappé à l'attention des parents.

Dans ce cas, la plaie, après le traumatisme, n'a pas été traitée et pansée avec soin, puisqu'un corps étranger, morceau de cuir de chaussure infecté, y a séjourné pendant près de huit jours, constituant une cause permanente d'irritation et d'infection pour la plaie. Il est probable que cette circonstance même a exercé une influence immédiate sur l'apparition précoce et le développement si rapide du tétanos. Ces cas de tétanos, dont les symptômes se manifestent peu de jours après le traumatisme et atteignent immédiatement une intensité extrême, sont les plus fréquents. Leur traitement donne les résultats les moins favorables.

Dans la seconde observation, le tétanos a également été très grave. Les phénomènes morbides, notés déjà au septième jour, ont rapidement atteint un degré très élevé de développement; l'état morbide se trouva ici, en outre, accentué par une fièvre intense.

Le tétanos décrit dans la troisième observation se rattache aux cas moins graves. Les phénomènes morbides n'ont fait leur apparition que vers le dixième jour et ont été relativement peu prononcés. De plus, la déglutition des aliments, bien que difficile, a néanmoins été possible. (*Kronika lekarska*, traduit par Schultz; et *Annales de méd. et chir. inf.*)

NOTE SUR UNE CAUSE D'ERREUR

DANS L'ANALYSE DES URINES ALBUMINEUSES

Par MM. E. Deroide et M. Oui,

Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lille.

Lorsqu'on veut rechercher la présence de l'albumine dans l'urine, il est de toute nécessité que celle-ci soit claire, parfaitement transparente, puisque la plupart des réactions, sinon toutes, reposent sur la formation d'un précipité ou plus souvent d'un louche.

L'urine, simplement décantée du dépôt à peu près constant qui se forme au fond des fioles ou des verres où on l'a placée, est souvent assez transparente pour pouvoir être examinée directement au point de vue de l'albumine; si, au contraire, elle est restée trouble (urates, pus), même après un repos de quelques heures, il faut alors la rendre limpide et on y arrive facilement par une ou plusieurs filtrations sur un bon filtre en papier. Il est cependant des cas où la filtration ne suffit pas; c'est quand l'urine est en voie de fermentation ou qu'elle est envahie par des micro-organismes.

On a alors recours à l'action qu'ont certains corps pulvérulents comme la craie, la magnésie calcinée, lorsqu'on les triture avec une telle urine, de former sur le filtre un feutrage qui retient toutes les matières en suspension dans l'urine et fournit un filtrat absolument limpide. On a aussi conseillé l'addition à l'urine de quelques gouttes d'une solution alcoolique de naphtaline à 5 p. 100.

Nous avons eu l'occasion, tout récemment, d'examiner une urine qui présentait ce phénomène de rester louche après filtration; comme elle donnait ainsi les réactions assez nettes de l'albumine (par la chaleur et l'acide acétique, l'acide nitrique, le réactif d'Esbach), nous voulûmes nous mettre dans de meilleures conditions et, pour obtenir un liquide tout à fait clair, nous nous servîmes de la magnésie. L'urine ainsi traitée et filtrée ne contenait plus trace d'albumine.

Or, il s'agissait bien d'une urine albumineuse, car outre qu'on aurait pu déjà conclure à la présence de l'albumine par les réactions obtenues avec l'urine simplement filtrée, la même urine avait été plusieurs fois analysée auparavant et elle le fut encore plusieurs fois depuis : la filtration pure et simple fut suffisante dans tous les cas et, toujours, nous constatâmes les réactions de l'albumine.

Nous avons, d'ailleurs, remarqué que, si on n'ajoute qu'une très petite quantité de magnésie, ou quelques gouttes seulement de la solution alcoolique de naphtaline, l'urine filtrée, bien qu'appauvrie en albumine, en contient cependant encore. Il est donc vraisemblable que la magnésie retient une certaine quantité d'albumine, à l'état peut-être d'albuminate de magnésie insoluble. Il y a là, lorsque l'urine examinée est faiblement albumineuse, une cause d'erreur de laquelle il est bon d'être prévenu et que nous

avons voulu signaler à l'attention de ceux qui se livrent journellement à ce genre de recherches.

Par conséquent, dans les cas où l'urine ne s'éclaircit pas par filtration sur papier, il faudra avoir recours à la filtration à travers une bougie de Chamberland. On trouve dans le commerce de telles bougies, d'un diamètre plus petit que celles qui sont employées au filtrage de l'eau, et qu'on adapte facilement sur un flacon à aspiration relié à une trompe à eau. On obtient de cette façon une urine absolument limpide, dépouillée de tout micro-organisme, et qui se prête très bien aux différentes réactions de l'albumine. (*Écho méd. du Nord.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la pneumonie franche (enfant de cinq ans), par M. le docteur H. Dauchez, ancien interne des hôpitaux.

1° Faire prendre à l'enfant, par cuillerées à dessert, toutes les deux heures, la potion suivante :

Antipyrine	1gr50
Sirop de quinquina	30 grammes.
Eau-de-vie de Cognac	30 —
Teinture de cannelle	1 —
Hydrolat de tilleul	100 —

2° Si l'enfant délire le soir, on administrera soit un lavement de valériane et quinquina (décoction à 3 p. 100), soit la potion suivante par cuillerées, toutes les heures, de cinq heures à dix heures :

Teinture éthérée de musc	40 centigrammes.
Sirop d'orgeat / Sirop d'éther	āā 20 grammes.
Hydrolat de laitue	100 —

3° Appliquer vingt ventouses sèches sur le dos et la poitrine de l'enfant, puis recouvrir les mêmes régions de compresses très chaudes arrosées légèrement d'eau sédative et couvertes de taffetas gommé.

4° Balnéation ou affusion tiède (à 25 degrés) suivant la résistance de l'enfant.

5° Si le cœur faiblit, supprimer les deux premières potions et faire prendre quelques cuillerées à café de la potion suivante dans les vingt-quatre heures :

Teinture de digitale	XII gouttes.
Teinture de strophantus au 20e	X —
Sirop d'écorces d'orange / Vin de caféine / Vin de Malaga	āā 30 grammes.

6° Provoquer la sudation à l'aide de boules chaudes dans le lit.

7° Lait et grog par quarts de verre. (*Journ. de clin. et de thér. inf.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1899. — Présidence de M. Panas.

PRÉSENTATION DE MALADE

Torticolis congénital. — M. BERGER présente un jeune garçon de dix ans, atteint de torticolis congénital compliqué de scoliose et d'asymétrie cranienne et faciale, et qui a été guéri par la ténotomie sous-cutanée des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien et par le massage.

Ce cas tire son intérêt de la complexité de la déformation consécutive qui consistait dans une diminution des diamètres vertical et transversal de la face du côté de la rétraction (côté droit), dans une conformation oblique ovalaire du crâne, qui se continuait avec une triple inflexion rachidienne, présentant une première convexité cervicale gauche, une convexité dorsale droite, une dernière courbure de compensation lombaire à convexité gauche. Cette déviation a complètement disparu après le redressement de la tête obtenu par la section du sterno-cléido-mastoïdien, et sous l'influence des massages et des manœuvres modelantes. M. Berger insiste sur l'importance du traitement orthopédique consécutif, qui doit durer des mois et être dirigé avec le plus grand soin.

Partisan convaincu de la méthode sous-cutanée pour la section du sterno-cléido-mastoïdien, M. Berger n'a pas vu de cas de torticolis congénital qui ait résisté à cette opération, qui est plus délicate que la section à ciel ouvert, mais qui ne présente pas plus de dangers. La ténotomie sous-cutanée a sur celle-ci l'avantage de ne pas laisser de cicatrice, ce qui est d'une importance considérable chez les jeunes sujets, et surtout chez les filles. Dans les cas où le redressement par la ténotomie sous-cutanée laisserait un résultat incomplet, il serait temps de recourir aux sections musculaires à ciel ouvert, ou même à l'extirpation du sterno-cléido-mastoïdien, proposée par Mickulicz, opération qui doit être réservée pour des cas extrêmes et dont, jusqu'à présent, M. Berger n'a pas vu se présenter l'indication. Dans le torticolis congénital, la section sous-cutanée du muscle doit être l'opération de choix.

M. PINARD fait observer que le cas de M. Berger vient à l'appui des travaux de M. Guéniot sur les déformations de la tête du nouveau-né à la suite de ses positions vicieuses prolongées. Cette observation est intéressante au point de vue de la pathogénie du torticolis. Cet enfant est né par le siège; son sterno-mastoïdien a été rompu par les tractions sur le cou pour extraire la tête dernière. C'est à la rétraction cicatricielle de ce muscle qu'est dû le torticolis. Ce n'est donc pas un torticolis congénital, mais un torticolis traumatique. De tels torticolis peuvent être évités par un traitement approprié dans les mois qui suivent la naissance, et qui consistent en mouvements passifs, réglés, répétés tous les jours; on évite ainsi et la rétraction du muscle et les déformations consécutives.

M. BERGER répond que le terme de torticolis congénital est consacré par l'usage; il vaudrait mieux dire, en effet, torticolis obstétrical.

LECTURE

La Ligue contre la tuberculose. — M. ARMAINGAUD lit une note sur ce sujet. (Voir aux Nouvelles.)

COMMUNICATIONS

Les dyspepsies de sevrage. — M. ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) dit que l'opération du sevrage est un acte délicat, et qui doit être fait scientifiquement, par le médecin et non par la mère. Sur 100 enfants, il n'en n'est pas dix qui sont sevrés convenablement. Les autres ne tardent pas à être atteints de dyspepsie gastro-intestinale chronique, avec gros ventre, selles mastic et fétides, amaigrissement, et on dit alors qu'ils sont atteints de gastro-entérite. Il est classique de les traiter par le régime lacté absolu. C'est contre cette pratique que s'élève aujourd'hui M. Rousseau. Elle ne fait qu'entretenir le mal. Si, au contraire, on emploie le traitement ci-dessous, on voit l'enfant revenir rapidement à la santé.

Suspendre de la façon la plus absolue le lait et les laitages. Ne donner pendant quelques jours que des décoctions de céréales et de l'eau albumineuse. Donner des bains salés chauds, faire des frictions sèches. Plus tard, reprendre peu

à peu un régime plus substantiel qui sera variable selon les enfants et que l'on déterminera par tâtonnement.

Du rôle ossificateur de la dure-mère : conséquences au point de vue de la technique des interventions cranio-encéphaliques. — M. CHIPAULT fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 389.)

La séance est levée.

MONUMENT AU DOCTEUR JEAN HAMEAU
(DE LA TESTE, GIRONDE)

Un modeste médecin de campagne, le docteur Jean Hameau, né en 1779, mort en 1851, a été dans ces dernières années officiellement reconnu comme ayant, près de quarante ans avant Pasteur, découvert et appliqué les principes de la théorie microbienne, si admirablement développée par l'illustre maître, dont l'univers entier bénit aujourd'hui l'œuvre et le nom.

Les médecins de la Gironde, à la suite de la consécration des découvertes du médecin de La Teste, publiquement faite par M. le professeur Grancher à la cérémonie d'inauguration de la statue de Pasteur, ont eu une pieuse idée. Ils ont voulu élever un monument à la mémoire de leur compatriote, et conserver ainsi aux générations futures le nom de celui dont le génie ouvrit la voie suivie plus tard par l'immortel Pasteur.

Un comité, à la tête duquel figurent des membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, et la plupart des professeurs de la Faculté et des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, a été chargé de vulgariser l'œuvre et de faire appel à tous ceux qui considèrent comme un devoir de perpétuer à travers les siècles le souvenir de leurs plus illustres compatriotes.

Jean Hameau peut, de ce chef, compter parmi les médecins qui ont rendu à l'humanité des services exceptionnels, et les médecins girondins ont eu raison de formuler le vœu dont l'accomplissement répondra à un acte de justice : l'hommage rendu au modeste savant dont le génie et les découvertes furent un bienfait pour l'humanité entière et conduisirent Pasteur à l'immortalité.

Adresser les souscriptions au monument Jean Hameau directement au trésorier du comité d'exécution, M. le docteur Hirigoyen, 10, rue d'Enghien, à Bordeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le lundi 24 avril, est provisoirement composé de MM. Guyot, Mauriac, d'Heilly, Letulle, Potain, Brault, A. Marchand.

Les candidats inscrits, au nombre de soixante-sept, sont : MM. Achalme, Apert, Auclair, Auscher, — Beaumé, Belin, Bensaude, Bergé, Bezançon, Boix, Brodier, Brouardel, Bruhl, — Carnot, Charcot, Charrier, Claude, — Dufour, — Enriquez, — Fauquez, Fournier, — Gallois, Gasne, Gastou, Gouget, de Grandmaison, — Hudelo, Hulot, — Kahn, Küss, — Laffitte, Lantzenberg, Legry, Leredde, Lévi (Léopold), Lévi (Charles), Londe, Lyon, — Macaigne, Mangin-Bocquet, Marie (René), de Massary, Michel (Maurice), Michel-Dansac, — Papillon (Gustave), Papillon (Henri), Philippe, Phulpin, Pignol, Pissavy, Plicque, Potier, — Renault, — Sallard, Sée, Sergent, Sottas, Soupault, Springer, — Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thomas, Tissier, Tollmer, — Veillon, — Zuber.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 mars 1899, il est institué, au ministère de l'Instruction publique, une commission chargée d'étudier les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter dans l'agrégation des Facultés de médecine.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, président; Bouchard, Brouardel et Pitres, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique ; Vialleton, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier ; Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy; Dubar, professeur à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de l'Université de Lille; Bondet, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon; Charpy, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Guiraud, chargé de cours à ladite Faculté ; Saint-Ange, professeur à ladite Faculté.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Aymard (P.), membre de la Société de spéléologie ; Buret, secrétaire général de la Société de médecine de Paris; Héret, lauréat de l'Académie de médecine; Marie, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse ; Tranier, adjoint au maire de Toulouse.

— *Ligue contre la tuberculose.* — Cette ligue vient d'ouvrir, avec un grand succès, les cours organisés par l'initiative et sous la direction de son fondateur et président, M. le docteur Armaingaud. Douze de nos confrères parisiens, membres de la Ligue, et cinq internes des hôpitaux (MM. les docteurs Brégi, Jean Laborde, Demmler, Kortz, Georges Petit, O. Benoist, Schwebisch, Depierris, Plessard, Maveréry, Sersiron, R.-L. Régnier; MM. Paul Tissier, Laubry, Gustave Langevin, R. Oppenheim, Paul Armand-Delille, internes des hôpitaux), composent cette phalange de dévoués conférenciers que nous ne saurions trop louer de s'être associés à une œuvre d'éducation sanitaire et de propagande qui répond assurément à un réel besoin.

Une conférence de M. Thoinot, médecin des hôpitaux, sur le rôle « de l'initiative privée en hygiène publique », présidée, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, par M. le doyen Brouardel, a précédé l'ouverture de ces cours. Les VIIe, XVIIIe et XIXe arrondissements, seuls encore privés de ces cours, en seront, sans aucun doute, pourvus l'année prochaine. Il s'agit, non pas de conférences isolées et faites une fois pour toutes, mais d'un enseignement régulier, renouvelable chaque année; car le programme ne comporte pas seulement les moyens de lutter contre l'envahissement des agents infectieux des maladies évitables, mais il a aussi pour objet d'enseigner, sous la forme et dans la mesure qui conviennent au public auquel s'adresse cet enseignement, les moyens de maintenir l'organisme en état de défense et de résistance : ce qui permet, on le voit aisément, d'introduire successivement les notions d'hygiène générale, privée et publique.

Dans tous les arrondissements, les auditeurs sont très nombreux, et le public parisien suit avec empressement et avec intérêt ces conférences.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bossé (de Limoges).

— M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera, le mardi 18 avril, à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur les « Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme ».

Il le continuera les samedis et mardis suivants à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUDD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 43. — SAMEDI 15 AVRIL 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 15 AVRIL 1899. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE : . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La maladie de Landry.

Par le docteur Ch. LEVI-SIRUGUE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

C'est pour nous conformer à l'usage, que nous donnons à cette revue le titre de maladie de Landry, car, comme nous le verrons, il serait plus juste de dire : le syndrome de Landry.

Dans un mémoire publié en 1859, dans la *Gazette hebdomadaire* (1), Landry attirait l'attention sur un complexus symptomatique non encore décrit, et auquel il donnait le nom de « paralysie ascendante ou centripète aiguë », dénomination qui met bien en lumière le caractère clinique essentiel du syndrome. Il apportait dans ce travail une observation très détaillée, prise dans le service de Gubler, et en rapprochant de ce fait d'autres analogues, il arrivait à un total de 10 cas.

Depuis quarante ans, en France et à l'étranger, les travaux se sont multipliés, et longue serait la liste des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Nous aurons, dans le cours de cette étude, à signaler les mémoires les plus importants, mais pour la bibliographie complète, qui nous obligerait à une énumération fastidieuse de noms, nous renverrons aux deux thèses récentes de Léonce Bodin (2) et de Martinet (3).

Lorsqu'on étudie l'histoire des travaux faits sur le syndrome de Landry, on voit que, *dans une première période*, on s'occupe à en retracer le tableau clinique assez singulier, et on en recherche avec les méthodes histologiques alors en usage les lésions anatomiques médullaires. Les constatations sont généralement négatives, et Landry faisait de cette absence de lésion un des caractères de cette maladie.

(1) LANDRY. *Gaz. hebd.*, 1859, p. 472.
(2) L. BODIN. *Essai sur les paralysies ascendantes aiguës (étude clinique et anatomique)*, Th. de Paris, 1896.
(3) MARTINET. *La paralysie ascendante aiguë (syndrome de Landry), étude historique et critique*, Th. de Paris, 1897.

Dans une seconde période, l'attention est attirée sur les lésions des cornes antérieures, et on identifie la maladie de Landry avec la poliomyélite antérieure aiguë, ou paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte (1).

Dans une troisième période, l'attention des neuropathologistes étant fixée surtout sur les lésions des nerfs périphériques par la connaissance des polynévrites, on fit du syndrome de Landry la conséquence d'une polynévrite atteignant primitivement les nerfs périphériques, quelquefois les racines antérieures [Eichhorst (2), Déjerine (3), Leyden (4)].

Dans une quatrième période, qui est la période contemporaine, on en est revenu à admettre, avant tout, une lésion médullaire; d'ailleurs, les polynévrites primitives ont perdu du terrain, et avec les méthodes délicates de Marchi, et surtout de Nissl, on a vu des lésions centrales dans des cas qui paraissaient des cas typiques de névrites périphériques, de sorte qu'aujourd'hui on admet, dans la majorité des cas, avant tout, une lésion de myélite, et quelquefois une lésion diffuse du cerveau, de la moelle, des racines rachidiennes, des nerfs périphériques, avec prédominance sur l'un ou l'autre des segments du névraxe. Ce n'est pas à dire pourtant que les cas sans lésion histologique ne s'observent plus ; et récemment encore comme nous le verrons plus loin, on en a signalé. La question anatomo-pathologique n'est donc pas résolue définitivement et appelle encore des perfectionnements de la technique.

Ce qui caractérise surtout les travaux de cette dernière période, c'est l'étude pathogénique de la question. On a pu, dans certains cas, déceler des microbes dans des lésions et mettre en évidence leur rôle pathogène, et on a vu que des infections diverses peuvent produire ce syndrome. On a pu aussi obtenir expérimentalement des lésions donnant lieu à un aspect clinique analogue, et cela soit par l'injection de microbes, soit par l'injection de toxines.

II.

Le début de la maladie de Landry est variable, selon qu'elle survient chez un individu déjà alité, ou chez un sujet bien portant.

(1) PETITFILS. Th. de Paris, 1873.
(2) EICHHORST. *Virchow's Archiv*, 1877, p. 265.
(3) DÉJERINE. Th. de Paris, 1879.
(4) LEYDEN. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1880, band I, p. 387.

Dans le premier cas on voit dans les observations que le début s'est fait toujours à peu près de même. Chez un malade arrivé à la période de déclin de sa maladie infectieuse, et au moment d'entrer en convalescence, on constate subitement de la rétention d'urine. On est obligé de le sonder, et s'il vide lui-même sa vessie, ce n'est qu'incomplètement et par un jet sans force. La température qui était revenue à la normale remonte à 38°5, voire même à 40 degrés. Les pupilles réagissent mal; en même temps survient la paraplégie, qui s'accentue rapidement; en quelques heures la paralysie ascendante a accompli son évolution fatale.

Si l'affection débute chez un sujet antérieurement bien portant, il y a, le plus souvent, des prodromes d'infection légère, qui ont fait à juste titre rapprocher ce début de celui de la paralysie infantile. Ce sont des signes d'embarras gastrique fébrile, quelquefois même des symptômes généraux plus marqués, et analogues à ceux de la grippe ou du début de la fièvre typhoïde : courbature, anorexie, insomnie, agitation, céphalées, vertiges, faiblesse des jambes. Le malade est obligé de s'aliter, et, au bout de quelques heures, surviennent les premières manifestations de la paralysie. Il n'est pas rare de constater au début des douleurs, surtout dans la région lombaire, et ces douleurs sont spontanées ou réveillées par les mouvements des jambes et du tronc.

D'autres fois les premiers troubles observés par le malade ont été la faiblesse croissante des jambes. Le plus souvent cette parésie devient, en quelques heures, de la paraplégie vraie ; on a vu, cependant, des cas où elle ne s'est transformée que très lentement, au bout de trois mois, dans un cas [P. Lévi (1)] en paralysie complète. La marche progressive des symptômes est bien marquée dans l'observation de Landry. Le malade s'aperçoit d'abord qu'en marchant ses genoux fléchissent souvent, et de plus en plus. En même temps il éprouve des fourmillements dans les jambes, et une vive sensation de froid. Puis très rapidement cette parésie s'accentue. La marche est maintenant impossible, comme la station debout. Même si on fait soutenir le malade sous les aisselles par deux personnes, il ne peut avancer; ses jambes molles ploient immédiatement. Les mouvements qu'il ébauche sont lents, mous. Quand on recouche le malade en l'aidant, car il lui serait impossible d'accomplir cet acte seul, qu'on lui demande de soulever ses jambes du plan du lit, il n'y peut arriver; si on les lui soulève elles retombent lourdement dès qu'on les lâche. Cependant il n'y a pas de raideur; on peut très facilement donner à ces membres la position qu'on veut. Nous sommes en présence d'une *paraplégie flasque*. Cette paraplégie remonte aux muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, et leur contraction devient impossible. Dans quelques muscles, où la paralysie n'a pas encore atteint son maximum, on peut sentir à la main des ébauches de contraction.

Les *réflexes* sont entièrement abolis, comme il est de règle dans les paralysies de ce type.

L'état de la *sensibilité* est variable. En général il y a une anesthésie en rapport avec le degré de la paralysie. Les frôlements, les piqûres superficielles sont mal perçus; le malade ne peut différencier le contact de différents objets. Mais, par contre, la douleur d'une piqûre profonde est nettement perçue, quelquefois même avec une intensité exagérée. Il n'y a donc pas d'analgésie; il n'y a pas non plus de thermo-anesthésie. Le sens de la contraction musculaire est aboli; l'excitation électrique est perçue seulement comme douleur, mais non comme contraction musculaire. Il y a, d'ailleurs, souvent, des douleurs spontanées, des paresthésies, une sensation pénible d'engourdissement. C'est qu'aussi il y a constamment des *troubles vaso-moteurs* intenses. Les extrémités paralysées sont froides, cyanosées; on y constate de l'hypothermie locale, des œdèmes partiels, et quelquefois des sueurs. On peut voir survenir des eschares au sacrum. *L'examen électrique*, fait au début, dénote généralement peu de modifications; à la période de paraplégie complète il est de règle d'observer la réaction de dégénérescence. Il n'y a pas de contractions fibrillaires dans les muscles paralysés.

Bientôt l'affection progressant, la paralysie envahit les *membres supérieurs*. Le malade se plaint de ne plus sentir ses doigts; il lui semble qu'ils sont gonflés et qu'on les lui a « ficelés ». Les mouvements du pouce faisant défaut, il lui est impossible de tenir un objet; les doigts à demi fléchis ne peuvent plus venir au contact de la paume; leurs mouvements d'abduction et d'adduction sont nuls. Puis la paralysie gagne l'avant-bras et en empêche la pronation et la supination. La flexion de l'avant-bras sur le bras est difficile et molle. On ne sent plus pendant ces mouvements les reliefs musculaires. Le malade ne peut résister aux mouvements qu'on essaie de lui imprimer malgré sa volonté. Enfin la paralysie a gagné l'épaule et rendu désormais impossible l'élévation du bras.

Le malade ne peut plus s'asseoir sur son lit par la paralysie des *muscles du tronc*. Si on l'assied, sa tête retombe inerte sur la poitrine.

Nous avons déjà parlé de l'état des *sphincters ;* nous avons vu qu'au début il y a d'ordinaire de la rétention d'urine; plus tard au contraire on peut observer de l'incontinence.

Du côté des *yeux* on peut voir de l'inégalité pupillaire, des paralysies des muscles oculaires, et de l'amblyopie due à la névrite optique, mais ces troubles ne sont pas constants. Au milieu de ce tableau morbide grave, l'*intelligence* reste le plus souvent normale jusqu'à la fin.

L'*évolution* de la maladie est variable. La paralysie, après avoir envahi les membres, les muscles du cou, de la nuque, peut s'arrêter dans sa marche progressive. Si le malade doit guérir, la force musculaire reparaît peu à peu et successivement dans chacun des membres atteints, mais la motilité est longue à revenir complètement ; pendant longtemps il est obligé de marcher avec un appui, et on peut voir dans la suite de l'atrophie musculaire augmentant même quelque temps encore après que les troubles moteurs ont disparu.

Malheureusement le plus souvent la maladie suit sa marche progressive jusqu'à la terminaison fatale. Alors on voit le ventre se météoriser par la paralysie des fibres intestinales et surtout des muscles abdominaux, mais ce qui est un indice de gravité imminente, c'est la gêne respiratoire. La respiration prend le type abdominal ; les côtes restent immobiles, les inspirateurs accessoires (sterno-mastoïdiens, scalènes) se contractent fortement. On voit aux inspirations profondes l'épigastre s'excaver et se soulever pendant l'expiration, ce qui indique la *paralysie du diaphragme*.

Des signes de *paralysie labio-glosso-laryngée* traduisent l'atteinte des noyaux bulbaires. On constate alors les signes ordinaires de cette paralysie, gêne de la parole, de la déglutition; la paralysie du voile du palais vient augmenter ces

(1) P. Lévi. *Arch. gén. de méd.*, 1865.

troubles et gêner la phonation. Dans ces cas la paralysie a gagné généralement la face. Bientôt survient la paralysie des masticateurs, d'un pronostic si grave. Le noyau du pneumogastrique est touché, on note alors le plus souvent de la tachycardie, plus rarement du ralentissement des pulsations. Enfin surviennent la paralysie du cœur et du noyau respiratoire du pneumogastrique. La mort est le fait d'une asphyxie progressive, qu'indiquent la cyanose croissante, l'encombrement des bronches par des mucosités, et quelquefois le signe de Cheyne-Stokes.

D'autres fois la mort peut survenir au milieu d'accidents *septicémiques*. Dans ces cas la température, qui oscillait aux environs de 38 degrés, s'élève brusquement vers 40 degrés, et monte jusqu'au moment de la mort où elle peut atteindre 41 degrés. Cette hyperthermie survenant au cours du syndrome de Landry est donc comme la dyspnée un signe de pronostic grave. Dans ces formes septicémiques on a signalé de l'hypertrophie splénique, du purpura, des douleurs rhumatoïdes, de l'anurie, en somme tout le tableau d'une infection grave.

La mort est donc la *terminaison* ordinaire. Le malade meurt dans un coma progessif au bout d'un temps très variable. A ce point de vue il importe de distinguer des cas suraigus, mortels en quelques heures, comme c'est d'ordinaire le fait du syndrome de Landry survenant au cours d'une infection. La durée dans d'autres cas est de quelques jours, ou même de quelques semaines. La mort enfin peut être le fait d'une syncope ou d'une complication pulmonaire.

Dans les cas qui guérissent, on ne constate pas les signes de paralysie labio-laryngée ; la guérison est d'ordinaire lente, la motilité et la force musculaire sont longues à revenir et on peut voir, à la suite, des amyotrophies durables.

Si nous avons pris comme type de description la forme classique la plus fréquente il convient maintenant de signaler des *formes* un peu anormales. Il y a d'abord la *forme bulbaire primitive*, ou *descendante*, où d'emblée apparaissent les symptômes bulbaires les plus graves. On trouve partout citée l'observation de Cuvier, qui fut atteint d'abord de gêne de la déglutition, puis de paralysie des membres supérieurs, enfin des membres inférieurs. Le malade mourut une semaine après l'apparition du premier symptôme ; l'intelligence s'était conservée jusqu'au bout.

A l'opposé de la forme bulbaire, la plus grave, il y a la forme *névritique*, qui est la plus bénigne, et qui guérit souvent. Ce qui la caractérise, ce sont les troubles sensitifs variant depuis les fourmillements jusqu'à des douleurs intenses, spontanées, des crampes, une sensibilité vive à la pression des nerfs, comme cela se voit dans d'autres polynévrites.

D'autres formes méritent d'être distinguées par les caractères un peu spéciaux de la paralysie. Cette paralysie est d'ordinaire, comme nous l'avons décrite, une paralysie flasque ; dans des cas exceptionnels, on a observé des *contractures* (Roux, Van den Velden), quelquefois des mouvements *choréiques* (Déjérine), pendant quelques jours.

Enfin au lieu de paraplégie on peut observer de l'*hémiplégie*. Ce sont là des formes exceptionnelles, sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister davantage.

III

Dans l'*étude anatomo-pathologique* de la maladie de Landry, nous passerons en revue les lésions trouvées dans les diverses parties du névraxe qui peut être touché à différents niveaux.

Les *lésions cérébrales* ont été peu étudiées, car l'attention a été concentrée sur la moelle. Cependant on voit, d'après les rares observations où l'étude en a été faite, qu'elles sont analogues à celles de la moelle. Ce sont surtout des lésions de vascularite infectieuse, dépôt de pigment dans les espaces périvasculaires [Giuzetti (1)], nodules infectieux périartériels ou périveineux, ectasie capillaire et infiltration péricapillaire [Ballet et Dutil (2)]. On a signalé dans la protubérance de l'ectasie vasculaire, de la dégénérescence graisseuse des fibres, la disparition des noyaux [Gœbel (3)]. En somme on peut dire, quoique la question ait été encore peu étudiée, qu'il peut y avoir dans le cerveau des lésions de même nature que celles que nous allons rencontrer dans l'axe médullaire.

Les *lésions bulbaires*, qui sont loin d'êtres constantes, sont aussi de même ordre. C'est de la vascularite à divers degrés, et pouvant donner lieu à des hémorragies (Kümmel). Souvent les lésions cellulaires sont peu intenses ; il y a seulement au contact des vaisseaux une substance granuleuse. On a vu cependant des cylindres-axes présenter des vacuoles.

Les *lésions de la moelle*, qui sont plus fréquentes, sont de siège et d'aspect divers. *Au point de vue du siège*, nous distinguerons les lésions localisées en un point bien limité, les lésions généralisées ou à foyers disséminés, les lésions systématisées ; et *au point de vue de l'intensité* les lésions ordinaires, et les lésions à leur summum d'intensité, constituant le ramollissement aigu.

Les *lésions localisées* sont rares. Dans une observation de Eisenlohr (4), la moelle ne présentait que dans la région dorsale inférieure, au niveau des onzième et douzième racines, une lésion portant sur le tiers de la substance blanche.

Bien plus souvent on a trouvé des *lésions généralisées ou à foyers disséminés*, mais quelle que soit la diffusion de la lésion, son maximum est généralement à la région lombaire, et elle va en diminuant à mesure qu'on remonte vers le cerveau. On peut voir de petits foyers de ramollissement disséminés dans toute la moelle (Van den Velden). Ce qui frappe, c'est l'extraordinaire diffusion qui rappelle jusqu'à un certain point l'aspect de la sclérose en plaques. Ainsi dans un fait rapporté par L. Bodin dans sa thèse, les coupes faites en des points très voisins différaient absolument l'une de l'autre, la lésion frappant tantôt la substance blanche, tantôt les parties grises, tantôt les deux à la fois. L'auteur fait à ce sujet la remarque qu'à l'encontre de ce qu'on voit dans la sclérose en plaques, il n'y avait pas de dégénérescence secondaire.

A l'opposé de ces lésions diffuses, il faut maintenant décrire les *lésions systématisées*, que l'on a rencontrées dans quelques cas. En général la substance grise est plus souvent atteinte, et rarement la substance blanche l'est isolément. Dans ces formes systématisées c'est de la poliomyélite antérieure qu'on observe seule [Chalvet (5), Immermann (6)],

---

(1) Giuzetti. *Riforma med.*, 1894, n° 76.
(2) Ballet et Dutil. Soc. méd. des hôpit., 25 oct. 1895.
(3) Gœbel. *Münch. med. Wochens.*, 1898, n°s 30 et suiv.
(4) Eisenlohr. *Deuts. med. Wochens.*, 1890, p. 841.
(5) Chalvet. *Gaz. des hôpit.*, 1871, n° 93.
(6) Immermann. *Neurol. Centralbl.*, 1885, p. 304.

ou associée à des lésions des cordons latéraux [Schulz et Schultze (1)]. Cette fréquence de la poliomyélite justifie le rapprochement déjà indiqué par la clinique de la paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte avec ces formes de paralysie ascendante aiguë. Quelquefois, quoique plus rarement, la substance blanche serait seule atteinte; ainsi on a vu dans un cas la dégénérescence du faisceau pyramidal, du cérébelleux direct, du fondamental antéro-latéral et du cordon postérieur [Diller et Meyer (2)]. Mais on peut se demander si dans ces cas il n'y avait pas de lésion de la substance grise qui ait passé inaperçue.

Nous avons dit qu'*au point de vue de l'intensité* des lésions on pouvait distinguer les cas ordinaires, où l'on trouve surtout de la congestion, un piqueté hémorragique, quelquefois de vraies hémorragies, et les cas de ramollissement intense, où la substance médullaire prend presque l'aspect de matière puriforme. C'est là le degré maximum des lésions myélitiques (Marie et Marinesco). Mais pour bien étudier ces lésions médullaires, il faut pratiquer l'*examen microscopique* et la meilleure méthode actuelle d'étude des lésions cellulaires est la méthode de Nissl. Ce sont donc surtout les examens faits avec cette méthode qui ont de la valeur.

Ce qui domine au premier abord dans ces lésions, ce sont les *lésions vasculaires*, tout à fait analogues à celles que nous avons signalées dans le bulbe et le cerveau. Ce sont des vascularites, des capillarites infectieuses. Il peut y avoir hyperhémie vasculaire générale, des hémorragies sans périvascularite, sans lésions des cellules nerveuses (*forme hyperhémique généralisée*). Peut-être sont-ce des lésions de cette nature qu'il faut invoquer pour expliquer la guérison dans certains cas? Ces congestions vasculaires sont bien en faveur d'une origine toxique de la lésion, car on sait que les toxines provoquent volontiers ces ectasies vasculaires sans lésion manifeste des parois des vaisseaux. A un degré plus accentué on trouverait des thromboses hyalines vues par Klebs, mais qu'on n'a pas retrouvées depuis, et surtout des nodules infectieux; mais alors il s'associe généralement des lésions cellulaires.

Ces *lésions cellulaires* constituent la *forme nécrosique;* elles sont à étudier dans la substance grise et dans la substance blanche. Dans la première examinons-les au niveau des cornes antérieures où elles prédominent. Le corps de la cellule nerveuse montre des vacuoles, de la tuméfaction trouble, la disparition des éléments chromatophiles, d'abord à la périphérie, enfin du gonflement du noyau qui est rejeté au pourtour de la cellule et quelquefois sa disparition. Le noyau, qui normalement ne se colore pas au bleu de méthylène, prend une coloration nette. Le cylindre-axe est tuméfié et souvent on voit qu'il est rompu ainsi que ses prolongements. Dans une observation de MM. Marie et Marinesco (3), où la lésion avait atteint son summum, on voyait à la place des éléments chromatophiles des granulations dans le paraplasma. Il y avait même en certains points une vraie dissolution du paraplasma cellulaire.

Les *lésions histologiques observées dans la substance blanche* sont les suivantes. Le cylindre-axe est hypertrophié, présente des renflements volumineux. Sa myéline est fragmentée ou détruite. La névroglie montre de la karyokinèse,

(1) Schulz et Schultze. *Arch. f. Psych.*, 1881, p. 547.
(2) Dilles et Meyer. *Amer. Journ.*, 1896, p. 404.
(3) Marie et Marinesco. Soc. méd. des hôpit., 18 oct. 1895.

et cela aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche.

Les *racines antérieures et postérieures* sont souvent lésées, surtout les premières, comme on le voit dans deux observations de la thèse de M. Déjérine (1). Nous n'insisterons pas sur ces lésions qui sont celles de la névrite parenchymateuse, dont nous parlerons plus loin. D'ailleurs, dans les cas où les racines sont fortement atteintes, il y a généralement coexistence de névrite périphérique.

Les lésions de *névrite périphérique* sont fréquentes et souvent si intenses qu'on avait voulu faire du syndrome de Landry la manifestation d'une polynévrite. Ce sont des névrites parenchymateuses analogues à la dégénérescence wallérienne. Il y a fragmentation de la myéline; le protoplasma intermédiaire entre la gaine de Schwann et la myéline prolifère. Les noyaux de la gaine se multiplient; le cylindre-axe disparaît. Rarement on a vu au niveau des nerfs la même congestion avec diapédèse et hémorragies que dans la moelle [Eichhorst (2)].

En résumé on peut trouver à la fois des lésions portant sur tous les éléments du névraxe, depuis le cerveau jusqu'aux terminaisons nerveuses. Ce qui domine, ce sont les lésions médullaires, lésions vasculaires et lésions cellulaires, ces dernières surtout visibles avec la méthode de Nissl. Souvent il s'y associe des névrites périphériques, généralement secondaires à la myélite, témoin leur intensité moindre et leur absence dans des cas très rapides, ou au moins contemporaines de celle-ci, mais quelquefois peut-être primitives, comme semblerait le prouver leur évolution foudroyante dans certains faits [Pitres et Vaillard (3)].

Les lésions premières doivent être d'ordre vasculaire. L'affection peut rester à ce stade, c'est ce qui nous explique les formes bénignes, ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, il se fait bientôt des lésions cellulaires nécrosiques. Quelquefois, dans des formes de ramollissement suraigu, les lésions vasculaires font défaut, peut-être parce qu'il y a eu intoxication massive des cellules (L. Bodin), comme cela se voit dans les intoxications massives du rein et du foie (phosphore), où il n'y a pas de lésions vasculaires.

On voit, par cet exposé des lésions trouvées aux autopsies de maladies de Landry, que leur constatation est devenue d'autant plus fréquente que la technique histologique s'est plus perfectionnée; Landry ne pourrait plus aujourd'hui assigner à ce syndrome comme un de ses caractères importants « l'absence de toute lésion nerveuse appréciable ». Autant en effet furent fréquentes, à cette époque et dans les années qui suivirent la publication du travail de Landry les autopsies sans lésion, autant aujourd'hui le sont celles où l'on trouve des lésions multiples, et cependant, même depuis les perfectionnements techniques apportés par Nissl, il y a des cas où l'examen le plus attentif ne permet de déceler aucune lésion. C'est ainsi que récemment MM. Giraudeau et Léopold Levi (4) publiaient le cas d'un homme mort avec le syndrome de Landry survenu à la convalescence d'une fièvre typhoïde, et chez qui il fut impossible de déceler aucune lésion en aucun point du névraxe. De même dans un cas de Taylor (5), il n'y avait pas de lésions, de même chez

(1) Déjerine. Th. de Paris, 1879.
(2) Fichhorst. *Virchow's Archiv*, 1877, p. 265.
(3) Pitres et Vaillard. *Arch. de physiol.*, 1887, p. 149.
(4) Giraudeau et L. Levi. *Rev. de neurol.*, nov. 1898.
(5) Taylor. *The Lancet*, août 1898.

les malades de Ormerod (1), Albu (2). Peut-être doit-on comparer ces faits aux accidents que produisent certaines intoxications (strychnine, morphine, curare)? Peut-être s'agit-il de lésions que des procédés plus délicats encore pourraient seuls déceler, ou de troubles chimiques qu'il nous est actuellement impossible de mettre en lumière? Un fait ressort donc de cette étude anatomo-pathologique, c'est l'extrême variété des données fournies par les nécropsies, depuis l'absence de lésions appréciables jusqu'à la constatation des désordres intenses du ramollissement suraigu, et pourtant si l'on consulte l'évolution clinique dans ces diverses conditions, on voit qu'elle est peu différente, et que par conséquent, à des symptômes, à une évolution analogues, peuvent répondre les lésions les plus diverses comme siège et comme intensité.

IV

Un seul fait caractérise la maladie de Landry, c'est sa marche rapidement ascendante, par conséquent ce n'est que par l'évolution qu'on pourra en porter le diagnostic.

Les douleurs du début pourraient en imposer pour le *rhumatisme articulaire aigu*, mais la paralysie viendra bientôt éclairer le médecin.

La *syphilis* peut donner lieu à des ramollissements aigus de la moelle, bien étudiés surtout par MM. Gilbert et Lion. Ils sont caractérisés par une paraplégie à début rapide, des troubles vésicaux, l'abolition des réflexes, la disparition de l'excitabilité électrique, des eschares de décubitus. Mais dans ces cas, on aura pour se guider l'étiologie syphilitique, et la marche est plus lente, quelquefois de quatre à huit semaines. Il faut savoir, cependant, qu'on a vu dans la syphilis un tableau tout à fait conforme à la maladie de Landry; d'ailleurs celle-ci relevant, comme nous l'avons dit, de causes infectieuses variées, il n'y a rien d'étonnant à ce que la syphilis en activité puisse être une de ces causes.

La paralysie de Landry, au cours d'une *infection de la gorge*, pourrait être confondue avec une *paralysie diphtérique généralisée*, mais dans celle-ci la marche est moins régulièrement ascendante et plus lente, les paralysies oculaires font rarement défaut.

Une affection ressemble beaucoup à la maladie de Landry, c'est la *paralysie spinale aiguë de l'adulte*, qui répond à la paralysie infantile. Rien d'étonnant, d'ailleurs, à ce que le tableau des deux affections soit souvent très analogue, puisque la lésion de la maladie de Landry, elle aussi, porte d'ordinaire surtout sur les cornes antérieures. On distinguera la paralysie spinale à sa marche bien plus lente, à l'atrophie qui suit de près la paralysie, à la limitation de celle-ci. Si de l'atrophie survient après la guérison de la maladie de Landry elle est rare et n'a jamais l'intensité de ce qu'on voit dans la maladie de Duchenne. En raison des formes prolongées de maladie de Landry, la distinction peut devenir très difficile, et il est des cas, comme celui d'Immerman, étiqueté maladie de Landry, qui rentrerait plutôt dans la paralysie spinale, n'était l'absence d'atrophie consécutive.

Une autre affection ressemble aussi beaucoup à la maladie de Landry. Ce sont les *polynévrites aiguës généralisées*, qui se distinguent par l'amyotrophie constante, par la marche plus lente, et moins régulièrement progressive.

L'*intoxication par le curare* pourrait donner lieu à des signes analogues, mais on n'a guère l'occasion de l'observer.

Enfin, il faut signaler dans ce chapitre de diagnostic la *rage paralytique*, dont le diagnostic très difficile ne peut se faire que par les anamnestiques, et à l'autopsie, par l'inoculation du bulbe à la chambre antérieure de l'œil d'un lapin.

(1) Ormerod. *St-Barth. hosp. Rep.*, 1893, p. 137.
(2) Albu. *Zeits. f. klin. Med.*, band XXIII, 1893.

V

Le *pronostic* de la maladie de Landry doit toujours être très réservé, car il y a toujours à redouter les accidents bulbaires. Il est surtout grave quand on voit la dyspnée augmenter et la respiration devenir abdominale, quand la température monte brusquement, quand se montrent des eschares de décubitus. Au contraire, si la paralysie reste limitée aux membres, on pourra espérer la rétrocession. Surtout graves sont les cas où le syndrome survient au cours d'une infection; alors la mort arrive d'ordinaire en quelques heures.

VI

L'homme, plus exposé que la femme aux infections et intoxications, est aussi bien plus sujet à la maladie de Landry. C'est chez des adultes qu'on l'observe d'ordinaire.

Les conditions prédisposantes sont analogues à celles qui prédisposent aux autres maladies nerveuses. C'est l'hérédité neuro-arthritique, puis les causes diverses de fatigue nerveuse, excès vénériens, intoxications alcoolique et tabagique.

Les causes déterminantes sont souvent des infections générales, et il en est qui sont plus spécialement relatées dans les observations; c'est surtout la fièvre typhoïde.

La *fièvre typhoïde* a été deux fois signalée par Landry, puis par Leudet, Pitres et Vaillard. C'est à la convalescence de l'infection typhique que l'on voit la température remonter et le syndrome de Landry apparaître. Dans une observation récente il s'agissait d'un malade atteint trois mois avant de fièvre typhoïde traitée par le sérum antityphique et qui, à la convalescence, fut pris de paralysie ascendante aiguë (Giraudeau et L. Levi).

La *grippe* a été signalée dans l'étiologie par Leyden (1), par Pailhas (2).

La *rougeole* est quelquefois en cause. Barlow en a vu un cas au cours d'une rougeole dont l'éruption était normale, et les symptômes nerveux parurent quand l'exanthème pâlissait. La *variole* en est plus souvent l'origine (Gubler, Bernhardt, Gros, Chalvet, Œttinger et Marinesco). La *coqueluche* a été signalée par Mœbius (3), la *fièvre intermittente* par Eichhorst (4).

Il faut ajouter à cette liste la *pneumonie*. Le cas type de Landry avait trait à un malade ayant eu une affection diagnostiquée « fluxion de poitrine », dont la convalescence ne

(1) Leyden. Uber multiple neuritis und acute aufsteigende Paral. nach Influenza, *Zeits. f. klin. Med.*, 1894, p. 1.
(2) Pailhas. Un cas de maladie de Landry d'origine influenzique, suivi de guérison, *Arch. de neurol.*, déc. 1895.
(3) Mœbius. *Neurol. Centralbl.*, 1887.
(4) Eichhorst. Loc. cit.

se fit pas bien, et après laquelle apparurent bientôt les premiers symptômes nerveux.

La *syphilis*, enfin, peut, dans quelques cas rares, reproduire ce syndrome.

Il est à remarquer que le syndrome de Landry survient à la convalescence de ces diverses infections, et souvent après une infection qui semblait légère.

Dans d'autres cas, l'infection n'est pas une maladie spécifique, mais une infection pour ainsi dire banale, telle que suites de couche, suppurations de vésicatoires, cathétérisme dans un urèthre rétréci, fausse route dans le cathétérisme chez un prostatique.

Enfin, il est une dernière catégorie de faits où il est impossible de retrouver une infection antérieure, et où la maladie saisit un individu en pleine santé. Mais alors la plupart des observations notent un coup de froid subit (chute dans l'eau, refroidissement par la pluie, surtout le corps étant en sueur), de l'embarras gastrique [Roux (1)]. On peut admettre que ces conditions sont les causes déterminantes qui, agissant sur un système nerveux déjà préparé, accélèrent la marche des choses, mais il est des cas où on est forcé d'admettre que l'état de santé antérieur était parfait, et alors on peut se demander si les circonstances que nous avons énumérées ne peuvent pas amener une auto-infection ou une auto-intoxication par l'affaiblissement momentané de la force nerveuse. C'est de cette manière qu'on explique aujourd'hui les infections pneumococciques si souvent consécutives au coup de froid.

Ce que nous avons vu de la marche clinique du syndrome de Landry, de son anatomie pathologique, de son étiologie, nous autorise à inférer que l'origine est généralement dans une infection, exogène ou peut-être endogène, et la *pathogénie* s'est éclairée à la lumière des travaux bactériologiques et expérimentaux. Les études des dernières années ont montré qu'il est des cas où l'on peut mettre en évidence la présence de microbes dans les lésions, et qu'il en est de plus nombreux où les microbes font défaut et où on est en droit d'invoquer l'action de leurs toxines, et d'ailleurs on a pu reproduire expérimentalement un syndrome de tous points comparable à celui de Landry soit par l'injection de microbes, soit par l'injection de toxines.

Parmi les *microbes* que l'on a pu déceler dans les lésions nous signalerons d'abord des microbes mal déterminés, et d'autre part des microbes bien connus (bacille typhique, staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, etc.). Au nombre des premiers il faut ranger les microbes trouvés par Baumgarten, puis par MM. Marie et Marinesco, microbes qui n'ont pas été cultivés, mais qui ressemblaient à la bactéridie charbonneuse, et qui étaient peut-être voisins du bacille du rhumatisme d'Achalme. Récemment MM. Chantemesse et Ramond (2) ont relaté à la Société de biologie une curieuse épidémie de paralysie ascendante infectieuse survenue dans un asile d'aliénés, et où, sur cent cinquante malades atteints, il y eu quarante décès. La maladie débutait par des œdèmes durs des malléoles, des troubles gastro-intestinaux, de la paralysie des membres inférieurs, puis des membres supérieurs ; enfin la mort était la suite de la paralysie bulbaire. Les lésions des nerfs périphériques et de la moelle ressemblaient à celles qu'on a vues dans des paralysies ascendantes. Dans deux cas les auteurs trouvèrent, dans les organes et le liquide céphalo-rachidien, un bacille voisin du proteus, mais s'en distinguant par quelques caractères. L'inoculation de ce microbe au lapin produisait une eschare, de la paralysie ascendante ; on retrouvait ce bacille dans les méninges. Sa toxine donnait les mêmes lésions.

(1) Roux. *Gaz. hebd.*, août 1896, p. 793.
(2) Chantemesse et Ramond. Soc. de biol., 23 juillet 1898.

Le *bacille d'Eberth* a été vu par Curshmann dans la substance blanche de la moelle. Il a pu le cultiver et l'inoculer aux animaux. Dans les autres parties il n'y avait que des bactéries banales.

Le *staphylocoque doré* a été trouvé deux fois par Eisenlohr (1). Thomas (2), dans un cas où l'examen histo-bactériologique était resté négatif, a obtenu par culture un microcoque liquéfiant la gélatine, dont la nature exacte n'est pas précisée.

Le *streptocoque* a été vu sur les coupes de la moelle par Œttinger et Marinesco (3), et obtenu en cultures par Remlinger (4).

Roger et Josué (5) ont relaté dernièrement un cas de paralysie ascendante d'apparence primitive, dans lequel on ne trouva pas de lésions médullaires macroscopiques, mais où au microscope avec la méthode de Nissl on put déceler au niveau du renflement lombaire des lésions surtout marquées dans les cornes antérieures; dans les coupes il n'y avait pas de microbes visibles, mais le sang du cœur, recueilli aussitôt après la mort, donna des cultures d'un microbe analogue au *pneumocoque*. Les cultures des centres nerveux ne donnèrent que du coli-bacille d'envahissement cadavérique. Ce pneumocoque montra, par les injections aux animaux, des particularités intéressantes. L'injection à une souris ne la tua pas; l'injection à un lapin ne le tua qu'au bout de vingt et un jours et on retrouva ce même microbe dans son sang. Une souris ayant reçu, sous la peau, sept gouttes de culture exaltée par passages successifs à des lapins, ne mourut qu'au troisième jour. Pour ces raisons les auteurs font de ce microbe une espèce de pneumocoque atténué, voisin du méningocoque de Weichselbaum. Chez deux animaux inoculés il y eut des troubles paraplégiques, peut-être par suite d'une nocivité élective de ce microbe pour les centres nerveux. Ce cas est analogue à un cas de Piccinino (6), qui a eu l'occasion d'étudier, histologiquement et bactériologiquement, une paralysie de Landry à forme descendante. Les cellules nerveuses étaient surtout lésées dans les cordons antérieurs, et dans les régions cervicale et dorsale. L'auteur ne put pas faire de cultures, mais vit dans les coupes de nombreux diplocoques, intra-cellulaires qu'il croit être le diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaum. Ces faits sont intéressants à rapprocher d'un cas récemment publié de paralysie infantile (7), où on trouva par ponction lombaire le méningocoque. On voit donc, que la bactériologie vient établir un point de contact de plus entre la poliomyélite antérieure aiguë, et la maladie de Landry. De plus la présence du méningocoque, dans certains faits de paralysie ascendante, nous en expliquerait bien quelques analogies avec la méningite cérébro-spinale, telles que l'évolution rapide, la guéri-

(1) Eisenlohr, *Deuts. med. Wochens.*, 1890, p. 843.
(2) Thomas. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1897.
(3) Œttinger et Marinesco. Loc. cit.
(4) Remlinger. *Méd. moderne*, 1er avril 1896.
(5) Roger et Josué. *Presse méd.*, 27 juillet 1898.
(6) Piccinino. *Annali di nevrologia*, fasc. I, analysé in *Centralbl. f. allg. Path.*, band IX, nos 8 et 9.
(7) Schultze. *Münch. med. Wochens.*, 1898, no 38.

son possible, l'atteinte fréquente de tout l'axe cérébro-spinal. Il serait à souhaiter que des ponctions lombaires établissent la bactériologie des cas avec guérison. Nous voyons en somme, que les résultats bactériologiques sont déjà assez importants. Ils nous montrent la présence de microbes appartenant à des espèces encore peu connues, ou d'autres mieux déterminés. Ces microbes se voient au niveau des lésions médullaires ; on les trouverait même au niveau des nerfs ; c'est ainsi que Centanni (1) a vu des microbes autour des nerfs périphériques, mais pas dans la moelle. Peut-être s'agissait-il, dans ce cas, d'une lésion ayant débuté par les nerfs périphériques ? En effet, il peut y avoir des cas de névrite ascendante où l'infection se propage par les lymphatiques de la gaine du nerf, et s'il s'agit de microbes fabriquant des poisons très diffusibles, les lésions centrales s'observeraient néanmoins les premières en date [Marinesco (2)].

Mais il est des cas où on a recherché la présence de microbes dans les coupes ou par cultures, et où il a été impossible d'en déceler [Eisenlohr, Albu, Mills et Spiller (3)]. Peut-être s'agit-il alors de poisons microbiens, et ces paralysies ascendantes par toxines microbiennes seraient à rapprocher des paralysies ascendantes qu'on a vues après des intoxications par l'alcool (Jolly), par l'oxyde de carbone (Leudet) ?

Par l'*expérimentation* chez le lapin, on a réalisé, soit par injection microbienne, soit par injection de toxines, un syndrome tout à fait comparable à celui de Landry.

Pour ce qui est des injections microbiennes, nous avons déjà signalé plus haut les résultats obtenus par MM. Chantemesse et Ramond, par l'injection du bacille qu'ils avaient retiré de la moelle de malades morts avec un syndrome de paralysie ascendante infectieuse.

Il est à remarquer que, dans les expériences parmi les animaux qui ont reçu des cultures ou des toxines, il n'en est qu'un petit nombre qui font de la paralysie ascendante. MM. Thoinot et Masselin (4) l'ont obtenue par injection, dans la veine de l'oreille du lapin, de cultures virulentes de colibacille et de staphylocoque doré. Une remarque curieuse, c'est que quelquefois l'incubation a été très longue (six mois), ce qui peut-être peut expliquer les cas de maladie de Landry d'apparence primitive. Chez les animaux inoculés avec du bacterium coli, l'extension de la paralysie aux membres antérieurs se fit peu avant la mort. L'injection de staphylocoque doré amènerait une paralysie des membres antérieurs plus précoce, et frappant aussi la tête ; il y eut de l'amyotrophie. Chez un animal qui guérit, la paralysie dura dix jours. A l'autopsie, on trouvait surtout des lésions des grandes cellules des cornes antérieures.

M. Vincent (5) a injecté du bacille d'Éberth avec un bacille indéterminé et a réalisé une paralysie ascendante évoluant en deux semaines, avec lésions de poliomyélite et de névrite périphérique.

MM. Sabrazès et Mongour (6) ont reproduit une myélite expérimentale à streptocoques, dans laquelle il y eut paraplégie antérieure, puis paralysie des quatre membres, avec atrophie musculaire, troubles sensitifs et mort douze jours après. A l'autopsie, il y avait de la myélite dégénérative diffuse subaiguë, surtout des cornes antérieures, et aussi des cornes postérieures et des ganglions.

(1) Centanni. *Ziegler's Beitr. z. Pathol. Anat.*, band VIII, 1890.
(2) Marinesco. *Presse méd.*, 23 nov. 1898.
(3) Mills et Spiller. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, juin 1898.
(4) Thoinot et Masselin. *Rev. de méd.*, juin 1894.
(5) Vincent. *Arch. de méd. expérim.*, mai 1893.
(6) Sabrazès et Mangour. Cong. de Bordeaux, 1895.

M. Lebon (1) a reproduit des lésions analogues par injection de différents microbes.

Par l'injection de toxine, enfin, on a pu réaliser la paralysie ascendante aiguë. M. Claude (2) l'a obtenue avec l'injection chez un chien de toxine tétanique ; il est à remarquer que les animaux injectés avec la toxine tétanique, même en l'absence de phénomènes nerveux, avaient des lésions démontrées par la méthode de Nissl, et qui montrent qu'il peut exister, par le fait d'une intoxication, des lésions qui restent latentes pour n'éclater qu'à l'occasion d'une cause occasionnelle quelconque [paralysie due au coït chez un lapin inoculé deux mois avant, dans un cas de MM. Widal et Bezançon (3)].

Ainsi donc, la maladie de Landry est le résultat des altérations produites par divers microbes ou leurs toxines sur l'ensemble du système nerveux. Le siège des lésions, leur degré sont variables peut-être selon la nature de la cause pathogène, et selon son intensité. Une seule chose est commune à tous les cas, c'est l'analogie de l'évolution clinique.

VII

Il est des cas où la *thérapeutique* actuelle est malheureusement peu efficace ; peut-être dans les cas où l'affection succède à une infection déterminée, pourrait-on obtenir des résultats par l'injection précoce de sérum, le jour où l'on posséderait un sérum thérapeutique efficace dans ces affections ? A ce point de vue, cependant, nous pouvons remarquer qu'on a vu la paralysie de Landry survenir dans un cas de fièvre typhoïde traitée par le sérum antityphique (Giraudeau et L. Levi).

Actuellement, la partie la plus efficace du traitement consiste à agir contre l'élément congestif qui existe presque toujours et quelquefois seul, sans lésions cellulaires. Dans un cas de Sorgenfrey (4) le traitement par l'ergotine, institué au moment où avaient déjà apparu les phénomènes bulbaires, sembla avoir de très bons résultats. On sait, d'ailleurs, que l'ergotine a été utile dans certains cas de méningite cérébro-spinale. C'est donc surtout aux médications anticongestives qu'il faudra recourir (purgatifs, ergotine, ventouses scarifiées sur les lombes, saignée et au besoin injection de sérum artificiel après la saignée).

DE LA VOIX CHUCHOTÉE

Par Paul Olivier.

Conclusions. — Dans les conditions ordinaires, le larynx prend toujours part au chuchotement.

Les vibrations de cet organe, pendant le chuchotement fort, sont toujours nettement indiquées par la méthode graphique ; j'ai moi-même constaté « de visu » ces vibrations chez une malade ayant un polype laryngien.

(1) Lebon. Th. de Paris, 1895-96.
(2) Claude. Cong. de Nancy, août 1896.
(3) Widal et Bezançon. Soc. méd. des hôpit., 18 janv. 1895.
(4) Sorgenfrey. *Neurol. Centralbl.*, 1895, n° 9.

Dans la voix chuchotée, la glotte est toujours rétrécie, présentant une image distincte de celle qu'elle montre pendant la voix parlée ordinaire. Cette image affecte surtout deux formes : tantôt la glotte, ouverte sur toute sa longueur, forme un triangle isocèle à base plus ou moins large ; tantôt la glotte intercartilagineuse seule restait béante, et l'orifice laryngien présentait la figure d'un lambda. J'en ai observé deux autres formes, seulement une fois, et il est possible qu'il y en ait d'autres encore. Mais il ne semble pas y avoir une position de la glotte caractéristique du chuchotement.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Albacides : iodalbacide ; chloralbacide.

Blum a désigné sous le nom d'albacides les combinaisons d'albumine et d'halogènes. La combinaison iodée est appelée iodalbacide et la combinaison chlorée, chloralbacide. D'après Fleiner, cette dernière devrait être prescrite avec avantage, au lieu et place de l'acide chlorhydrique, dans les affections de l'estomac caractérisées par perte d'appétit, insuffisance d'acide chlorhydrique, formation anormale d'acides organiques.

On sait que, dans le traitement de l'albumine par les halogènes, il y a production, d'une part, de l'acide hydrogéné et, d'autre part, d'un produit de substitution de l'halogène à l'hydrogène. Si l'on a soin de chasser l'acide hydrogéné formé, la molécule albuminoïde se prête à une nouvelle substitution de l'halogène à l'hydrogène. Finalement on aboutit à un produit de substitution dont la teneur en halogène substitué est constante. Ces faits ont permis d'ailleurs de se faire une idée relative du poids moléculaire des différents corps albuminoïdes.

Si, par exemple, on fait agir le chlore sur l'albumine, il se fait de l'acide chlorhydrique et de l'albumine chlorée. Si l'on élimine alors l'acide chlorhydrique, on peut introduire une nouvelle quantité de chlore dans la molécule albuminoïde. Le produit que l'on obtient ainsi par substitution chlorée constitue la substance fondamentale du chloralbacide.

Le chloralbacide ne renferme pas de combinaisons minérales de chlore ; il contient de 3 à 4 p. 100 ou de 1 à 2 p. 100 de chlore suivant que la réaction a été poussée plus ou moins. La combinaison la plus riche en chlore se présente sous la forme d'une masse résineuse, grumeleuse, insoluble dans l'eau. (*Pharm. Zeit.* 1899 ; et *Journ. de pharm. et de chimie.* — Em. B.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 avril 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATION

Tuberculose testiculaire. — M. BERGER rappelle que M. Reynier, à l'occasion d'un rapport sur un cas de M. Beurnier, avait demandé une sorte de consultation à la Société de chirurgie relativement au traitement chirurgical des tuberculoses testiculaires. Il y a eu, en 1875, une discussion à la Société sur ce sujet, et la conclusion générale à tirer de cette discussion était qu'on ne devait pas intervenir chirurgicalement dans le traitement des tuberculoses testiculaires.

Cette opinion n'est plus de mise aujourd'hui, et M. Berger pense que l'intervention chirurgicale est indiquée dans les cas de tuberculose testiculaire avancée, alors que le testicule est profondément atteint, perdu. De même, quand il s'agit d'une suppuration épuisante, il n'y a aucune raison pour ne pas intervenir. En un mot, quand un testicule tuberculeux devient pour le malade qui le porte une sorte de gêne, de douleur, de danger, il faut que la chirurgie intervienne, non pas par des moyens palliatifs, cautérisations ou résections, dans le but de conserver ce que Verneuil a appelé un testicule moral, mais bien largement, par une castration absolue.

Lorsqu'il s'agit d'un envahissement massif du testicule par la tuberculose, il est encore indiqué d'intervenir.

Quand on se trouve en présence d'une tuberculose testiculaire au début, d'une tuberculose épididymaire, alors que la prostate est indemne, que l'état général reste bon, convient-il de pratiquer l'extraction de l'organe ? Plusieurs raisons ont été alléguées contre cette castration précoce ; d'abord la curabilité possible de ces lésions. On voit des cas, en effet, dans lesquels ces lésions tuberculeuses s'amendent et disparaissent même. M. Berger cite l'exemple d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui était atteint d'une épididymite tuberculeuse. Ce jeune homme ne fut pas opéré de cette épididymite. Il le fut plus tard de ganglions tuberculeux du cou, ce qui prouvait que la nature de l'épididymite était également bien tuberculeuse. Or, ces accidents du côté de l'épipidyme ont fini par disparaître, et ce jeune homme a très bien guéri. M. Berger en a observé un exemple analogue avec le professeur Guyon. Mais quand il s'agit de malades ne pouvant pas se soigner sérieusement, ne pouvant pas se mettre dans les conditions d'hygiène requises pour toute affection tuberculeuse, alors il vaut mieux recourir à la castration.

Lorsque celle-ci est décidée, il faut pratiquer la résection totale du canal déférent. C'est ainsi que, chez un jeune homme de vingt-six ans, atteint de lésions tuberculeuses du testicule remontant à quatorze mois, M. Berger a pratiqué une résection totale et retiré une longueur de 30 centimètres du canal déférent. Il avait, en même temps, pratiqué la cure radicale d'une hernie. Chez ce malade, le testicule était complètement tuberculeux. En pratiquant cette large castration, on a de sérieuses chances de débarrasser complètement les malades de leur tuberculose locale. Si on le voulait, on pourrait même enlever la vésicule séminale du côté atteint.

M. Berger n'a jamais vu, dans ces cas, l'autre testicule se prendre de tuberculose. Mais si celle-ci était double, la chirurgie irait au-devant d'un échec en faisant la castration simple. Étant donné une tuberculose d'un seul testicule, M. Berger n'a jamais vu la tuberculose atteindre l'autre testicule après l'ablation du premier. On voit plus souvent la propagation de la tuberculose à la prostate.

On a, dans ces derniers temps, proposé des opérations partielles, ne portant par exemple que sur l'épididyme. MM. Humbert, Quénu ont décrit plusieurs de ces procédés de résections partielles et d'opérations incomplètes, et qui ne présentent même pas l'avantage de la facilité sur la castration totale. Du moment qu'il s'agit d'un organe devenu inutile, il vaut mieux pratiquer la castration large et complète.

En résumé, M. Berger conclut à la nécessité de pratiquer la castration en comprenant la résection aussi étendue que possible du canal déférent, chez tous les sujets atteints de tuberculose testiculaire et indemnes de toute autre lésion tuberculeuse.

PRÉSENTATION DE MALADES

Cholécystite calculeuse. — M. ROUTIER présente une malade qui lui avait été adressée comme étant atteinte de cancer du pylore. Le diagnostic était très difficile. M. Rou-

tier fit, le 22 février, la laparotomie médiane et se trouva en présence d'une cholécystite calculeuse avec adhérences au côlon. Il pratiqua, chez cette malade, la cholécystotomie, enleva six calculs et, à cause des adhérences qui comprimaient le pylore, fit une gastro-entérostomose. Cette malade est parfaitement guérie.

M. Routier présente une autre malade qui était arrivée à l'hôpital avec des symptômes de péritonite grave. Le chirurgien de garde fut appelé pour opérer d'urgence cette malade. Il fit la laparotomie et ouvrit un vaste abcès. Cette malade ne se remettant pas, M. Routier rouvrit le ventre et trouva également une cholécystite calculeuse.

M. TUFFIER rappelle le mémoire qu'il a publié sur les rétrécissements pyloriques d'origine biliaire. Dans plusieurs cas, il a pratiqué, en même temps qu'une cholécystotomie, une gastrostomie postérieure à cause précisément de ces adhérences dont vient de parler M. Routier.

M. HARTMANN insiste sur un moyen de diagnostic très précieux dans ces cas douteux et difficiles de rétrécissements pyloriques qui peuvent être d'origine cancéreuse. Ce moyen est l'insufflation de l'estomac par l'injection d'une petite quantité d'acide tartrique et de bicarbonate de soude.

M. GUINARD préfère l'insufflation à l'aide du tube et de la soufflerie du thermo-cautère.

Trépanation pour épilepsie. — M. TUFFIER présente un malade qu'il a trépané. En fait de traitement de l'épilepsie par la trépanation, le devoir du chirurgien est de garder une soupape de sûreté, c'est-à-dire de laisser un orifice durable et définitif. Or, la dure-mère reproduisant de l'os, il est indiqué, suivant la méthode de Kocher et les expériences de Berezowski, d'inciser la dure-mère et d'en suturer les bords au périoste. C'est ce qu'a fait M. Tuffier dans les dernières trépanations qu'il a pratiquées.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer qu'on a, comme toujours, dans cette question, cité des étrangers, Bergmann et Kocher, alors que depuis longtemps il avait lui-même indiqué que les résections temporaires du crâne ne donnaient que des résultats illusoires. Quant à la reproduction de la substance osseuse, elle est tout à fait insignifiante, si l'on a eu soin de faire de larges trépanations de 6, 7 et 8 centimètres de diamètre. L'important n'est pas tant de maintenir la trépanation que de la renouveler. Ce qu'il faut chercher avant tout, c'est d'éviter la tension intra-cérébrale. Or, le mieux est de répéter les trépanations.

Il n'est pas nécessaire de fixer la dure-mère au périoste, elle s'écarte d'elle-même et se replie vers les rebords osseux. Il importe de ne pas trop enlever de dure-mère, afin d'éviter la hernie cérébrale.

En somme, il faut faire des trépanations très larges, ne jamais réappliquer de lambeau osseux. Jamais M. Lucas-Championnière n'a constaté aucun accident du côté de la cicatrice.

M. TUFFIER insiste sur la nécessité de réséquer la dure-mère et d'en fixer les bords au périoste.

Ptose du côlon transverse. — M. TUFFIER présente une malade qui portait dans le flanc droit une tumeur intermittente et qui était atteinte de crises d'occlusion intestinale. Il pratiqua la laparotomie et vit qu'il s'agissait d'une ptose du côlon transverse.

M. BRUN a vu une disposition analogue chez un enfant qu'il a opéré d'une appendicite.

M. MICHAUX a vu deux cas semblables chez des malades atteintes de pyo-salpinx.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'hygiène des diabétiques (1), par A. PROUST, professeur à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et A. MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.

Le diabète sucré n'est pas une maladie uniforme, toujours identique à elle-même. Le traitement hygiénique doit être institué à part, non seulement pour chacune des formes du diabète, mais pour chacun des diabétiques en particulier. Du reste, le régime et l'hygiène ne doivent pas se préoccuper exclusivement de faire disparaître le plus complètement possible la glycosurie. On n'arriverait souvent à obtenir sa réduction maxima qu'en exposant les malades à de graves dangers d'auto-intoxication. Il convient d'attribuer une part d'attention tout aussi grande à l'état des forces et de la nutrition générale qu'à la déperdition du sucre par les urines. Le régime et l'hygiène convenables ne seront souvent établis qu'à la suite d'une série de tâtonnements. Les auteurs se sont efforcés de mettre le médecin à même de faire ces tâtonnements successifs avec des éléments suffisants d'information.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les droits du médecin et ceux de la sage-femme.

Il n'est pas toujours facile à un médecin, surtout dans les petites localités, de vivre en bonne intelligence avec les sages-femmes, dont quelques-unes ne se contentent pas de se livrer plus ou moins ouvertement à l'exercice illégal de la médecine, mais tiennent parfois des propos portant atteinte à la considération professionnelle de l'homme de l'art. C'est ce qui était arrivé à un de nos confrères des Côtes-du-Nord, qui, dans différents cas où il avait été appelé à donner des soins à des femmes, s'y était refusé absolument, en faisant connaître ses intentions au domicile des intéressés seulement et non en public. La sage-femme en question, qui, à maintes reprises, s'était opposée à l'appel de notre confrère et avait même une fois proféré des paroles injurieuses et blessantes à l'égard du médecin, jugea bon d'appeler celui-ci devant le tribunal de paix de Lamballe pour se faire allouer des dommages-intérêts. Le 14 octobre dernier, le juge de paix a débouté la demanderesse et l'a condamnée aux dépens, en basant sa décision sur des considérants que nous reproduisons ci-dessous, parce qu'ils expliquent bien quel est le rôle respectif du médecin et de la sage-femme auprès d'une parturiente. Voici le jugement, d'après la *Semaine médicale* :

« Considérant que dans la plupart des cas, et notamment lorsqu'il y a lieu de procéder à des opérations spéciales, le docteur en médecine exerce près d'une femme en couches un rôle prépondérant et la sage-femme un rôle secondaire;

Qu'en raison même de cette prépondérance, le docteur en médecine demeure seul chargé par l'opinion publique, trop souvent aveugle, de la responsabilité morale des accidents qui arrivent, alors même que ces accidents proviennent de pratiques préalables mauvaises ou défectueuses, exercées cependant hors de sa présence, sans son concours et sans son assentiment;

Qu'il a donc, indépendamment de l'intérêt majeur de la

(1) In-16 (Biblioth. d'hyg. thérap.). Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

santé et quelquefois même de la vie de ses clients, un intérêt personnel pour la défense de sa réputation professionnelle, à ce que ces soins préalables soient donnés conformément aux règles de l'art médical et à refuser sa collaboration à des praticiens qui refusent de suivre les avis conformes à ceux de la Faculté qu'il leur a antérieurement donnés;

Que pour ces raisons, et sauf dans les cas d'extrême urgence où il serait inhumain de refuser son concours immédiat, il nous paraît incontestable qu'un docteur en médecine, soucieux des véritables intérêts de ses clients aussi bien que de sa réputation professionnelle (à la condition, toutefois, d'observer une réserve de langage exempte d'injures, de diffamation et de dénigrement), a le droit absolu de mettre les personnes qui l'appellent près d'elles en demeure de choisir entre lui et les médecins, sages-femmes ou auxiliaires avec lesquels on voudrait l'obliger à collaborer, alors surtout que ces collaborateurs ou auxiliaires seraient notoirement connus comme ayant pour habitude constante d'employer, en temps inopportun, avant l'arrivée du docteur et sans son assentiment, des moyens surannés, aujourd'hui reconnus dangereux et qui, comme tels, sauf leur application à certains moments exclusivement limités, sont formellement réprouvés par les Facultés de médecine et notamment par celle de Paris;

Qu'en conséquence, en refusant à ses clients de collaborer avec la sage-femme Y..., dans les conditions relevées par l'enquête, le docteur X... n'a fait qu'user d'un droit légitime, au cours de l'exercice d'un devoir professionnel que, sans sollicitation de sa part, il était appelé à remplir... » (*Journal de médecine de Paris.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgie. — Composition écrite : MM. Delbet, 26; Cazin, 24; Genouville, 24; Jayle, 23.

— Le jury du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le lundi 24 avril, est provisoirement composé de MM. Guyot, Marie, d'Heilly, Letulle, Potain, Brault, A. Marchand.

— Par décision ministérielle, en date du 9 avril 1899, M. Mainguy, médecin aide-major de première classe au 35e régiment d'infanterie, est mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour être affecté à l'escadron de spahis soudanais.

— Par décision ministérielle, en date du 13 avril 1899, M. le médecin de première classe Barrat a été nommé, après concours, pour cinq ans, à l'emploi de professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. le médecin de première classe Torel, rattaché au port de Toulon.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Gérard, agrégé des sciences physiques, remplira, en cette qualité, les fonctions d'agrégé de chimie, devenues vacantes par suite du décès de M. Biarnés. M. Gérard est chargé d'un cours de chimie biologique.

M. Ribaud est chargé de conférences de pharmacie; nommé chef des travaux de chimie, en remplacement de M. Biarnès, décédé; et chef des travaux de pharmacie, en remplacement de M. Gérard, appelé à d'autres fonctions.

M. Laborde, docteur en médecine, pharmacien de première classe, est nommé adjoint des travaux de chimie, en remplacement de M. Ribaud, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Maurel, ancien chargé d'agrégation, est chargé d'un cours de pathologie expérimentale.

— MM. Thibault, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, et Lasserre, médecin stagiaire des colonies, sont autorisés à permuter.

— *Institution nationale des sourds-muets.* — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, vient d'autoriser la création de cours publics gratuits pour les sourds-muets adultes à l'Institut national de Paris. — Les cours d'articulation, de lecture sur les lèvres, de langue française, d'arithmétique, d'écriture, etc., commenceront à partir du 1er mai prochain, et seront faits, plusieurs fois par semaine, par MM. les professeurs de l'Institution nationale. Ils auront lieu le soir de huit heures et demie à dix heures. A la fin de l'année, des récompenses seront décernées aux élèves les plus méritants.

Les cartes d'admission sont délivrées dès aujourd'hui au secrétariat de l'Institution nationale des sourds-muets, 254, rue Saint-Jacques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beaume (de Cormery); Bonin, médecin de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest; Sibut (de Nancy), médecin-major attaché à la mission Gentil, au lac Tchad, décédé à Libreville; Touzelin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le professeur Alfred Fournier reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 21 avril, à dix heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (dix heures).

Les jeudis à dix heures, conférences complémentaires par MM. les chefs de laboratoire, chefs de clinique et anciens internes du service.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gosset, prosecteur, commencera, à l'École pratique, le lundi 17 avril, à une heure et demie, sa première démonstration sur les opérations pratiquées sur l'appareil urinaire.

M. Fredet, prosecteur, commencera à l'École pratique, le mardi 18 avril, à une heure, sa première démonstration sur les opérations pratiquées sur les os et les articulations (trépanation, sutures osseuses, arthrotomie, etc.). — Le nombre des élèves admis à chacun de ces cours est limité à vingt. — S'inscrire au secrétariat (guichet no 3), de midi à trois heures, les lundis, jeudis et samedis.

M. Cunéo, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration à l'École pratique (pavillon no 3), le mardi 18 avril, à une heure et quart précise.

— *A l'hôpital.* — Un professeur de clinique à un malade : « Quelle est votre profession ? » Le malade qui a une fluxion de poitrine : « Musicien, Monsieur. » Le professeur à ses élèves : « Enfin, Messieurs, je trouve ici l'occasion de vous démontrer ce que je vous ai si souvent dit à l'amphithéâtre : c'est que la fatigue et les efforts causés dans l'appareil respiratoire par l'action de souffler dans les instruments de musique étaient une cause fréquente de l'affection dont cet homme se plaint aujourd'hui. » Puis, au malade : « De quel instrument jouez-vous ? » Le malade : « De la grosse caisse. » (*Rev. méd. du Canada.*)

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — MARDI 18 AVRIL 1899. 72e ANNÉE. MARDI 18 AVRIL 1899. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 17 avril 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un peu partout on commence à s'occuper, sérieusement, de la prophylaxie de l'alcoolisme. Il était digne, de la part des médecins des hôpitaux, de se mettre à la tête de ce mouvement. Il sont mieux que personne placés pour dire la bonne parole et combattre le bon combat, et s'ils veulent devenir les agents déterminés d'une propagande active et *surtout continue*, il est certain que leurs efforts seront couronnés de succès.

Dans la dernière séance de la Société médicale, sur la proposition de M. le professeur Debove, une commission a été instituée. MM. Debove, Joffroy, Marie, Le Gendre, Jacquet, Siredey, Béclère, Courtois-Suffit et Triboulet ont été nommés membres de cette commission. Ils se mettront d'accord sur les termes d'un rapport qui servira de texte à une discussion plus approfondie, à laquelle prendront part tous les membres de la Société.

Nous aurons, j'espère, bientôt l'occasion de résumer cette importante discussion.

M. Galliard étudie le rhumatisme sacro-iliaque. Cette détermination du rhumatisme que l'on connaît mal et dont on ne trouve pour ainsi dire la description nulle part, se traduit, non pas par de la rougeur ou du gonflement, mais seulement par de la douleur spontanée et provoquée. On le confond presque toujours ou avec le lumbago ou avec le rhumatisme des muscles fessiers ou avec la sciatique. Il semble obéir aux mêmes lois que le rhumatisme des mêmes jointures; M. Galliard en rapporte trois exemples intéressants observés chez des hommes. Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, chez qui le rhumatisme aigu, fébrile, de l'articulation sacro-iliaque gauche a précédé une méningite pneumococcique sans pneumonie.

Dans un second cas, il s'agit d'un homme de trente-trois ans, atteint récemment de fièvre typhoïde et conservant des signes de parésie intestinale ; ce sujet avait, en même temps qu'une douleur localisée à l'articulation sacro-iliaque gauche, de vives douleurs sur toute la longueur de la colonne vertébrale, pouvant faire songer tout d'abord à une méningite spinale. La suite des événements montra qu'il s'agissait d'un rhumatisme vertébral coïncidant avec le rhumatisme sacro-iliaque.

Le troisième cas concerne un homme de trente-neuf ans, atteint de rhumatisme blennorragique de l'articulation sacro-iliaque gauche, se terminant par la guérison au bout de deux mois.

M. Antony donne lecture au nom du docteur Bisenis d'une observation d'érythème survenu pendant la convalescence de la grippe.

OBSERVATION D'UN CAS DE PÉRIOSTITE CHRONIQUE, SUPERFICIELLE, DE L'APOPHYSE MASTOÏDE, GUÉRIE PAR LA PULVÉRISATION D'IPSILÈNE IODOFORMÉ

Par M. le docteur E. Menière, médecin-adjoint des sourds-muets, du dispensaire Furtado-Heine, etc.

Je viens donner la relation succincte d'un fait qui me paraît intéressant. Je veux simplement prendre date, car je continue l'expérimentation de la médication qui fait le sujet de ce travail.

Observation. — Mlle X..., dix ans, bonne santé habituelle, un peu lymphatique cependant, a eu en décembre 1898 une otite moyenne aiguë, à gauche, avec perforation du tympan, et écoulement purulent, assez rapidement tari, paraît-il.

Trois semaines après la fin de sa maladie, l'enfant ressentit quelques douleurs du côté de l'apophyse mastoïde, sans fièvre ni température.

La petite malade me fut amenée le 6 janvier 1899. Le pavillon était écarté de la tête, et les pressions exercées avec les doigts étaient douloureuses, surtout vers la pointe de l'apophyse.

L'examen du conduit me permit de voir un tympan normal, un peu grisâtre, sans trace de perforation. Pas d'écoulement. La paroi postéro-supérieure du conduit était légèrement abaissée.

Les moyens thérapeutiques employés pendant quelques jours ne donnant aucun résultat, j'expliquai à la famille la nécessité urgente d'une intervention opératoire, qui empê-

cherait des complications plus sérieuses. Les parents acceptèrent.

Le 10 janvier, je fis une incision circulaire dans le sillon rétro-auriculaire, puis un large débridement de toute la région. Je trouvai un point carié, à la face antéro-inférieure de la pointe mastoïdienne.

La partie malade fut curetée avec soin. Pas de communication avec les cellules. Aucun autre point de l'os n'était atteint.

Je fis un pansement à la gaze iodoformée dans le conduit et dans la plaie.

Pendant quinze jours tout marcha à souhait. Au bout de ce temps, sans qu'aucun symptôme se soit manifesté, je retirai les deux mèches de gaze tachées de pus.

Un stylet introduit alternativement par l'oreille et la plaie me fit constater une dénudation osseuse assez limitée, mais sans carie.

J'enlevai avec la curette quelques bourgeons charnus du fond de la plaie, et je fis usage, pendant quinze jours, de lavages à l'eau oxygénée, au formol, sans modification aucune; je plaçai aussi des crayons d'iodoforme.

Je dus expliquer aux parents qu'il avait dû se faire une poussée subaiguë, ayant amené la dénudation d'une partie de la paroi osseuse, et que probablement il faudrait une nouvelle intervention pour assurer la guérison.

Le jour même, le hasard me fit lire un article du docteur Coudray sur les bons résultats qu'il avait eus en se servant des pulvérisations d'ipsilène iodoformé lancées dans des trajets fistuleux de nature variée.

L'ipsilène est un chlorure d'éthyle obtenu par un procédé spécial, qui, tenant en suspension l'iodoforme ou d'autres antiseptiques, sert à faire de fortes pulvérisations pénétrant facilement partout et imprégnant violemment les divers tissus de poudre d'iodoforme.

C'est cette forte imprégnation qui est la chose essentielle et utile.

J'eus l'idée d'expérimenter ce moyen chez ma petite malade. Grâce à la très aimable obligeance de M. Guilmeth, l'inventeur du procédé, je fis une première pulvérisation (environ 25 à 30 centigrammes d'iodoforme) par l'oreille, et dans le trajet fistuleux mastoïdien.

Au bout de six jours, diminution notable de l'écoulement. Une seconde pulvérisation plus forte (75 centigrammes) amena une amélioration plus prononcée.

Enfin, la troisième (75 centigrammes) donna une guérison complète en six jours.

Ces excellents effets, obtenus si rapidement, me surprirent un peu, je l'avoue. Mais il faut s'incliner devant le fait.

Je m'abstiens de toute conclusion et de toute discussion, car une seule observation est insuffisante. Mais je continue mes expériences et je ne manquerai pas d'apporter les résultats qui pourront être obtenus par cette médication.

LUXATION DU SACRUM EN AVANT

SANS DISJONCTION DU PUBIS; GUÉRISON

Par M. le docteur WILHEEM, médecin de l'hospice de la Salle, à Pompey.

La luxation du sacrum étant chose rare, la survie chez les individus ayant subi ce traumatisme étant exceptionnelle, la littérature médicale étant presque dépourvue d'observations concluantes, j'ai cru qu'il y aurait quelque intérêt à publier le cas de luxation du sacrum en avant sans disjonction du pubis, cas qu'il m'a été donné d'observer à l'hospice de Pompey.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans qui, le 25 septembre 1898, ayant chargé des bocages (1) sur le plateau du monte-charge des hauts-fourneaux, monte-charge qui venait de prendre sa marche ascensionnelle, préparait d'autres bocages pour les charger sur le plateau qui devait descendre. Le plateau descendit trop vite, l'homme ne put se sauver et fut pris sous le monte-charge. La cage du monte-charge descendait en quelques secondes d'une hauteur de 21 mètres environ. Le plateau et la cage du monte-charge pèsent environ 1 600 kilogrammes et les deux wagonnets qu'ils supportent pèsent 600 kilogrammes, ce qui donne un poids total de 2200 kilogrammes. Cette charge formidable pesa pendant vingt minutes environ sur le bassin et sur le tronc de notre homme avant qu'on pût le dégager.

D'après les renseignements recueillis, l'homme fut atteint au vertex, à l'occiput et fut projeté la face en avant.

A son entrée à l'hospice le 25 septembre au soir, le blessé était dans le coma le plus profond. La face était violacée, vultueuse et complètemeut cyanosée. La cyanose s'étendait à la face antérieure du cou et à la face antérieure du thorax. En soulevant les paupières on constatait une hémorragie sous-conjonctivale double. Les pavillons des oreilles étaient cyanosés. La fosse nasale droite était le siège d'un léger écoulement sanguin. Les bras et les avant-bras étaient cyanosés. Les membres inférieurs étaient en résolution complète et complètement froids.

A la pression du doigt, le thorax donnait la sensation d'un empâtement s'étendant depuis le premier espace intercostal droit jusqu'au sixième espace. Cet empâtement se prolongeait sur la partie latéro-interne droite du thorax. Ce n'était pas l'emphysème sous-cutané, c'était une sorte d'œdème des téguments. A l'auscultation de la face antérieure du thorax, on entendait rhoncus et sibilances et un véritable bruit de tempête. Le pouls était petit, filiforme et battait à 140. Rien de particulier du côté du foie, de la rate, de l'abdomen. Le ventre n'était pas ballonné et on ne percevait pas le globe vésical.

Impossible de pousser plus avant l'exploration du blessé auquel on fit des injections de caféine, d'éther; je pratiquai le cathétérisme de la vessie qui ne donna que quelques centimètres cubes d'une urine claire tout d'abord, mais légèrement sanguinolente dans la suite.

En raison du coma dans lequel gisait notre blessé, en raison du traumatisme subi, le pronostic nous paraissait non seulement grave, mais désespéré.

Le 26 septembre le tableau était changé. Le blessé avait repris connaissance. Le pouls était à 120, l'auscultation révélait les mêmes rhoncus, les mêmes sibilances, les mêmes bruits de tempête que la veille. Les membres inférieurs étaient encore en résolution, point d'exagération des réflexes. J'essayai de pratiquer l'exploration de la colonne vertébrale, ainsi que l'examen de la partie postérieure du thorax. Il fallut y renoncer en raison de l'état du blessé. Nous ne pouvions donc que préjuger des lésions du bassin. Les jours suivants les fonctions de l'intestin et de la vessie étaient régulières, et le 29 septembre seulement il y eut une légère hématurie. La face restait cyanosée, les conjonctives étaient encore injectées, mais les signes thoraciques s'étaient considérablement amendés. J'essayai de faire asseoir le blessé et, cette fois, il accusait une douleur généralisée du côté de la colonne vertébrale sans pouvoir localiser cette douleur.

Un fait attira notre attention. Le blessé, qui jusqu'alors avait conservé une attitude à peu près horizontale et dont le corps semblait appuyer à peu près exactement sur le plan du lit, avait pris une position oblique du côté droit. Le bassin était ensellé et permettait de passer la main entre la

(1) On appelle *bocages* les lames de laitier refroidi qui coulent de la bouche des hauts-fourneaux dans des sillons creusés dans la terre.

colonne vertébrale et le plan du lit. Je fis rouler le blessé sur son plan latéral gauche; je constatai une vaste ecchymose qui s'étendait obliquement sur toute la face postérieure du thorax, en suivant une ligne partant des derniers espaces intercostaux du côté droit et allant jusqu'à la crête iliaque gauche. Cette ecchymose marquait exactement le siège de la contusion produite par le monte-charge. Nous pouvions donc préjuger que la compression produite par le plateau du monte-charge avait eu lieu obliquement sur le bord inférieur et postérieur du thorax et uniquement sur le bassin.

La colonne vertébrale était le siège d'une scoliose latérale gauche dans sa portion dorsale et d'une forte lordose dans sa portion lombo-sacrée. Les deux crêtes iliaques postérieures forment une saillie énorme, et le bord postérieur de la crête iliaque gauche en particulier, touche presque le rebord inférieur des dernières côtes du côté gauche. Les vertèbres n'étaient le siège d'aucune douleur ni d'aucun déplacement, le sacrum lui-même, enfoncé comme un coin à sa partie supérieure, et faisant une forte saillie en dos d'âne à sa portion moyenne, n'était le siège d'aucune douleur. L'élément douleur apparaissait seulement lorsque le blessé essayait de prendre une position horizontale et disparaissait alors qu'il prenait une position intermédiaire entre la position assise et la position horizontale.

Le 10 octobre, les symptômes généraux de compression, de commotion cérébrale et viscérale ayant disparu, je pus faire lever le blessé, et voici ce que je constatai : la face antérieure du corps présentait les caractères suivants : cyanose généralysée de la face, ecchymose sous-conjonctivale double persistante, cyanose généralisée de la face antérieure du cou, du tronc, des avant-bras et des bras; thorax globuleux, clavicules saillantes, léger enfoncement de la pointe du sternum, aplatissement général du thorax au niveau des dernières côtes, ventre retracté et pubis indolore.

La face postérieure du corps présentait les caractères suivants : thorax légèrement voûté, omoplates saillantes. L'ecchymose déjà signalée occupe le siège décrit ci-dessus. La colonne vertébrale présente une légère courbure latérale droite au niveau de la région dorsale, et une forte lordose au niveau de la région lombo-sacrée. Le sacrum paraît avoir une courbure exagérée; les deux os des iles font une énorme saillie, en particulier la crête iliaque gauche. Le tronc tout entier est fléchi sur le bassin, ce qui empêchait la station debout.

Le 20 novembre, à sa sortie de l'hôpital, le blessé marchait avec deux cannes; il avait une attitude générale oblique du côté gauche, avec flexion notable du tronc en avant. Le bassin tout entier semble avoir subi une projection d'arrière en avant et de haut en bas, les gouttières iléo-sacrées sont très profondes, en particulier la gouttière iléo-sacrée gauche. Lorsque le blessé marche, il exécute un mouvement de balancement du tronc analogue à celui d'un homme porteur d'une luxation congénitale double de la hanche. Autre phénomène curieux mais logique : le blessé était devenu plus petit de taille. Il mesurait, alors qu'il était soldat, 1m64, et aujourd'hui il ne mesure plus que 1m58; il a donc perdu 6 centimètres de sa taille.

Comme troubles fonctionnels, cet homme n'accusait à sa sortie que quelques fourmillements au niveau de la plante des pieds. Cependant les réflexes du côté des membres inférieurs sont abolis, et il existe quelques fourmillements du côté des orteils.

En résumé, de tous les symptômes énumérés précédemment, il ne restait que la luxation du sacrum sans disjonction du pubis.

Cette observation nous a semblé curieuse aux deux points de vue suivants :

1° En raison des phénomènes généraux présentés par le blessé;

2° En raison de la rareté de la luxation du sacrum en avant, sans autre lésion du bassin, et en raison du mécanisme par lequel ce grand traumatisme a eu lieu.

I. Phénomènes généraux. — Commotion, contusion et congestion cérébrale, tels ont été les phénomènes généraux observés chez le blessé. Leur gravité a été extrême d'emblée. Il est évident que la pression du monte-charge a produit au niveau du vertex et de l'occiput un excès de tension du liquide céphalo-rachidien. Une semblable tension a dû se produire du côté de la colonne vertébrale et particulièrement au niveau de la région lombo-sacrée. Le liquide céphalo-rachidien a pu être repoussé à la périphérie de l'encéphale, vers la fente de Bichat, les ventricules latéraux, et le quatrième ventricule cérébral; mais, en raison de la compression qui s'est produite au niveau du sacrum et de la portion lombo-sacrée de la colonne vertébrale, le liquide céphalo-rachidien n'a pas pu s'échapper vers le canal central de la moelle. On peut donc invoquer, outre la commotion cérébrale, la compression et même la contusion cérébrale : témoin le coma, le refroidissement des extrémités, la vitesse du pouls, la lenteur de la respiration. Du côté de la moelle les phénomènes dus à la commotion ont été presque nuls, à moins qu'ils aient été masqués par les phénomènes cérébraux, ou qu'ils nous aient échappé, ce qui n'est pas étonnant, étant donné leur caractère transitoire.

L'hémorragie sous-conjonctivale double, observée chez le blessé au moment de son accident, donne lieu à différentes interprétations.

Elle pouvait être due à la commotion ou à la congestion, soit même aux deux causes réunies. On sait que les ecchymoses sous-conjonctivales peuvent être spontanées ou symptomatiques de fractures du crâne ou de l'orbite. Il est évident qu'il faut éliminer ici l'ecchymose spontanée.

Quant aux ecchymoses symptomatiques d'une fracture du crâne, ou des parois orbitaires, elles n'arrivent dans le cul-de-sac sous-conjonctival qu'après une migration qui exige plusieurs jours. Elles apparaissent dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, elles sont généralement plus épaisses et s'accompagnent d'une tuméfaction notable de la conjonctive. Aucun de ces caractères n'existait chez notre blessé.

En l'absence de fracture du crâne, en l'absence de fracture de l'orbite, on pouvait penser que l'hémorragie sous-conjonctivale double pouvait être due à une paralysie des vaso-moteurs produite par la tension du liquide céphalo-rachidien, s'infiltrant dans le tissu aréolaire de la deuxième portion du nerf optique, et passant ensuite dans la troisième portion de ce nerf, et venant exercer son action sur l'aponévrose orbitaire, et sur toute la face postérieure du globe de l'œil.

L'apparition de l'ecchymose sous-conjonctivale double au moment même de l'accident, sa généralisation d'emblée à toute la conjonctive, sa résorption lente, la persistance de la coloration ocre de cette ecchymose nous ont permis d'émettre cette hypothèse.

L'écoulement sanguin de l'oreille, celui des fosses nasales, la légère hématurie ne méritent pas une mention spéciale, étant donné leur bénignité et leur caractère fugace. Il n'en est plus de même de la cyanose généralisée du visage, du cou, du tronc, des membres supérieurs.

Qu'on se rappelle que le monte-charge avait comprimé le

bord inférieur et postérieur du thorax ainsi que le bassin ; qu'on se rappelle que cette compression était due à un poids de 2000 kilogrammes, que cette charge a pesé pendant vingt minutes environ sur le blessé, on aura l'explication des extravasations sanguines qui se sont produites du côté de la peau et des muqueuses, et l'on comprendra leur localisation à la face supérieure du tronc. Quant aux symptômes pulmonaires révélés à l'auscultation, quant aux rhoncus, aux sibilances, au bruit de tempête, ils s'expliquent aussi par la compression brusque des poumons, mais surtout par la diminution brusque de pression qui a déterminé un œdème mécanique révélé dès le début de l'accident par les symptômes précités.

II. Mécanisme. — C'est le deuxième point qui nous a paru rendre notre observation intéressante. La luxation du sacrum, ou plutôt cette disjonction des symphyses sacro-iliaques est excessivement rare et elle ne peut s'obtenir, d'après Tillaux (1), que dans une seule circonstance, c'est-à-dire dans la luxation du sacrum en avant. Malgaigne (2), en a rapporté trois exemples. Philippe de Chartres (3) a rapporté à l'Académie de médecine un exemple de luxation isolée de l'une des symphyses sacro-iliaques, sans complication de fracture de l'os des iles et sans disjonction de la symphyse pubienne. Son malade est mort le vingtième jour. Foucher (4) a rapporté une observation de luxation du sacrum produite par le passage sur le bassin d'une roue de voiture pesamment chargée. Le malade succomba le cinquième jour : la symphyse pubienne était intacte, mais l'os iliaque gauche était fracturé. Salleron (5) rapporte un exemple de luxation de la symphyse iliaque sans aucun déplacement de la symphyse pubienne. Hermann Lossen (6) et Albert Hoffa (7) rapportent des observations semblables.

Les expériences de Feré et de Péruchet (8) ont prouvé qu'il est possible de provoquer la luxation du sacrum avec ou sans fracture du pubis, par un choc appliqué sur le sacrum, sans que le bassin soit appuyé en avant. Les observations de Cooper et de Gibson, sont incomplètes et ne sauraient nous donner une idée exacte du mécanisme de la luxation observée par ces auteurs.

Je crois que notre observation peut être rapprochée de celle de Foucher, dans laquelle le blessé est tombé en avant, le bassin reposant sur le sol par le pubis et les deux épines. Dans notre cas, le plateau du monte-charge, agissant en qualité de surface plane, avait comprimé la partie postéro-inférieure du thorax ainsi que le sacrum. S'il n'y a pas eu de disjonction du pubis, c'est qu'il est probable que le blessé, dans sa chute en avant, a été protégé par la demi-flexion des cuisses sur le bassin, ainsi que par la flexion des bras sur le tronc et leur point de contact avec le sol. Les membres supérieurs ainsi que les membres inférieurs ont supporté une partie du poids des 2200 kilogrammes du monte-charge arrivé au bas de sa course, en quelques secondes : d'où phénomènes de congestion de la partie supérieure du corps, luxation simple du sacrum, lésions viscérales relativement minime et guérison du blessé en deux mois.

Dans ces conditions, l'arc pelvien comprimé directement d'arrière en avant s'est entr'ouvert au point de permettre seulement la disjonction des os des iles et la luxation du sacrum. Si l'écartement pelvien s'était porté plus loin, nous aurions eu soit la fracture par arrachement du sacrum de Voillemier, soit la double fracture verticale de Malgaigne et peut-être même la quadruple fracture de Panas.

Autre explication moins classique. On peut penser que le monte-charge a pesé d'abord sur les épaules de notre homme ; ce dernier n'étant pas prévenu, la colonne vertébrale a dû recevoir tout le poids du monte-charge, et produire ainsi le premier temps de la luxation, c'est-à-dire poussée du sacrum en bas et en avant. Cette poussée était limitée par le ligament iléo-sacré ; à ce moment le monte-charge continue sa marche, et plie l'homme en forme de Z ; la colonne dorsale devient concave en avant, la colonne lombaire devient convexe en avant ; en un mot il y a eu exagération très prononcée des courbures normales de la colonne vertébrale. A ce moment survient l'aplatissement du bassin, qui lui-même peut s'échapper en avant dans sa partie supérieure. L'exagération des courbures normales de la colonne vertébrale, la poussée du sacrum en avant et en bas nous donnent l'explication de la diminution de la taille de notre homme, diminution de 6 centimètres, qu'on aurait pu peut-être attribuer à un simple tassement des vertèbres.

(1) Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 231.
(2) Malgaigne. *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 774.
(3) In Follin et Duplay. T. III, p. 337.
(4) Foucher. In Follin et Duplay, loc. cit.
(5) Salleron. *Arch. gén. de méd.*, 1871, vol. II, p. 34.
(6) Hermann Lossen. *Deuts. Chir.*, Lief. LXV, p. 11.
(7) A. Hoffa. *Lerbuch der fracturen und luxations*, 1891.
(8) Féré. Fractures du bassin, *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 123. — Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin, *Progrès méd.*, 1880.

NOTE A PROPOS DE LA TRÉPANATION DANS L'ÉPILEPSIE

Par M. le docteur S. Berezowski.

Le premier qui a pratiqué l'excision de la dure-mère, pour obtenir la décompression complète dans les cas d'exagération de la pression intracranienne, est M. le professeur Kocher (de Berne). Il l'a pratiquée, pour la première fois, le 1er octobre 1898, dans un cas de récidive d'épilepsie essentielle. Il recommandait l'excision de la dure-mère, se basant sur les résultats de mes recherches expérimentales relatives au rôle ossificateur de la dure-mère et sur l'examen de vingt-neuf malades anciens.

LES RÉVOLTES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

ET LE MOYEN DE LES PRÉVENIR

Par le docteur E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef de Ville-Évrard.

I

Les journaux politiques ont parlé ces temps derniers d'une mutinerie sans importance des enfants épileptiques de Bicêtre, la qualifiant de révolte et la rapprochant à tort de l'émeute qui s'était produite dans cet établissement en mai 1890. L'attention s'est trouvée ainsi appelée de nouveau sur la possibilité de ces soulèvements dans les asiles et l'occasion est propice d'examiner de rechef de près ce point curieux de la folie, dont j'ai entretenu la Société médico-psychologique, il y a huit ans, d'autant plus que, si la presque totalité des aliénistes meurent sans avoir jamais assisté à une révolte d'aliénés, car l'événement est encore

assez rare, plus favorisé, j'ai eu occasion, dans mon service, d'en voir une et aussi une grève.

Pourquoi les révoltes si fréquentes parmi ceux privés de ce bien suprême : la liberté, n'éclatent-elles qu'à titre exceptionnel dans nos maisons? Ce n'est pas le bien-être et le confortable de nos établissements qui expliquent seuls cette rareté, car si ce bien-être et ce confortable suppriment une cause qui, très souvent, amène les émeutes dans les prisons, ils laissent subsister le mobile qui pousse le plus à s'insurger, le désir d'être libre. Mais toujours et partout, le complot suivi de révolte suppose une grande suite avec ténacité dans les idées, une confiance absolue des complices les uns vis-à-vis des autres, et enfin l'espoir du succès. Or, parmi les aliénés, la première de ces trois conditions ne se rencontre que chez un assez petit nombre de malades. Il est évident que ce n'est point l'idiot, cet indigent de l'esprit, ni le dément, ce ruiné de l'intelligence, pas plus que le maniaque agité, encore moins le mélancolique replié sur lui-même ou plongé dans la stupeur, qui entreverra un but, cherchera et trouvera les moyens de l'atteindre, puis entraînera à sa suite ses compagnons d'infortune. Donc ceux-là seuls parmi les aliénés sont susceptibles de comploter qui conservent leurs facultés syllogistiques indispensables pour concevoir un plan, le dissimuler et l'exécuter. Mais alors chez eux manque la deuxième condition, la confiance réciproque.

La folie est une infortune qui s'ignore, a dit avec beaucoup d'esprit Baillarger, et cela est vrai dans la plus grande majorité des cas; mais si la folie est inconsciente de son propre état, elle est très consciente de l'état du voisin. Et ce sont précisément les aliénés qui, par l'intégrité de leurs facultés de raisonnement, seraient les plus aptes à conspirer, tels les délirants systématiques; ceux que le grand public appelle les monomanes, qui sont les plus judicieux appréciateurs des troubles vésaniques de leurs camarades. Enfin, cette conservation du raisonnement, qui permettrait d'ourdir la révolte, permet aussi d'apprécier les faibles chances de réussite de l'entreprise. Peu nombreux, sans armes, certains de voir accourir tout le personnel au moindre signal d'alarme, ces malades prévoient la défaite et une aggravation possible de leur situation. Pour se révolter dans ces conditions si désavantageuses, il faut, ou être entraîné par des instincts pervers, dont on n'est pas maître, ou vouloir quand même, par un scandale, attirer l'attention. Ce dernier motif, très rare toutefois, fut justement celui qui présida à la révolte dont j'ai été témoin, et que je raconterai en détail un peu plus loin, car il est un exemple peut-être unique d'un complot entre deux monomanes.

Pour les raisons que je viens de donner, l'aliéné d'ordinaire est un solitaire. Par elles, non seulement il ne conspire pas, mais il vit à l'écart, dédaigneux ou indifférent des voisins. Ment-il à la spirituelle définition de Baillarger, par exception, est-il conscient non seulement des infortunes qui l'entourent, mais encore de la sienne, il restera encore seul avec lui-même. Le dédain et l'indifférence seront remplacés par le désespoir et la pitié, voilà tout.

S'il n'y avait donc dans les asiles que de vrais délirants, il n'y aurait probablement jamais de révoltes, mais nos établissements hospitalisent, en outre, des alcooliques dont le délire est éphémère, et qu'on garde un certain temps pour tâcher de les guérir de leur passion de boire; des fous moraux qui ne délirent jamais, mais qui ont les sept péchés capitaux; enfin, des épileptiques qui, dans l'intervalle de leurs crises et des troubles intellectuels immédiatement consécutifs, sont à peu près sains d'esprit. Eh bien! ce sont précisément ces trois groupes d'aliénés non délirants qui fournissent les conspirateurs et les émeutiers.

Jusqu'ici, les épileptiques sont, des trois, ceux qui ont fomenté le plus de révoltes; cela tient beaucoup à leur réunion en assez grand nombre dans des quartiers spéciaux; ils ont ainsi toutes facilités de communiquer entre eux et de s'entendre, tandis que les alcooliques et les fous moraux sont presque toujours dispersés dans les diverses sections de l'asile et mêlés aux autres malades; ils ne se sentent pas les coudes. Si on avait pour eux, comme pour les épileptiques, des divisions spéciales, ils ne manqueraient pas, je crois, les fous moraux surtout, de se révolter. Nous en avons la preuve dans les deux émeutes sérieuses qui ont éclaté à la colonie de Vaucluse, quand le docteur Legrain en était le médecin traitant et dont il a parlé à la Société médico-psychologique. Cette colonie, comme on sait, est destinée aux enfants faibles d'esprit, mais sur 130 enfants qu'elle contient, il y en a pour le moins une quarantaine qui ont commis des actes qualifiés crimes ou délits par le Code pénal, et ils sont avec les autres. Les deux fois il y eut voies de fait, coups et blessures.

J'estime que, comme les épileptiques et les fous moraux, les alcooliques qui, eux aussi, ne sont pas délirants ou ont vite cessé de l'être, se révolteront le jour où une loi permettra de les isoler malgré eux, un laps de temps suffisant pour leur faire passer le goût du vin. Je dois dire, toutefois, qu'en Angleterre et en Suisse, où cette législation existe déjà depuis quelques années, et où il y a des asiles de cures de buveurs, aucune révolte, que je sache, n'a encore éclaté. Le fait est dû, certainement, à la loi anglaise et à la loi helvétique, qui fixent la durée maxima de la contrainte. L'ivrogne sait ainsi d'avance le jour de sa libération, il ne vit pas dans l'incertitude de l'épileptique et du fou moral; or, c'est surtout cette incertitude qui inquiète et pousse à la révolte. Un isolement dont la durée est connue, cette durée fût-elle assez longue, est accepté avec plus de résignation qu'un isolement qui peut être court, mais qui, aussi, peut être indéfini. Aussi avais-je soin, dans le quartier de cure de buveurs que j'ai organisé pour la première fois en France dans mon service de Ville-Évrard, en mai 1894, et que j'ai dirigé pendant trois ans, de fixer à chaque alcoolique dès son entrée, selon l'intensité de son alcoolisme, ses rechutes et les actes délictueux ou criminels commis sous l'influence de la boisson, la durée probable du traitement par l'abstinence. En procédant ainsi, j'ai obtenu des nombreux ivrognes que j'ai soignés, et dont beaucoup devaient rester six mois et plus, une obéissance et une résignation dont j'ai été surpris; cependant, une fois ils se mirent en grève, refusant tout travail, et voici dans quelles circonstances.

A mon avis, Crothers a émis une grande vérité le jour où il a écrit que ceux qui croyaient à l'efficacité du traitement moral pour guérir l'ivrogne, étaient des estropiés restés bien en retard dans le chemin de la crédulité. Pour éteindre l'appétence alcoolique, il n'est qu'un moyen, le même employé pour éteindre l'appétence morphinique : mettre le sujet durant un temps assez long dans l'impossibilité matérielle de satisfaire son appétit. Aussi, ai-je pensé qu'il était enfantin de laisser à des buveurs de l'argent dans les poches et la liberté de circuler, en pensant qu'un prêche bien senti sur les bienfaits de l'abstinence les empêcherait de boire. Je résolus donc, non seulement de les tenir toujours

sous bonne garde, mais encore de ne pas leur permettre d'avoir un sou. Ils se mirent en grève. Quand j'arrivai le matin pour la visite, je les aperçus réunis par groupes sur divers points de la cour; les conversations paraissaient très animées. Je témoignai l'indifférence la plus absolue, me bornant à leur supprimer la ration supplémentaire de lait, de viande et de tabac des travailleurs, puisque volontairement ils restaient inoccupés. Ils avaient pensé que je parlementerais avec eux ou me fâcherais, et grande fut leur déception de constater que je me retirais sans aucun souci de leur grève. Après trois jours, mon attitude n'ayant pas changé et sans doute leur provision de tabac étant épuisée, ils retournèrent tous au travail, n'opposant plus aucune résistance à se laisser dépouiller de l'argent qu'ils pouvaient avoir reçu en cachette de leurs parents au moment des visites. (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 24 AU 29 AVRIL 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 24 AVRIL 1899, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Sébileau et Mauclaire.

1er : MM. Reclus, Poirier et Retterer.

2e (oral, 1re partie) : MM. Blanchard, Walther et Launois.

3e (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Gilles de la Tourette ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Lejars ; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Méry ; — M. Dupré, suppléant.

MARDI 25 AVRIL, à une heure. — 1er : MM. Quénu, Thiéry et Retterer.

2e (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Langlois.

4e (1re série) : MM. Proust, Gley et Vaquez ; — *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (2e série) : MM. Pouchet, Thoinot et Thiroloix ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Berger et Faure ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Troisier et Charrin.

3e (officiat définitif), *Charité* : MM. Dieulafoy, Richelot et Bonnaire ; — M. Marfan, suppléant.

MERCREDI 26 AVRIL, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Retterer et Broca (Aug.).

1er : MM. Rémy, Sébileau et Launois ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Walther et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Reclus, Lejars et Legueu ; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 27 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Retterer et Thiéry.

1er (oral, 1re partie) : MM. Berger, Blanchard et Quénu ; — (2e partie) : MM. Guyon, Rémy et Poirier.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Troisier et Roger ; — (2e série) : MM. Debove, Thoinot et Wurtz ; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 28 AVRIL, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 1er : MM. Lannelongue, Retterer et Sébileau.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Legueu ; — (2e série) : MM. Delens, Blum et Humbert ; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Widal ; — M. Teissier, suppléant.

SAMEDI 29 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Quénu et Faure.

1er : MM. Rémy, Gley et Thiéry.

2e (oral, 1re partie) : MM. Raymond, Poirier et Langlois.

3e (2e partie) : MM. Joffroy, Hutinel et Marfan ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Richelot et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Roger ; — (2e série) : MM. Cornil, Ménétrier et Vaquez ; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Bonnaire et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgie. — Composition écrite : MM. Auvray, 28 ; Michon, 25 ; Banzet, 24 ; Mignot, 21.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine aura lieu dimanche prochain 23 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 avril 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent, savoir :

M. Thibault, par permutation avec M. Lasserre, médecin stagiaire des colonies ; M. Chapeyrou.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 avril 1899, a été nommé médecin auxiliaire des colonies, M. Roubaud, docteur en médecine, officier d'administration adjoint de deuxième classe des hôpitaux militaires hors cadres.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Castellau, médecin de première classe du port de Toulon, est désigné au douzième tour pour aller servir au 1er régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Percheron, décédé.

M. Nollet, médecin de première classe du port de Cherbourg, est désigné au premier tour pour aller servir à l'école de pyrotechnie de Toulon, en remplacement de M. le docteur Martine, qui termine, le 18 avril, ses deux années de prévôté et qui sera affecté au port de Toulon.

M. Mialaret, médecin de première classe, qui termine, le 22 avril, ses deux années à la prévôté de l'île d'Oléron, et qui a été remplacé à ce poste par M. le docteur Ardebert, sera affecté au port de Rochefort.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur E. Kirchberg, médecin en chef honoraire et ancien professeur à l'École de médecine de Nantes, décédé à l'âge de soixante-douze ans.

— *Mot de la fin.* — Un client est allé consulter son médecin pour un petit mal d'œil.

— Bassinez-vous avec de l'eau de roses, lui dit le docteur, et ne sortez qu'avec des « conserves fumées » ; vous savez ce que c'est ?

— Parfaitement.

Deux jours après, le médecin rencontre son client qui, depuis la veille, ne sortait plus qu'avec un jambon sous le bras.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudier.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 45. — JEUDI 20 AVRIL 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 20 AVRIL 1899. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Le Dentu a donné une description complète d'une affection singulière, qu'on désigne du nom d'hyperostose diffuse des os du crâne et de la face, d'hypertrophie diffuse ou de *leontiasis ossea*. Il analyse une observation de ce genre adressée par M. Baudon (de Nice), et, rapprochant de ce fait cinq autres observations qui lui sont personnelles, M. Le Dentu arrive à des conclusions importantes que nous reproduisons plus loin.

Dans la dernière séance, M. Chipault avait fait, en son nom et au nom de M. Berezowski, une communication sur l'ossification de la dure-mère et l'importance de cette ossification au point de vue des résultats de la trépanation pratiquée dans le but d'obtenir la décompression du cerveau (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 389 et 412). Le lendemain, M. Tuffier saisissait la Société de chirurgie de la même question et insistait sur la nécessité absolue, dans la trépanation, d'inciser la dure-mère et de suturer les bords de cette incision au périoste, de façon à les empêcher de se réunir et à maintenir l'ouverture pratiquée dans le crâne. Dans cette séance, M. Cornil, chargé d'un rapport sur la communication de MM. Chipault et Berezowski, a fait connaître en détail les expériences que ce dernier a pratiquées dans son laboratoire. C'est donc là une question à l'ordre du jour.

Par de nombreuses expériences sur les animaux, M. Berezowski a d'abord démontré la faculté qu'a la dure-mère de reproduire de l'os, et cela assez rapidement. Il a étudié cette reproduction osseuse au point de vue histologique. Le fait clinique en lui-même n'est pas nouveau, et il y a longtemps que M. Lucas-Championnière avait dit que les trépanations craniennes, faites dans le but d'obtenir la décompression du cerveau, doivent être renouvelées, la perte de substance osseuse se comblant assez rapidement par la formation d'os nouveau.

Quoi qu'il en soit, M. Berezowski a montré la nécessité, non seulement d'inciser la dure-mère, mais encore de fixer les bords de cette incision de façon à ce qu'ils ne puissent se rapprocher. Ce serait Kocher (de Berne) qui aurait pratiqué le premier, sur le vivant, cette opération dans les conditions indiquées par M. Berezowski, et c'est ce procédé opératoire qu'a adopté récemment M. Tuffier sur deux malades qu'il a présentés à la Société de chirurgie. Lorsqu'on voudra, soit dans l'épilepsie jacksonienne, soit dans d'autres cas analogues, obtenir une décompression du cerveau, il faudra donc, non plus seulement se contenter de pratiquer une trépanation cranienne, mais aussi inciser la dure-mère et fixer les bords de cette incision au périoste, de façon à maintenir une ouverture définitive.

Il y a des gens qui poussent vraiment un peu trop loin l'amour du paradoxe; tels nous paraissent être les antivaccinateurs qui considèrent la variole comme un admirable travail de l'organisme, comme un bienfait, comme la plus heureuse chance qui puisse vous arriver, et, partant, regardent comme un crime la vaccination. Il est vraiment difficile de s'imaginer comment de pareilles idées peuvent être soutenues, défendues et adoptées par un assez grand nombre d'individus pour former une ligue, la ligue des antivaccinateurs. M. Hervieux, qui a traité cette question dans cette séance, a jugé comme elles le méritent ces élucubrations et en a pris prétexte pour rappeler tous les méfaits de la variole, cette maladie qui défigure et rend souvent aveugle, quand elle ne tue pas. Il a surtout insisté sur ses rapports avec la tuberculose, en s'appuyant plus particulièrement sur les recherches de M. Landouzy. Le varioleux, dangereux hier pour ses compatriotes, le sera donc encore demain en devenant un tuberculeux. Comme on le pense bien, M. Hervieux, en rappelant ces faits, a de nouveau plaidé en faveur de la vaccine obligatoire. Celle-ci serait, en effet, la seule réponse à faire à la propagande des antivaccinateurs.

Signalons, en terminant, une communication de M. Ducroquet, sur un nouveau traitement de la luxation congénitale de la hanche.

TRÉPANATION ET ÉPILEPSIE

Par M. Gilbert BALLET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Je lis, dans le numéro du 18 avril 1899, de la *Gazette des hôpitaux*, une note de M. S. Berezowski, d'après laquelle ce serait Kocher (de Berne) qui aurait le premier, en 1898, pratiqué l'excision de la dure-mère pour obtenir la décompression complète dans un cas de récidive d'épilepsie essentielle.

En 1889 et 1890, époque où je supposais que la trépanation pouvait être de quelque utilité dans le mal comitial, j'ai eu l'occasion de faire pratiquer au moins quatre fois l'excision de cette membrane. Les observations des cas en question n'ont pas été publiées, car je m'étais imposé la règle d'attendre deux ans au moins avant d'en faire connaître les résultats obtenus. Comme ces résultats (j'entends les résultats durables) ont été nuls, je me suis abstenu de faire part au public médical de tentatives mieux intentionnées qu'heureuses.

Ceci dit, sans aucune intention de revendication de priorité, et simplement pour démontrer, une fois de plus, qu'il ne faut pas trop se hâter, dans les cas d'intervention médico-chirurgicale, de publier les observations.

SUR QUELQUES VARIÉTÉS D'HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

Par M. le docteur Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille.

I. *Hémorragie sus-dure-mérienne par rupture traumatique de l'artère méningée moyenne.* — M..., cinquante ans, amaigri, tombe d'une hauteur de 2m50 sur la région pariéto-temporale droite. Plaie cutanée petite et superficielle. État comateux, perte de connaissance, respiration bruyante, stertoreuse; à son entrée dans le service du docteur Pluyette, on constate une paralysie complète de tout le côté gauche, face comprise, une déviation conjuguée de la tête et des yeux. Le malade regarde sa lésion. Pupilles très resserrées, température normale. Pas d'écoulement sanguin ou séreux par l'oreille droite. L'ensemble de ces symptômes permet de conclure à l'existence d'un caillot comprimant la zone rolandique droite. M. Pluyette applique sur ce point trois couronnes de trépan qui mettent directement à jour un vaste caillot mou, noir, friable, situé entre la face interne des os du crâne et la face externe de la dure-mère. On n'enlève que quelques fragments de ce caillot, on ne poursuit pas l'opération par crainte d'une nouvelle hémorragie. Le malade meurt dans la soirée et, à l'autopsie, on trouve un caillot pesant 75 grammes, placé entre la face externe de la dure-mère et les os craniens; il comprime et aplatit la zone rolandique droite, d'où hémiplégie de tout le côté gauche. Cette hémorragie provenait de la déchirure de l'artère méningée moyenne par le bord tranchant d'un fragment quadrilatère détaché de la table interne du temporal. Cette lame osseuse, mesurant 2 centimètres sur 3, avait un bord taillé en biseau qui avait sectionné nettement les trois quarts de la circonférence du tronc de l'artère méningée moyenne. Le trait de fracture se continuait jusqu'à la base du crâne. Ce cas peut être rapproché de celui de Ransohoff qui, en présence de rupture de la méningée moyenne, a trépané le temporal, évacué le foyer sanguin et lié, sans succès, la carotide primitive. Cette opération a aussi été pratiquée par Bentlee, Alexander, Gaingee.

II. *Traumatisme violent de la région temporo-pariétale droite, contracture secondaire et permanente des membres supérieur et inférieur gauches.* — R..., trente et un ans, ni syphilitique, ni alcoolique, sans stigmates hystériques, tombe d'une hauteur de cinq mètres; on le relève sans connaissance et on constate, dans la région pariétale droite à 5 centimètres audessus de l'oreille, une plaie contuse, puis un écoulement séreux et blanchâtre par l'oreille droite. A ce moment, d'après les notes recueillies par M. Raynaud, toute la moitié gauche du corps était paralysée et fortement contracturée. Cet état comateux dura vingt-quatre heures; le malade reprend connaissance et se souvient qu'alors son bras gauche était fixé contre le thorax, que l'avant-bras était fléchi sur le bras, que la main était en pronation et en flexion, enfin que les doigts étaient repliés dans la paume de la main. Tout mouvement spontané de ce membre était impossible. La jambe gauche était fléchie sur la cuisse, en rotation externe, de sorte que le pied venait toucher le milieu de la jambe droite, les orteils étaient également rétractés. Il ne peut ni marcher ni se tenir debout : dès qu'il veut faire exécuter à ses membres contracturés le moindre mouvement, ils sont pris d'un tremblement rapide. La face a été respectée, mais la tête, dit-il, était inclinée à gauche. Ces contractures disparaissaient pendant le sommeil chloroformique. Le 15 septembre 1898, il entre dans le service de clinique médicale dont nous étions chargé. Le membre supérieur gauche peut exécuter quelques mouvements brusques, saccadés, sans atteindre le but visé. Les doigts, fortement fléchis dans la paume de la main, saisissent difficilement les objets. Les réflexes sont exagérés. La sensibilitité à la pression est un peu diminuée, les autres variétés de sensibilité sont normales; on note une anesthésie de la manchette au poignet gauche. La peau du membre supérieur gauche paraît plus froide; la raie dermographique persiste pendant plusieurs heures. Excitabilité électrique normale, pas de réaction de dégénérescence. Les mouvements du membre inférieur gauche sont très brusques et incoordonnés. La jambe gauche est légèrement fléchie, le pied en extension. Les réflexes, en particulier les réflexes rotuliens sont exagérés. Le clonus épileptoïde se produit aisément. La sensibilité est conservée. La démarche est brusque, saccadée, mal assurée; elle n'est possible qu'avec l'appui de deux aides qui soutiennent le malade de chaque côté. Le membre inférieur droit n'est jamais porté au-devant de l'autre, il sert de pivot, de point d'appui, il quitte à peine le sol et il est placé légèrement en équerre. Le membre inférieur gauche décrit un mouvement spiroïde, s'appuie à peine sur le talon, est plus contracturé et présente un tremblement marqué. Le côté gauche de la face est asymétrique et les muscles correspondants sont le siège d'une légère atrophie. Quelques séances d'hypnotisme et de suggestion n'amènent aucun résultat favorable. Après une trentaine de séances cependant, les mouvements des membres supérieurs et inférieurs gauches sont moins brusques, moins saccadés. Quatre mois après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire deux ans et demi après le début de sa contracture, aucune amélioration n'est survenue.

Il est difficile de dissocier exactement la part qui revient à l'hystéro-traumatisme et aux lésions méningo-corticales. Néanmoins, l'intensité du traumatisme nous a engagé à rapprocher ce cas du précédent.

III. *Pachyméningite. Hémorragie intra-arachnoïdienne. Hématome comprimant la zone rolandique gauche.* — F. F..., cinquante et un ans, non syphilitique, légèrement alcoolique, éprouve, depuis deux mois, des douleurs de tête plus accentuées au niveau de la région temporale gauche; son intelligence et sa mémoire diminuent. Brusquement, il est pris de vertiges avec perte de connaissance de courte durée, de paralysie incomplète du membre supérieur droit, augmentant progressivement; le membre inférieur du même côté ne s'est paralysé que huit jours plus tard. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu deux semaines après; marche impossible, stupeur marquée, intelligence obtuse; il ne comprend pas ce qu'on lui demande; aphasie, hémiplégie droite complète avec paralysie légère de la moitié correspondante de la face; pupilles contractées, déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Il regarde sa lésion. Sensibilité abolie au niveau des membres paralysés. Quelques jours plus tard, contracture du membre inférieur droit avec exagération

des réflexes rotuliens ; il est moins prononcé à gauche. Incontinence complète des urines et des matières, urines normales. Pas d'élévation de température. Au bout de huit jours, eschare sacrée médiane gagnant rapidement en surface et en profondeur. L'état général s'aggrave, coma, mort.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère, correspondant à la zone rolandique de l'hémisphère cérébral gauche, est tapissée par un hématome dur, noirâtre, très adhérent, mesurant 16 centimètres sur 11. Le caillot a une épaisseur de 1 centimètre vers son centre, il s'amincit sur les bords ; il est formé d'une série de strates et porte l'empreinte des circonvolutions fronto-pariétales correspondantes qui sont aplaties, déprimées, congestionnées. La coupe de l'hémisphère cérébral gauche montre un piqueté rouge, considérable et une forte hypérémie. Noyaux gris centraux normaux. Liquide abondant dans les ventricules. Petit foyer hémorragique, gros comme un pois, sur la partie inférieure gauche de la protubérance. Quelques plaques d'athérome sur les sylviennes et sur les artères de la base du cerveau. Cœur volumineux ; poumons très congestionnés ; néphrite interstitielle.

A l'*examen microscopique* de cet hématome, on voit une série de feuillets fibrineux stratifiés en rapport avec des méninges épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires. On trouve encore des espaces lacunaires, des sortes de lacs sanguins, des diverticules communiquant avec le foyer hémorragique principal. On constate enfin, dans l'épaisseur des méninges, un grand nombre de petits vaisseaux, à structure embryonnaire, dont la rupture facile explique l'étendue de cet hématome. (*A suivre.*)

GUÉRISON DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

PAR LA RÉDUCTION NON SANGLANTE ; NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT

Par M. le docteur Ducroquet.

Si jusque maintenant les guérisons de réduction non sanglante de luxation congénitale ont été l'exception, cela tient à ce que l'on n'a pas cherché à se rendre compte de ce que l'on faisait. L'auteur, en s'aidant de la radiographie, a pu analyser ce qui était fait, et remédier aux nombreuses erreurs qui étaient commises dans le cours du traitement. Il faut surtout avoir bien présente à l'esprit l'anatomie pathologique des extrémités que l'on veut remettre en présence. Dans la luxation congénitale, la tête est formée par l'extrémité interne du col, recouverte dans sa partie antérieure et supérieure par l'épiphyse supérieure du fémur. La radiographie prouve qu'après réduction, c'est l'épiphyse seule, qui réintègre le cotyle. Il est facile de s'expliquer, alors, pourquoi la réduction se fait toujours en abduction, et flexion plus ou moins à angle droit. Dans cette situation, la tête ayant tourné de 90 degrés, l'épiphyse regarde en arrière et en haut. Le cotyle, ayant une orientation inverse, on s'explique la possibilité de la réduction. Lorsque l'on ramène la jambe dans la rectitude, il faut avoir soin de le faire en donnant au membre de la rotation interne, sinon l'épiphyse sortirait de sa cavité et l'on aurait une transposition antérieure, la tête glissant sur le cotyle par sa partie postérieure aplatie. Tout le monde, jusque maintenant, fait de la rotation externe dans ce temps.

Il est un point également essentiel, c'est la nécessité d'obtenir la rétraction de la capsule et une pseudo-ankylose fibreuse qui maintienne quelque temps, même après la guérison, les extrémités primitivement luxées en rapport. Pendant ce temps, la cavité se développe et devient plus solide. Pour atteindre ce but, il est de toute nécessité de prendre le genou dans l'appareil à l'encontre de ce que dit Lorenz.

L'article étant tout à fait immobilisé, l'ankylose fibreuse se fait facilement.

L'appareil est fait sans ouate ; de la perfection de l'appareil dépend tout le succès. Il doit, durant tout le traitement, descendre au-dessous du genou.

La réduction une fois obtenue, la guérison doit être la règle.

Il est de toute nécessité de s'aider de la radiographie avant d'appliquer un nouvel appareil, on évitera ainsi les erreurs. L'âge le plus favorable varie avec chaque cas et la radiographie est là pour nous renseigner. C'est elle qui donne la clef du pronostic. Quelquefois, s'aidant au préalable d'une longue extension continue, on peut arriver à réduire, chez les enfants de dix à seize ans même. La durée du port de l'appareil plâtré est de sept mois. Après son ablation, on rompt peu à peu l'ankylose fibreuse existante. L'extension préalable avec la vis de Lorenz est inutile ; pour arriver à réduire, il suffit de masser vigoureusement les adducteurs.

DU PIED FORCÉ

LÉSIONS DE L'AVANT-PIED PROVOQUÉES PAR LA MARCHE CHEZ LES FANTASSINS

Par MM. A. Boisson, médecin-major de première classe, et E. Chapotot, médecin aide-major de deuxième classe de réserve.

Conclusions. — Ce que l'on entend, en pathologie militaire, sous le nom de pied forcé, répond à deux ordres de lésions : 1° des fractures de la diaphyse des métatarsiens ; 2° des arthrites et des entorses des articulations métatarsiennes : la marche seule dans les conditions où l'exécutent les soldats, c'est-à-dire d'une façon prolongée et avec la charge de l'équipement, suffit pour les déterminer. Leur pronostic est bénin, par contre, lorsque intervient le traumatisme, chute, choc, faux-pas, le type des fractures se modifie. Le plus souvent, à la multiplicité des ruptures osseuses s'ajoutent des chevauchements importants des fragments et des lésions articulaires plus ou moins marquées qui leur impriment une gravité suffisante pour entraîner parfois l'impossibilité de rester au service militaire. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1899. — Présidence de M. Panas.

COMMUNICATIONS

Hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne. — M. Le Dentu rappelle qu'on a décrit sous le nom d'hyperostose diffuse, de *leontiasis ossea*, d'hypertrophie diffuse, une singulière affection qui frappe symétriquement les os de la face et du crâne, mais qui peut aussi être unilatérale et atteindre un seul os, ou un seul groupe d'os.

Il analyse un travail de M. Baudon (de Nice), dans lequel l'auteur relate l'observation d'un cas de ce genre. L'évolution a duré trente-deux ans, et la mort a été causée par du gâtisme, précédé pendant longtemps par des vertiges.

Ce cas et cinq autres observés par M. Le Dentu lui permettent de poser les propositions suivantes :

« 1° Les lésions ne sont pas toujours symétriques : c'est ordinairement le maxillaire supérieur qui est le centre de l'hypertrophie unilatérale ; je l'ai vue siéger aussi sur le temporal. D'autre part, la symétrie appartient parfois à des tumeurs pédiculées n'ayant aucun rapport, comme caractères objectifs et évolution, avec l'hypertrophie diffuse.

2° Les lésions débutent quelquefois par le crâne.

3° Les lésions évoluent avec une lenteur plus ou moins grande, parfois même avec une grande rapidité. Dans un cas, la durée n'a pas dépassé un mois, mais ordinairement elle est de plusieurs années.

4° Loin d'être constitués uniquement par de la substance osseuse, les tissus peuvent offrir, à l'examen histologique, une combinaison, dans des proportions variables, d'éléments osseux, fibreux et embryoplastiques.

5° La constitution variable et mixte de l'hypertrophie diffuse rend sa différenciation très délicate d'avec les tumeurs osseuses limitées et pédiculées de la face, comprises sous les dénominations d'ostéomes, d'ostéo-fibromes, d'ostéo-fibro-sarcomes, peut-être même d'ostéo-chondro-sarcomes. Ceci est absolument exact, si l'on se place au point de vue anatomique pur ; mais au point de vue clinique, ces deux groupes ne sauraient être confondus.

L'hypertrophie diffuse n'a aucun rapport ni avec la maladie de Paget, ni avec l'acromégalie.

Le pronostic est relativement bénin, eu égard à la lenteur habituelle de l'évolution ; mais elle peut abréger la vie par des troubles fonctionnels graves du côté de la bouche (difficulté de la mastication) et des fosses nasales (gêne de la respiration), par des déperditions fâcheuses de salive, par des hémorragies d'origine buccale, et aussi par des phénomènes cérébraux dus à la compression de l'encéphale et à l'irritation des méninges.

L'extirpation partielle des masses osseuses nouvelles m'a fourni une fois un bon résultat. Il serait permis d'essayer d'enrayer l'hypertrophie dès son début par l'abrasion des parties saillantes combinées avec la cautérisation ignée profonde. »

L'aptitude des variolés à la tuberculose. — M. HERVIEUX rappelle que les antivaccinateurs considèrent la variole comme un travail de la nature ayant pour but d'affranchir l'organisme de tous les principes morbigènes qu'il renferme et la vaccine comme un mal auquel il faut attribuer les maladies les plus graves, croup, fièvre typhoïde, tuberculose. Or, les recherches d'un certain nombre d'auteurs, tels que M. Landouzy, M. Revilliod (de Genève), M. Lop (de Marseille), MM. Carrin et Grasset (de Montpellier) etc., établissent que, sur un chiffre de 300 sujets antérieurement atteints de variole, il en existe à peine 3 p. 100 qui ne soient pas devenus tuberculeux. Ce qui ressort des faits cliniques observés jusqu'à ce jour, ce n'est pas que les sujets atteints par la variole soient fatalement voués à la tuberculose, c'est que la variole constitue une aptitude, une prédisposition à cette maladie. D'où la nécessité pour le variolé de fuir tout contact avec le tuberculeux et d'éviter le séjour dans les villes et dans tous les lieux où sévit l'infection bacillaire. Pour la même raison les pouvoirs publics devront prendre les mesures nécessaires pour combattre la variole partout où elle sévit et affranchir de ce fléau non seulement la France, mais les colonies françaises.

LECTURE

Guérison de la luxation congénitale de la hanche par la réduction non sanglante. Nouvelle méthode de traitement. — M. DUCROQUET lit une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 419.)

RAPPORT

La dure-mère considérée comme un organe ossificateur. — M. CORNIL fait un rapport sur un travail de M. Berezowski, sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Extrême-Orient : Les bains au Japon (1),

Par le docteur J.-J. MATIGNON,
Médecin aide-major de la Légation de France à Pékin,
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

I

Notre snobisme nous fait pâmer d'admiration pour la propreté britannique. Incontestablement, si on pouvait établir une statistique entre la France et l'Angleterre, au point de vue des bains et de leur fréquence rapportée à un citoyen de l'un et de l'autre pays, les sujets de sa gracieuse majesté auraient sur nos compatriotes une réelle supériorité. Si le Français est sale, si plus des neuf dixièmes de notre population ne prend pas, en moyenne, un bain par mois, nous devons nous convaincre qu'il en est à peu près de même de l'autre côté du détroit. Si la *gentry* anglaise, elle, est propre, très propre même, l'ensemble de la nation ne l'est pas, et les ouvriers de Saint-Étienne ou les paysans de la Gascogne n'ont rien à envier à leurs congénères de Manchester ou du Devonshire.

Il n'y a qu'un seul peuple propre, réellement propre, c'est le peuple japonais. L'empire du Soleil Levant détient le record, sous le rapport de la propreté, et celle-ci y régnait en maîtresse bien avant que les idées de l'Europe pénétrassent au pays des « mousmées ».

II

Une première condition pour se laver, c'est d'avoir de l'eau ; or, à ce point de vue, le Japon a été admirablement pourvu par la nature. Les sources abondent d'eaux de toute sorte, claires, sulfureuses, chaudes, froides.

Il ne faut pas voir le Japon là où il s'est modernisé, dans les ports ouverts aux navires européens, comme Kobé, Yokohama ou Nagasaki. Il faut aller dans les petits villages de pêcheurs, cachés au fond des cryptes de la côte japonaise, ou dans les petites villes situées dans l'intérieur des terres, que des routes bicyclettables vous permettent d'atteindre facilement. Là, l'indigène a gardé son caractère original, et ne connaît pas encore le soulier verni et le chapeau de soie. L'impression qu'on éprouve en pénétrant dans un de ces villages est une impression de propreté parfaite, et de petites maisons de bois, ouvrant sur la rue par de larges baies, laissent voir partout la blancheur immaculée du papier qui recouvre les cloisons mobiles séparant les chambres. Les « tatamis » (nattes) moelleux qui cachent les parquets sont vierges de toutes traces de boue et même de poussière, les habitants circulent dessus pieds nus ou simplement chaussés de bas de toile blanche ; les soques de bois qui servent de chaussures sont laissées à la porte, et l'Européen, invité à pénétrer dans l'appartement, doit, ou bien ôter ses bottines et circuler en chaussettes, ou bien passer sur ses chaussures une paire de larges chaussons en toile bleue que lui présente son hôte. Aussi, rien n'est plus drôle que l'effet produit par ces centaines de soques qui se

(1) Extrait du *Journ. de méd. de Bordeaux*.

groupent en longue file devant les temples les plus fréquentés à certains jours de fête.

Sous le rapport de la propreté, la maison japonaise rendrait des points à la maison hollandaise, pourtant si bien tenue. On prétend que les femmes des Pays-Pas « lavent leurs escaliers avec leurs brosses à dents », ce qui veut dire que cette minutie de lavage et de balayage de l'immeuble n'est pas en corrélation avec les soins de propreté individuelle. Au Japon, tout va de pair, et on peut presque établir, comme règle générale, que chaque sujet du Mikado prend son bain quotidien.

III

Chaque maison, à moins qu'elle ne soit trop pauvre, a sa baignoire; pût-on en dire autant de tous nos hôtels en France!

La baignoire japonaise est fort simple. Une cuve en bois, de 250 à 300 litres de capacité, ayant environ 1 mètre de hauteur. Le chauffage de l'eau est obtenu au moyen d'un récipient de tôle, communiquant librement avec l'extérieur par un orifice pratiqué à la partie inférieure de la paroi de la cuve et dans lequel on brûle du bois. Celui-ci ayant très peu de valeur au Japon, le chauffage de l'eau occasionne une dépense très minime. D'ailleurs, le même bain sert à plusieurs personnes : le père, la mère, les enfants passent successivement dans la même baignoire, nus comme des vers, mais nous verrons plus loin que les Japonais ne professent pas, en matière de nudité, les mêmes idées que les Occidentaux. La température des bains est toujours fort élevée : 40 degrés et au-dessus sont tout au plus, là-bas, des températures de bains tièdes!

La femme serait, paraît-il, plus propre que l'homme, se baignerait plus souvent. Je ne sais ce que cette assertion renferme de vrai.

Fait singulier. Cette petite Japonaise si propre, qui passe son temps à se débarbouiller, ne se lave jamais après le coït. Il y a de ces anomalies inexplicables par le monde. La toilette de la « mousmée professional laver » est des plus simples. Elle prend au fond d'une des longues manches du « kemonô » de crêpon de soie à grands ramages qui lui sert de chemise de nuit, une ou deux petites feuilles de papier très fin et en essuie ses organes génitaux, « intus et extra. » Ma connaissance par trop imparfaite de la langue nippone ne m'a pas permis de savoir quels avantages ce procédé de « nettoyage à sec » pouvait avoir sur les procédés hydrauliques, vulgairement employés dans nos contrées.

Le Japonais qui n'a pas le temps ou les moyens de prendre son bain à domicile se rend à la piscine. Bien avant Rouen et Bordeaux, les villes du Japon avaient organisé le système des bains à très bon marché... et mixtes. Hommes, femmes, enfants, simplement vêtus de leurs cheveux, qui ne sont pas très longs, prennent leurs ébats dans le même réservoir.

IV

Les sources d'eaux chaudes minérales, sulfureuses, sont très en vogue au Japon, et les indigènes viennent de très loin pour y faire des cures contre les dermatoses de toute sorte, les douleurs rhumatismales ou la syphilis.

Au mois de mai 1897, j'ai eu l'occasion de faire, avec mon ami le commandant Vidal, attaché militaire à la Légation de France à Pékin, un très intéressant voyage à bicyclette, autour de la presqu'île de Shimabarra, laquelle se trouve dans l'île de Kiou-siou. Le pays est montagneux, volcanique et les sources chaudes y abondent. Les bains de Onzen ont une très grande réputation au Japon et sont très fréquentés. Ce que j'ai vu à ces bains est tellement éloigné de ce que nous sommes habitués à voir dans nos stations des Pyrénées que je crois bon de relater mon séjour dans ce curieux pays, et que mon récit aura l'avantage de faire connaître non point les vertus thérapeutiques des eaux de Onzen, un peu trop lointaines pour être d'un usage courant, mais certains côtés assez spéciaux des mœurs japonaises que peuvent à peine soupçonner les « globe-trotters » qui se contentent des impressions de voyage recueillies dans les grands centres déjà malheureusement européanisés.

Un matin, je me trouvais à Aubama, petit port de pêche, situé au pied des montagnes de Onzen, et je m'étais rendu au débarcadère pour voir arriver le bateau à vapeur qui fait le service entre ce coin et la côte opposée. De chaque côté de l'appontement se trouvent des établissements de bains très fréquentés, si j'en juge par les nombreux cris et éclats de rire qui en partent. Un coup de sifflet annonce l'approche du steamer. Et au même instant, je me vois entouré d'une vingtaine d'individus, des deux sexes, sortis en hâte de la piscine, pour voir accoster le bateau : leurs vêtements étaient des plus légers, coupés sur le patron de celui que portait notre mère Eve avant la pomme. Je fus un peu surpris de ce déploiement de nu ; ma présence n'avait nullement l'air de gêner ces baigneurs en rupture de piscine. Une photographie instantanée, faite à ce moment-là par mon ami Vidal, me donne une vague analogie avec une silhouette de missionnaire au milieu de cafres ou de bassoutos.

On comprend très bien les « oh! shocking! » indignés que pareil spectacle doit arracher aux misses anglaises et même françaises, si nos compatriotes voyageant arrivaient par le bateau. Des plaintes ont, paraît-il, été adressées à l'autorité japonaise par des Européens pour qu'elle prît des mesures prohibitives contre ces exhibitions.

Les fameux bains sulfureux de Onzen se trouvent sur les montagnes qui dominent Obama, à 800 mètres d'altitude. Onzen est un petit village dont presque toutes les maisons sont des hôtels, dans lesquels s'entassent les nombreux baigneurs attirés par la réputation des eaux.

Le site est charmant, au milieu des arbres et des fleurs, car la végétation au Japon est particulièrement jolie : quelque chose d'intermédiaire entre la luxuriance maladive de la végétation des tropiques et l'imposante majesté de celle des régions du nord de l'Amérique. Les vapeurs sulfureuses qui se répandent abondamment dans l'atmosphère ne gênent en rien le développement des arbres, qui poussent vigoureux à côté des sources bouillonnantes et bouillantes.

L'eau sourd de partout : ici chaude, là froide, ailleurs sulfureuse. En certains points, la vapeur sort en jets puissants et sonores, par des anfractuosités de rochers. La terre tremble, l'oreille est assourdie, et le voyageur a la sensation de se trouver au milieu de trois ou quatre grands steamers lâchant l'excès de pression de leur chaudière. Dans le village de Onzen, une abondante source sulfureuse fournit de l'eau à 94 degrés. A dix pas d'elle, une source d'eau froide ordinaire, à 12 et 13 degrés, permet, par un moyen de canalisation économique en bambou, d'amener dans les piscines un mélange à 45 ou 48 degrés. Hommes, femmes, enfants, absolument nus, se pressent, debout les uns contre les autres, dans de grandes cuves qui servent de baignoires. Le traitement comprend plusieurs bains quotidiens pendant une vingtaine de jours, en moyenne. Est-ce par raison de manque de serviettes, est-ce dans un but thérapeutique que les baigneurs ne s'essuient pas? Dans tous les cas, on les voit, en général, au sortir de la piscine, se promener sans vêtements, ou s'asseoir au bord du chemin, dans le même costume, demandant aux rayons du soleil de vouloir bien les sécher.

Cette singulière habitude est même faite pour étonner un peu le voyageur étranger. Je me souviens, en effet, que mon compagnon de route et moi nous fûmes un tantinet

surpris de nous trouver comme nous débouchions des bois, dans une rue de Onzen, en présence de quatre jeunes personnes absolument nues. Beaucoup moins surprises que Diane en face d'Actéon, elles répondirent par un rire gai et sonore à notre « caio » (bonjour), et n'essayèrent pas de se dérober à l'indiscrétion de mon appareil photographique. Après ces dames, nous rencontrâmes des hommes, également nus, puis d'autres femmes aussi sans vêtements. Nous vîmes un certain nombre de ces dernières, toujours aussi peu vêtues, installées sur leur balcon, en train de se peigner.

La nudité n'est pas inconvenante dans cet heureux pays, et le nu n'éveille même pas d'idées libidineuses chez l'homme, car jamais au bain on ne voit se produire d'érections. On a prétendu que celles-ci étaient calmées par la haute température de l'eau; je veux bien admettre, sous toutes réserves, cette explication pour la durée du bain. Mais avant et après? Plus voisins que nous de l'âge d'or — qui, hélas! pour le Japon touche à sa fin — les Japonais sont sous ce rapport restés fidèles aux idées de leurs ancêtres; le nu n'est pas obscène. Mais notre civilisation, pénétrant à grands pas, les oblige peu à peu à modifier leurs costumes et leurs idées morales. Est-ce un bien? Dans tous les cas, ce soi-disant progrès enlèvera au Japon de plus en plus de son originalité et le rendra de moins en moins intéressant au voyageur.

Déjà, les sociétés évangéliques anglo-américaines ont obtenu du gouvernement que les traîneurs de « pousse-pousse », jadis uniquement vêtus d'un linge faisant le tour de la taille et cachant les organes génitaux, fussent pourvus de vêtements; le résultat a été une augmentation considérable des affections aiguës des poumons chez ces coureurs. Les mêmes sociétés se démènent maintenant pour faire supprimer les bains mixtes. Elles sont déjà arrivées à Kobé à un certain résultat. La piscine est toujours la même : hommes et femmes sont toujours nus, mais on a tendu une ficelle pour séparer les sexes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgie. — Composition écrite : MM. Launay, 29; Savariaud, 26; Baudet, 24; Mayet, 23.

— Le jury du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le lundi 24 avril, est provisoirement composé de MM. Guyot, Marie, Richardière (en remplacement de M. d'Heilly, non acceptant), Letulle, Potain, Brault, Routier (en remplacement de M. A. Marchand, non acceptant).

— Le *Journal officiel* du mardi 18 avril publie un arrêté relatif aux conditions d'embarquement et de déplacement des officiers du corps de santé de la marine.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 29 avril 1899, à sept heures et demie, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le professeur Dieulafoy.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 mai 1899, à midi et demi, à ladite Faculté. — Tous les élèves, docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 6 mai inclusivement. — Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1899; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1902.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 25 mai 1899, à midi et demi, à ladite Faculté. — MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 13 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1899; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1903.

— Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 12 juin, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

— *Hospices de Saint-Étienne.* — La commission des hospices civils prévient qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon : 1° Le lundi 23 octobre 1899, un concours pour deux places de médecin des hospices de Saint-Étienne. — 2° Le lundi 6 novembre 1899 un concours pour une place de chirurgien des mêmes établissements.

Ces concours auront lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical; ils dureront cinq jours et se composeront de cinq épreuves. — Les médecins et chirurgien à nommer entreront en fonctions le 1er janvier 1900. Leur traitement est fixé à 2000 francs par an.

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, n° 40.

— M. le docteur Carle, médecin de l'hôpital de Montélimar, est promu officier de l'Instruction publique.

— M. le professeur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur à Lille, est nommé officier du Mérite agricole.

— M. le docteur Denis, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital français de Constantinople.

— M. le docteur Rousset, médecin-adjoint, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron, en remplacement de M. Brun, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. les docteurs N. Cocheteux (de Valenciennes) et Martin (de Douai).

— *Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Duplay reprendra ses leçons cliniques, le vendredi 21 avril 1899, à dix heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera le jeudi 27 avril, à dix heures et demie, des leçons de clinique chirurgicale, et les continuera tous les jeudis à la même heure. — Opérations à neuf heures. — Opérations abdominales le mardi.

— *Infirmerie de Saint-Lazare* (107, faubourg Saint-Denis). — La seconde série des cours complémentaires et pratiques commencera le jeudi 4 mai à dix heures trente du matin et se continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ce cours sera fait : le mardi, par M. Wickham (vénéréologie); le jeudi, par M. Jullien (syphiligraphie); le samedi, par M. Verchère (gynécologie). Le cours sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, qui se feront inscrire chez M. le directeur de la Maison de Saint-Lazare. Une carte d'entrée leur sera remise.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les fractures du rocher.

Par M. Maurice PATEL, interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de la Faculté.

I

Historique. — Longtemps mêlées à l'histoire des fractures de la base du crâne, les fractures du rocher ne commencèrent à être étudiées séparément qu'au début de notre siècle.

Avant cette époque, on n'admettait, soit pour leur pathogénie, soit pour leur symptomatologie, que les idées, encore peu précises, des anciens. Les uns, Ambroise Paré, Scultet, ne leur reconnaissaient pas de symptômes propres, et, comme Hippocrate leur maître, pensaient que le trait de fracture était toujours séparé de l'endroit percuté « où le blessé a la plaie et où le crâne a été dénudé de la chair ». Les autres, Paul d'Egine, Béranger de Carpi, reconnaissaient, avec Galien, ce mécanisme comme inexact, car les sutures, disaient-ils, empêchaient la violence de passer d'un os à l'autre.

Cependant, en 1518, Béranger de Carpi insista sur l'écoulement de sérosité se produisant par le conduit auditif externe et accompagnant une lésion de la base du crâne; c'est dans cette longue période, le seul point précis, que l'on trouve signalé, à propos des fractures du rocher — et on peut dire que, lorsque l'Académie de chirurgie eut mis la question au concours et récompensé le mémoire de Saucerotte, partisan de la théorie du contre-coup, alors adoptée par Louis et admise depuis par Chopart, Boyer, Dupuytren, les symptômes des fractures du rocher n'étaient nulle part précisés, leur mécanisme encore tout hypothétique.

Il faut arriver en 1844, pour voir la question sortir de l'obscurité. Aran, au lieu de développer de pures hypothèses, expérimenta, et, d'après les faits qu'il observa, fonda la théorie des fractures propagées de la voûte à la base et au rocher, la *théorie de l'irradiation*. Après lui, Trélat et surtout Félizet précisèrent, formulèrent des lois véritables, grâce

dan
auxquelles le mécanisme était à peu près comois dans
élucidé. s la frac-
Non seulement le mécanisme fut découvert
symptômes étudiés, puis rapportés à leur rait moins vite
Aran, Bérard étudièrent la paralysie fa s'effectue ; Vérité
Vérité, Itard, l'écoulement par le
de sang et de sérosité; Chez cal?
laires. prépondérant au diploé et re-
Depuis, de nombre oste.
question. Moins exumet que le périoste a un rôle; il forme
modernes, Pe complet, comme dans les pertes de sub-
Wahl, Vinc la trépanation; d'abord fibreux, longtemps
venus exp Duplay, par suite de la présence de liquide
diation, ragments, il finit par être envahi d'aiguilles
quant pas i le régularisent.
La symp tion osseuse se fait donc, seules dans les frac-
innombra her, les lésions des parties molles sont défini-
Charcot, C
centes de
ventions

IV

Jaboula
C'est nie. — Question relativement récente, la patho-
peuver fractures du rocher ne laisse pas d'être fort com-
se pré raison des nombreux mémoires et des nombreuses
qui la concernent.
éliminer, tout d'abord, les *fractures directes* dont le
me est des plus simples, la seule règle qui s'impose,
Et e la fracture, résultant d'un traumatisme ou d'un
ture feu, se fait en général obliquement, sur la face an-
en f du rocher, laissant, en arrière d'elle, la portion
nte; encore cette loi n'est-elle que très approxima-
car, s'il s'agit d'un traumatisme violent, les lésions
q trop irrégulières, pour être utilement classées.
n'en est plus de même des *fractures indirectes* dont l'ori-
e est si variable, le mécanisme si compliqué. Un point
ine toute cette pathogénie; ce sont les caractères que
as offre le rocher; en raison de la structure, de sa place
s la boîte cranienne, en raison de son mode de résis-
e aux traumatismes, en raison de la direction et de l'in-
r le ité des forces qui l'abordent, le rocher présentera des
qu
ma litions de fractures bien spéciales, auxquelles même on
ulu reconnaître des lois.

ARACTÈRES ANATOMIQUES DU ROCHER. — Anatomiquement, le

rocher se présente comme une pyramide résistante, à base située en dehors, à sommet, aigu, situé en dedans. Son grand axe est oblique en avant, en dedans et en haut; la base représente le point le plus résistant de l'arc boutant pétreux de Félizet; son sommet est fixé à l'apophyse basilaire par le ligament pétro-basilaire.

Intérieurement, c'est un nombre considérable de canaux, de dépressions (conduit auditif externe, caisse du tympan, trompe d'Eustache, cavités de l'oreille interne, conduit auditif interne, aqueduc de Fallope, canal carotidien, etc.), rares à la partie postérieure et externe, rassemblés à sa partie interne et antérieure; un point surtout est faible, c'est celui où viennent se rencontrer la caisse, le limaçon, le canal carotidien, la fosse jugulaire.

Par suite de cette constitution, le rocher a, sauf à la partie postéro-externe, une densité moins élevée qu'on ne le croirait au premier abord. Si l'on ajoute à cela le manque d'élasticité, on verra que les solutions de continuité sont relativement favorisées; le crâne réagit par son élasticité, en allongeant ses diamètres (Félizet, Baum, Messerer); en s'aplatissant (Félizet), le rocher ne sait pas plier; il se rompra dès qu'il rencontrera une violence suffisante pour briser les points faibles.

Ainsi constitué, ainsi placé, le rocher présente deux variétés de fractures; les unes et les autres intéressent le rocher suivant des traits commandés par le point d'application de la force et les anfractuosités osseuses; mais leur origine, leur mécanisme sont différents :

Les unes, les plus fréquentes, sont en relation avec le foyer primitif de la fracture; ce sont les *fractures irradiées de la voûte à la base*;

Les autres très rares, si l'on envisage seulement le rocher, sont complètement indépendantes du trait de fracture initial : ce sont les *fractures indirectes proprement dites*, ou encore, *fractures par contre-coup*.

Nous envisagerons séparément chacune de ces variétés.

a. *Fractures irradiées de la voûte au rocher*. — Leur histoire date du mémoire d'Aran; avant lui, la notion des fractures par irradiation était presque inconnue; la théorie du contre-coup servait, sans preuve aucune, à expliquer toutes les fractures de la base.

Aran, en 1844, expérimente sur des crânes, dépourvus de parties molles; faisant une synthèse de tous les faits qu'il avait observés, il est arrivé à poser les conclusions suivantes : toutes les fractures indirectes sont des fractures irradiées de la voûte à la base; le trait de fracture gagne la base par le plus court chemin. Cet auteur remarqua, en même temps, mais sans l'expliquer, qu'il y avait une certaine concordance entre la région du crâne percutée et le siège de la fracture de la base : une fracture parallèle du rocher résultait d'un choc au niveau de la région temporale; une fracture perpendiculaire succédait à un choc de la région occipitale. Malgré tout, la direction des traits de fracture du rocher était en contradiction avec la théorie du plus court rayon; de plus, le rocher, plus encore que toute autre région de la base, empêchait le crâne d'être comparé à un sphéroïde. Cependant, la voie de l'expérimentation était ouverte, l'attention désormais fixée sur l'irradiation; le mécanisme ne devait pas tarder à être élucidé.

Après Aran, Trélat, en 1855, vint confirmer les faits d'irradiation, comme étant les plus nombreux; faisant un pas de plus, il rejette entièrement l'idée que le crâne est un sphéroïde plus ou moins parfait, idée que l'on admettait jusqu'à lui, et considère la base du crâne, réunie à la voûte par des pièces plus résistantes, ou *poutres*, décrites par Ratke.

Il faut arriver au mémoire de Félizet, 1873, pour voir ces idées se préciser. Pour cet auteur, le crâne est formé de deux pièces : la voûte, hexagonale, mince, la base irrégulière de direction et de densité, réunies par des arcs-boutants très solides, comprenant entre eux des portions plus faibles. Ces arcs-boutants sont au nombre de six : deux, médians et impairs, l'un antérieur et frontal, l'autre postérieur ou occipital; quatre latéraux et pairs, deux orbito-sphénoïdaux, deux pétreux; l'arc-boutant orbito-sphénoïdal d'un côté est dans le prolongement de l'arc-boutant pétreux du côté opposé; de sorte que ces quatre pièces sont, comme le dit Ratke, disposées en croix, comme les bâtons destinés à tenir écartés les bords d'un filet. Tous ces arcs-boutants vont se réunir autour du trou occipital, dont la périphérie devient ainsi un centre de résistance. Entre eux, existent des points plus faibles, c'est suivant leur trajet que se fera l'irradiation de la fracture de la voûte à la base.

Félizet apporte à l'appui de sa théorie des confirmations expérimentales; ayant noirci un crâne, il le laisse tomber; d'abord circulaire, l'empreinte devient transversale à mesure que la hauteur de la chute augmente, puis, perpendiculairement à son axe, une félure descend vers la base du crâne, dans l'intervalle de deux arcs-boutants.

Depuis, des auteurs allemands, Baum, Messerer, Wahl, ont prétendu reviser ces conclusions; aucun fait nouveau n'a été signalé par eux, et les théories de Félizet, confirmées depuis par les études graphiques de Chipault et Braquehaye, persistent encore pour les fractures irradiées.

Comment se fracture donc le rocher ?

Un traumatisme enfonce la voûte du crâne; deux arcs-boutants s'écartent, le mur boutant se brise; la force arrive auprès du rocher; elle l'aborde en des points différents.

Soit une force appliquée à la région pariéto-temporale. Après enfoncement de la voûte, l'arc-boutant orbito-sphénoïdal sera projeté en avant, l'arc-boutant pétreux en arrière; le mur boutant, compris entre eux, sera fracturé. La force arrive à la partie antérieure du rocher; celle-ci est faible, formée par la paroi antérieure du conduit auditif externe et de la caisse; c'est cette portion qui va se détacher, et on aura une *fracture parallèle*. En même temps, la pointe du rocher, portée contre l'apophyse basilaire peut se briser. On voit que, dans ce cas, une fracture perpendiculaire du rocher, partie de son bord antérieur, doit être rare; car il faudrait un rocher peu solide pour être plus fragile que la pointe; cependant, dans les traumatismes violents, ce genre de fracture s'observe.

Soit maintenant une force appliquée au niveau du bord postérieur du rocher, venant d'un choc sur la région occipitale, ou d'un tassement au niveau des condyles : l'arc-boutant occipital est fixe; l'arc-boutant pétreux est projeté en avant, la pointe appliquée contre l'apophyse basilaire. Si la force est peu considérable, le trait de fracture suit la suture pétro-occipitale et va se terminer au trou déchiré postérieur, décapitant quelquefois le sommet du rocher. Si la force est plus violente, la base du rocher, faisant corps avec la portion pétreuse résistante, porte à faux, par suite de sa direction oblique, comme Richet l'a montré, sur la portion faible du rocher, fixée à l'apophyse basilaire; c'est la por-

tion la plus faible qui cédera, celle qui répond au point de rencontre de la caisse, de l'oreille interne du canal carotidien ; la *fracture perpendiculaire* est constituée.

Si la force est plus considérable encore, le rocher, porté plus en avant encore, se fracturera plus près de sa base, au niveau de la réunion avec la portion mastoïdienne; la fracture gagnera le point faible, signalé plus haut, et aura, par conséquent, une direction oblique; c'est le mécanisme de la *fracture oblique* du rocher.

Dans les deux cas, il est rare que le sommet du rocher ne soit, ou brisé contre l'apophyse basilaire, ou arraché par le ligament pétro-basilaire.

Ce sont là les fractures schématiques du rocher ; dans les grands traumatismes, la direction varie ; souvent des parties résistantes sont atteintes, des parties faibles laissées intactes ; il n'en est pas moins vrai que le mécanisme exposé plus haut se réalise le plus souvent.

Nous rangerons aussi, dans la même classe des fractures indirectes, les fractures dites par tassement, se produisant à la suite d'un défoncement du cercle occipital par la colonne vertébrale et d'un tassement de l'articulation occipito-alloïdienne entre elle et la boîte cranienne. Les fractures du rocher qui en résultent sont des fractures perpendiculaires ou obliques, suivant la force du traumatisme; leur mécanisme est le même que précédemment.

FRACTURES INDIRECTES PROPREMENT DITES OU FRACTURES PAR CONTRE-COUP. — Beaucoup moins nombreuses que les précédentes, ces fractures ont été mises en évidence et expliquées dans ces dernières années seulement.

Niées par Aran et Félizet, qui opposaient leur théorie de l'irradiation à la théorie du contre-coup, soutenue sans preuves et appliquée gratuitement à toute fracture de la base du crâne, leur existence ne fait aucun doute depuis les observations de Trélat, Perrin, Nancrède, Moty, Messerer, Vincent, Chauvel, Nimier, Berger, Poncet, Polosson (th. de Malafosse).

Les traits de fracture occupent, nous l'avons vu, le même trajet que ceux des fractures irradiées ; seule, la fracture oblique n'a pas été signalée ; entiers dans les grands traumatismes, ces traits sont partiels et occupent les points les plus faibles dans les traumatismes de moyenne intensité.

Comment se fait-il que le rocher se fracture dans de semblables conditions? plusieurs théories sont en présence.

THÉORIE DE LA PRESSION HYDROSTATIQUE. — C'est une des premières en date. Aran, dans ses expériences, avait envisagé le crâne vide. Le grand mérite de cette théorie est de faire entrer en jeu le contenu de la boîte cranienne ; c'est là ce qui rendra son principe inattaquable.

Dans un crâne contenant le cerveau et ses enveloppes, une balle, par exemple, venant frapper la voûte, déterminera une brusque augmentation de la pression intra-cranienne ; s'appuyant sur le principe de Pascal, on verra que la pression, prenant ainsi naissance en un point, se transmettra aussitôt sur toute la paroi osseuse ; que certains points soient fragiles, la fracture aura lieu à ce niveau.

Kocher expérimente sur des crânes de cadavres ; s'il emploie des têtes non injectées, il n'obtient pas de lésions indirectes; il en obtient, s'il emploie des têtes injectées.

Reverdin simplifie encore l'expérience : il tire sur une boîte en métal vide, et il obtient deux orifices, formés par le passage direct de la balle à travers la boîte ; si la boîte est pleine d'eau, il obtient un orifiee d'entrée net, la paroi opposée éclate. N'est-ce pas l'expérience de Pascal répétée? N'est-ce pas prouver que l'incompressibilité des liquides joue un rôle.

Bergmann et Messerer adoptent cette théorie et concluent que, si le traumatisme est trop fort, on a un éclatement de la paroi opposée; s'il est de moyenne intensité, on a une fracture indirecte.

Melsens (de Bruxelles) avait cru que c'était, non pas le liquide céphalo-rachidien et la substance cérébrale qui jouaient un rôle dans la production de ces fractures, mais l'air que la balle repoussait devant elle. Cette hypothèse est inadmissible, après les calculs de Roger, mesurant comparativement les pressions qu'il faudrait dans les cas où l'on admet, soit la pression hydrostastique, soit la théorie du projectile à air.

Aussi la théorie hydrostatique réunit-elle tout d'abord le plus grand nombre des suffrages pour expliquer le mécanisme des lésions indirectes, survenant après un coup de feu.

Mais, s'il s'agit d'un traumatisme moins violent, moins brusque surtout, d'une force douée d'une vitesse moins grande, comme on le rencontre après les chutes ou les chocs sur la voûte, on ne peut guère invoquer l'augmentation de pression ; aussi, de nouvelles théories se sont fait jour.

THÉORIE DE L'AUGMENTATION DES DIAMÈTRES. — Basée sur des expériences faites par Bruns et Tubinge, cette théorie a été défendue par Otto Messerer; les deux premiers auteurs ont remarqué que, lorsqu'un diamètre du crâne était comprimé, celui qui lui était perpendiculaire s'allongeait jusqu'à une certaine limite ; si celle-ci est dépassée, on a une fracture loin du point d'application, aux points les plus faibles.

Ces allongements seraient les suivants :

1° Le diamètre antéro-postérieur, se réduisant de 5^{mm}4, le diamètre transversal augmente de 0^{mm}7, le diamètre vertical de 0^{mm}36.

2° Le diamètre transversal se réduisant de 8^{mm}8, le diamètre antéro-postérieur augmente de 0^{mm}5, le diamètre vertical de 0^{mm}6.

On voit que ces allongements sont insignifiants et incapables d'expliquer la fracture d'une portion résistante comme le rocher.

THÉORIE DU CÔNE DE SOULÈVEMENT. — Se basant sur les expériences de Duret, faites au sujet de la commotion et de la contusion cérébrale, Vincent (d'Alger) admet qu'il se forme, en un point opposé de l'endroit où le choc a porté, un cône de soulèvement, répondant au cône de dépression se produisant au niveau du point d'application du trauma. Lorsque la force a acquis une certaine violence, il y a fracture ; elle siège surtout aux points faibles, les bosses orbitaires, par exemple. Dans une de ses observations, Vincent rapporte une fracture parallèle du rocher, qu'il explique avec ce mécanisme.

THÉORIE DE L'AMPLIFICATION DES VIBRATIONS. — Cette hypothèse a été émise par Nancrède. Si l'on tient dans la main une barre du fer volumineuse et que l'on frappe à l'une de ses extrémités, il arrive un moment où les vibrations acquièrent une telle intensité que l'on est obligé de la lâcher ; si on tient, au contraire, un fil de fer, même en le serrant,

l'augmentation des vibrations n'a pas lieu. Il en est de même pour le crâne; un choc a lieu sur la voûte; des vibrations se produisent à ce niveau; elles se transmettent, s'amplifient, de sorte que, d'après cet auteur, les fractures du rocher seraient les plus fréquentes des fractures indirectes de la base, ce qui est absolument en contradiction avec les faits observés.

Théorie du contre-coup. — Aucune des théories précédentes ne peut expliquer ces fractures; on est revenu à la vieille théorie du contre-coup, soutenue depuis si longtemps; le sens a été un peu changé.

Perrin, le premier, en 1878, présenta à la Société de chirurgie des crânes sur lesquels il avait réussi à réaliser des fractures indirectes; pour cela, il interposait entre la force et la résistance un coussin ou une masse de caoutchouc pour favoriser la dissémination du choc et se placer dans les conditions les plus fréquentes de traumatismes.

Pour les expliquer, il considère le crâne, non comme une sphère, mais comme une vaste paroi irrégulière, de densité et de résistance variables; ce sont les sutures, dit-il, les fentes, les échancrures, les points faibles, qui jalonneront le chemin de la fracture.

Cette masse vibre, à la suite d'un coup; si les vibrations sont trop fortes pour les parties faibles, on aura une solution de continuité à ce niveau; et c'est ainsi qu'il explique les fractures parallèles, perpendiculaires ou isolées du rocher.

Depuis, Berger et Mlle Klumpke, dans un article à propos de fractures indirectes, dont l'une perpendiculaire au rocher, émettaient l'hypothèse que la forme, la situation, la structure du rocher pouvaient favoriser une fracture indirecte.

Cet os nous offre, comme les bosses orbitaires plus sujettes à ce genre de fractures, un toit, plus fort, il est vrai, mais surélevé et saillant dans le crâne; la direction oblique, la situation de porte à faux à la suite d'un trauma, la structure sont, comme pour les fractures irradiées, autant de causes favorisant une solution de continuité, commandant la marche elle-même.

Poncet (Th. de Malafosse) admet aussi la thèse du contre-coup, si l'on veut bien entendre par là, comme le dit Berger, « les effets de la force traumatique, concentrant son action sur un point distant de son lieu d'application. »

Ainsi comprise, cette théorie semble avoir remplacé, pour le mécanisme des fractures indirectes à la suite d'un coup de feu, la théorie de la pression hydrostatique. Déjà, en 1888, dans les *Archives de médecine*, Chauvel, Nimier, Breton et Pesme trouvaient cette dernière théorie trop exclusive; selon eux, elle ne s'appliquait qu'à des cas exceptionnels; la théorie de Perrin semblait mieux leur convenir, et, plus tard, Bergmann, Longmore admettaient, pour les expliquer, la théorie des vibrations osseuses.

Comme on le voit, c'est à cette théorie du contre-coup que l'on semble vouloir rattacher aujourd'hui toutes les fractures indirectes; elle rend compte de leur siège, de leur direction; elle nous montre l'effet, mais ne nous fait pas sentir la cause. Tandis que, pour les fractures irradiées, la théorie semble définitive, pour les fractures indirectes le champ des hypothèses reste encore ouvert.

V

Symptômes. — Ce n'est pas par un ensemble de symptômes toujours semblable que se traduit une fracture du rocher.

La complexité anatomique, pathogénique, que nous avons vue déjà si grande, se retrouve ici encore.

Le malade atteint de fracture du rocher a eu, en général, un grave traumatisme de la voûte; il est apporté avec tous les signes de commotion et de contusion cérébrale; la connaissance a disparu; le mouvement, la sensibilité sont abolis, le facies est pâle, les traits sont immobiles, les pupilles fixes, les paupières à demi fermées; la respiration est superficielle, quelquefois il y a du stertor, le pouls est ralenti. Ce coma persiste pendant un certain temps, disparaît quelquefois pour se réinstaller d'une façon définitive jusqu'à la mort, indiquant par cet intervalle libre un épanchement sanguin intra-cranien. Ce sont là des symptômes généraux, communs à tous les traumatismes violents du crâne, ils n'offrent ici rien de spécial.

Au milieu d'eux, émergent des symptômes physiques, qui peuvent acquérir une grande valeur au point de vue du diagnostic; ce sont eux que nous envisagerons spécialement; ils empruntent leur physionomie aux lésions des organes contenus à l'intérieur ou autour du rocher, et que nous avons déjà signalées.

1° Otorragie. — L'écoulement de sang par l'oreille, a été signalé par Laugier en 1845, puis diversement interprété. Tandis que Chassaignac lui attribuait une valeur toute relative, s'il était isolé et peu abondant, Vérité en faisait un signe pathognomonique de fracture du rocher.

Ses causes. — A quoi est due cette otorragie, quand elle a lieu? Jossilevitch reconnaît trois causes :

La rupture du tympan et de la muqueuse de la caisse qui accompagne la fracture;

La rupture du rocher lui-même; cet os, en effet, est formé d'aréoles communiquant entre elles et contenant du sang veineux qui se rend dans le sinus;

Et enfin, les lésions des vaisseaux qui entourent le rocher de toutes parts (sinus pétreux supérieur, sinus pétreux inférieur, sinus latéral, carotide interne, artère méningée moyenne).

Ces lésions vasculaires sont rares, bien qu'au premier abord, les vaisseaux qui sont en contact si intime avec le rocher, ou même qui sont à son intérieur, semblent devoir être toujours lésés; Trélat a montré que ces organes étaient souvent intacts. Boullet croit les lésions vasculaires fréquentes dans les fractures perpendiculaires.

Trélat attribue l'otorragie surtout à la déchirure des cellules mastoïdiennes.

Pour que l'écoulement de sang par l'oreille se produise, il faut qu'il y ait rupture du tympan, sinon le sang peut gagner le pharynx par la trompe d'Eustache et amener une épistaxis.

Caractères cliniques. — L'otorragie, dans un cas de fracture du rocher, se fait quelquefois par les deux oreilles, plus souvent par une seule, celle du côté lésé.

L'écoulement de sang, assez considérable au début, disparaît pour réapparaître quelques heures après, à l'occasion d'un effort ou d'un mouvement du malade. Le sang écoulé est du sang pur au début; peu à peu il s'éclaircit et finit ordinairement par être remplacé par un liquide clair.

A côté de cette otorragie, on peut trouver une hémorragie soit nasale, soit buccale (Nélaton), due au passage du sang dans le pharynx lorsque le tympan est intact.

(*A suivre.*)

SUR QUELQUES VARIÉTÉS D'HÉMORRAGIES MÉNINGÉES (1)

Par M. le docteur BOINET, professeur à l'École de médecine de Marseille.

IV. *Hématorachis.* — Veuve B..., quarante ans, sans antécédents pathologiques, se fatigue plus vite depuis deux mois, perd ses forces et son appétit. Elle va rendre visite à une voisine et, pendant la conversation, elle ressent des crampes, de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche; elle s'affaisse sans vertige, sans perte de connaissance. Le docteur Doulet, qui voit cette malade deux heures plus tard, constate une hémiplégie gauche incomplète, le côté correspondant de la face est indemne; huit heures après, cette parésie augmente; il existe une paralysie très prononcée des membres supérieur et inférieur gauches; enfin, le côté droit est le siège d'un état parétique analogue à celui qui avait atteint, quelques heures avant, le côté opposé. Pas de fièvre. Le lendemain, paralysie complète, flasque, sans convulsions, ni contractures des quatre membres, face respectée, pas de douleurs, pas de vertiges, intelligence et mémoire intactes, téguments pâles, froids; peau glacée, vaso-constriction considérable, absence de sueurs. Réflexes rotuliens abolis. Pieds en équin varus. Sensibilité diminuée aux membres inférieurs. La paralysie gagne les muscles du cou et de la nuque, déglutition difficile, voix éteinte, sensation de constriction à la gorge, pupilles normales, pas de troubles soit du côté de l'intelligence, soit du côté des organes des sens. Elle urine par regorgement. Absence de sucre et d'albumine. Cinquante-six heures après le début de ces accidents, les symptômes de paralysie bulbaire augmentent; voix affaiblie, soufflée, contraction difficultueuse, pénible des muscles inspirateurs avec tirage, gêne croissante de la respiration; cyanose avec refroidissement, pouls filiforme, intermittent, pupilles punctiformes; les quatre membres sont toujours inertes, flasques, glacés. Elle ne perd pas connaissance, assiste à son agonie, meurt à deux heures du matin.

Autopsie. — Cœur sain, congestion et suggillations des poumons; hyperhémie des méninges cérébrales et des plexus choroïdes. Hématorachis fort abondant. Les méninges rachidiennes correspondant à la partie cervicale et lombaire sont infiltrées de sang noir, en partie liquide; il est très abondant sur certains points et empêche de voir la moelle; sa partie inférieure et la queue de cheval sont recouverts de caillots de formation récente. A 7 centimètres au-dessous de sa protubérance et sur un trajet de 9 centimètres, caillot intra-méningé correspondant à la partie antérieure de la moelle, occupant sa partie latérale sur une longueur de 3 centimètres et demi et sur une largeur de 1 centimètre et demi et se prolongeant avec un caillot qui entoure complètement l'axe médullaire sur un parcours de 4 centimètres. De là, le caillot descend sur la face postérieure de la moelle sur un trajet de 17 centimètres et se continue avec le dernier foyer hémorragique qui recouvre les parties antéro-latérales de la moelle sur un parcours de 18 centimètres. Le cerveau et la moelle ne présentent pas d'altérations. Les dispositions anatomiques, le siège, l'étendue de ces foyers hémorragiques, leur formation successive, leur propagation, leur localisation exclusivement rachidienne expliquent bien la brusquerie du début, la rapidité d'évolution de ces paralysies par compression médullaire. Le point de départ de cet hématorachis reste douteux. L'examen histologique montre que les gros vaisseaux sont normaux et qu'il existe des traces de pachyméningite dans la région cervicale.

V. Nous avons enfin observé à l'autopsie d'une vache surmenée, qui s'affaisse brusquement avec une paralysie du train postérieur, une infiltration hémorragique considérable sous la pie-mère spinale, dans l'arachnoïde, dans l'épaisseur, à la surface de la dure-mère correspondante, autour des éléments de la queue de cheval et des racines rachidiennes. Ces infiltrations sanguines ne sont pas rares chez les chevaux surmenés qui succombent avec des phénomènes paraplégiques. Les hémorragies intra-médullaires sont beaucoup plus rares et nous en avons communiqué un cas au Congrès pour l'avancement des sciences (Marseille 1891, p. 756). La paralysie atteignit progressivement les deux pieds, les deux jambes, les deux cuisses; elle suivit la même progression ascendante du côté des membres supérieurs. Ce malade succomba avec des phénomènes de paralysie bulbaires, semblables à ceux qui existaient dans notre observation IV, et la marche progressive de cette paralysie ascendante pouvait faire songer à l'existence d'une *paralysie de Landry*.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 418.

LES RÉVOLTES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS (1)

ET LE MOYEN DE LES PRÉVENIR

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef de Ville-Évrard.

II

Les révoltes d'épileptiques sont parfois meurtrières; pour reconquérir leur liberté, ces malades n'hésitent pas à répandre le sang de ceux qui les gardent. La plus terrible, à ma connaissance, fut celle qui, en 1874, ensanglanta l'asile Saint-André, près Saint-Pétersbourg. Pendant que les serviteurs étaient à dîner, les malades se précipitèrent dans une pièce où l'on conservait quelques armes et, se les étant partagées, se préparèrent à la résistance. Les gardiens tentèrent de les calmer par le raisonnement, mais sans succès, et plusieurs d'entre eux s'étant approchés de trop près furent saisis et attaqués à coups de sabre. Cinq furent tués et deux sérieusement blessés. On eut alors recours à la famine, mais il s'écoula quarante-huit heures avant que les révoltés déposassent les armes; dix des plus furieux furent mis séparément en cellule avec la camisole de force. On s'est demandé, non sans raison, pourquoi les infirmiers de l'asile Saint-André ne prenaient pas leurs repas dans les réfectoires de leurs aliénés? comment il se faisait que ceux-ci restassent sans surveillance pendant ce temps, et surtout qu'ils eussent sous la main des magasins remplis d'armes dangereuses?

Huit ans auparavant, en 1866, la section des épileptiques de l'asile de Marseille avait été, elle aussi, le théâtre d'une révolte sanglante. Un soir d'hiver, profitant de l'absence de deux gardiens partis pour aller chercher le dîner à la cuisine, plusieurs épileptiques qui, en secret, avaient comploté le coup, se précipitèrent sur les deux serviteurs restés pour garder le quartier, les tuèrent, puis s'emparèrent de leurs clefs dont ils se servirent pour s'évader. Ces deux vaillants

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 412.

qui, au prix de leur vie, accomplirent leur devoir, se nommaient Baraud et Berger, leurs noms méritent d'être rappelés.

Je citerai encore le complot de l'asile de Chicago, de 1890, dans lequel figuraient deux convulsifs, mais dont l'organisateur fut un alcoolique, très violent et d'un mauvais esprit. Il s'associa deux épileptiques, dont l'un était très actif et tout aussi violent que lui; l'autre, un être passif, qui cédait facilement à toutes les suggestions. Un véritable aliéné, atteint de délire mystique avec idées de grandeur, ayant eu vent du complot, demanda à y entrer, parce qu'il le regardait comme un moyen providentiel de se soustraire à ses persécuteurs. Cette demande de sa part se comprend, puisqu'en somme les trois autres conspirateurs étaient, à ce moment, sains d'esprit et devaient lui inspirer toute confiance. Quant à l'acceptation de ceux-ci de conspirer avec un camarade aliéné aux yeux de tous, elle fut due sans doute à la crainte d'une dénonciation. Quoi qu'il en soit, au moment jugé propice, la révolte éclata et un gardien fut grièvement blessé par le premier des épileptiques.

En mai de cette même année, une émeute assez sérieuse avait eu lieu à la Sûreté de Bicêtre, fomentée par les fous moraux et les épileptiques à instincts pervers et violents, qui sont les hôtes habituels de cet asile-prison. Là, les malades sont logés dans des cellules s'ouvrant sur de petits préaux, séparés par des grilles d'un hémicycle où se tiennent les surveillants. Un après-midi, à cinq heures, durant un orage, six d'entre eux parvinrent à grimper en haut de ces grilles, et, se laissant glisser dans l'hémicycle, se précipitèrent sur les gardiens. Il n'est pas douteux que le coup avait été combiné, car il fut exécuté avec un ensemble parfait, et le fait est d'autant plus extraordinaire que ces malades, placés en cellules, ne communiquent pas librement les uns avec les autres; pourtant personne ne soupçonna le complot. Voici, d'après les journaux de l'époque, le récit de cette échauffourée.

Les gardiens de l'hémicycle, au nombre de six, comme les conjurés, s'efforcèrent de leur tenir tête, tandis qu'on courait prévenir le directeur. Dès que celui-ci pénétra dans l'hémicycle, le chef des révoltés, homme de trente-cinq ans, d'une force extraordinaire, se précipita sur lui et le menaça de lui jeter à la tête un pot plein de terre en vociférant : « Demande pardon pour tes enfants. » Il allait mettre son projet à exécution, lorsque, derrière lui, un gardien, nommé Petit, chercha à le saisir. Il se retourna et le directeur profita du mouvement pour gagner la porte, mais tout aussitôt l'aliéné lança le pot qui atteignit dans les reins le gardien Fournier, qu'un éclat de bois avait déjà blessé à l'œil gauche.

Dans l'impossibilité de résister plus longtemps aux six mutins et aussi dans la crainte d'exciter huit autres malades dangereux, également isolés dans ce quartier, et qui restaient simples spectateurs de la bagarre, le directeur et les gardiens sortirent de l'hémicycle, puis celui-là envoya prévenir le commissaire de police et demander du secours au fort de Bicêtre. Restés seuls et maîtres de la place, les révoltés montèrent dans les logements des surveillants qui sont installés au-dessus même des cellules, brisèrent les meubles et s'emparèrent de tout ce qui pouvait leur servir d'armes, couteaux, rasoirs, bâtons. Cependant, le chef du complot, tout en criant qu'il était enfermé comme fou et qu'en conséquence, on ne pourrait sévir contre lui, prit heureusement peur et au lieu de donner l'exemple de la résistance à ses complices, essaya de parlementer. Par deux fois, il envoya en parlementaire au directeur un des malades restés étrangers à la révolte, en ayant soin de choisir, pour ce message de paix, un hercule de foire, qu'il chargea de réclamer un écrit où on promettrait à tous de les laisser tranquilles, moyennant quoi il s'engageait à désarmer et à faire désarmer ses compagnons.

Mais le directeur refusa ces propositions, et alors arriva le commissaire de police qu'on avait été quérir. Il trouva trois des révoltés à califourchon sur le mur de la première enceinte, brandissant leurs armes, jetant des débris de toutes sortes sur les gardiens. Les insurgés répondirent par des injures à ses sommations. Durant ce temps, le directeur avait fait mettre une pompe en batterie et inondait les révoltés; cette avalanche d'eau ne refroidit en rien leur ardeur belliqueuse. Enfin, arrivèrent du fort de Bicêtre seize soldats de ligne conduits par un adjudant et un sergent. L'officier voulait faire une décharge à blanc, mais le directeur s'y opposa. On enfonça à coups de marteau la porte qu'ils avaient barricadée et les soldats pénétrèrent, baïonnette au canon, dans l'enceinte. A leur vue, le chef des révoltés qui, décidément, n'était pas un brave, prit une fuite précipitée, entraînant à sa suite les cinq autres conjurés que sa frayeur avait gagnés, et tous les six regagnèrent rapidement leurs cellules en implorant leur pardon.

Cinq gardiens furent blessés au cours de cette bagarre : Fournier, Kergoat, Collet, Perrotin et Petit; un des surveillants enfin fut victime d'un vol : on lui déroba une montre en argent et 500 francs en billets de banque.

(*A suivre.*)

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthyleglycocolle-amidooxybenzoïque (1).

Le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthyleglycolle-amidooxybenzoïque ($C^{14}H^{20}O^4Az^2H$, Cl) est un anesthésique local découvert par Einhorn et Heintz (de Munich) et présenté par eux comme un dérivé de l'orthoforme dans un article intitulé : « Suite aux travaux sur l'orthoforme. »

Le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthyleglycocolle-amidooxybenzoïque produit l'anesthésie en agissant sur les terminaisons nerveuses qu'il paralyse. Il n'est pas toxique, ni caustique, et d'après les auteurs, la dose maxima à injecter est de 50 centigrammes pour un homme de 50 kilogrammes, soit dix fois plus que la cocaïne.

Un grand nombre d'opérations ont été faites en Allemagne avec un succès constant.

Le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthyleglycolle-amidooxybenzoïque vient d'être étudié par M. Bonnard, professeur à l'École dentaire de Paris, et il résulte de ses expériences que la dose maxima publiée par les auteurs serait inférieure à la réalité. Il a constaté que la dose toxique du chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthyleglycocolle-amidooxybenzoïque pour un kilogramme de lapin est 30 centigrammes au lieu de 0gr222 (Luxemburger). Cela porte la dose maxima pour l'homme à 75 centigrammes au lieu de 50 centigrammes.

Il a recueilli 58 observations d'extractions de dents qui

(1) Ce médicament est plus connu sous le nom de *nirvanine* (voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 385).

presque toutes ont été faites par lui dans son service. Il en résulte que l'anesthésie locale au chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthyleglycocolle-amidooxybenzoïque est obtenue au bout de huit minutes à partir de la dernière injection avec 1cm3 d'une solution à 5 p. 100. L'injection sous la gencive se fait comme pour la cocaïne, c'est-à-dire la moitié du contenu de la seringue à la partie interne et l'autre à la partie externe du maxillaire. Il est important, dit-il, d'injecter très lentement les premières gouttes de solution, en procédant plus rapidement on occasionnerait une sensation désagréable que le malade traduirait par l'expression d'une brûlure. L'anesthésie obtenue peut durer une heure et, pour les cas où l'opération nécessite une intervention plus profonde dans les tissus, dépassant ainsi la zone anesthésiée, l'anesthésie peut être étendue à la zone désirée par de nouvelles injections; le défaut de toxicité donnant toute sécurité à cet égard, jusqu'à concurrence de la dose maxima tout au moins.

Dans les observations annexées à son mémoire, M. Bonnard cite plusieurs opérations de longue durée faites dans la bouche. Avec des injections de 3 à 4cm3 de solution 3 p. 100, il a pu faire plusieurs opérations de 5 à 6 dents dans une même séance, sans que les malades aient ressenti aucune douleur et sans aucune modification dans l'état général. Pour l'une d'elles (extraction de 6 dents avec 3cm3 et demi de solution 3 p. 100) l'opération dura vingt-cinq minutes; l'une des dents, cause de la longueur de ce temps, était affectée d'une hypertrophie cémentaire considérable de la racine qui rendait très difficile l'extraction. Une demi-heure après la fin de cette opération l'anesthésie durait encore, c'est-à-dire une heure après la dernière piqûre. Après avoir donné diverses indications au sujet d'un mode d'injection en vue d'opérations multiples dans une même région et en cas d'inflammation des tissus, après avoir recommandé d'augmenter la quantité de solution à injecter en raison directe de l'inflammation même, l'auteur estime que le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthyleglycolle-amidooxybenzoïque doit être préféré à tout autre anesthésique local pour l'extraction des dents et que, vu son défaut de toxicité, la longue durée de son anesthésie, la possibilité d'injections multiples, le dentiste doit en faire son anesthésique de choix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 avril 1899. — Présidence de M. Pozzi.

COMMUNICATIONS

Résection totale du nerf maxillaire supérieur. — M. POIRIER rappelle que pour réséquer totalement le nerf maxillaire supérieur, on fait l'opération de Lossen-Braun-Segond; ce procédé est excellent, mais n'est pas parfait. Il exige de grands délabrements.

Et ces délabrements sont d'autant plus à redouter qu'il s'agit d'une opération ne donnant que des résultats temporaires. On peut, il est vrai, replacer l'arc zygomatico-malaire.

Or, on peut réséquer le nerf maxillaire supérieur, sans toucher au squelette. En effet, le nerf s'aperçoit dans la fosse ptérygo-maxillaire, à 1 centimètre au-dessus du bord supérieur de l'arc zygomatique, à 1 centimètre en arrière de l'apophyse orbitaire externe. La moitié antérieure de la fosse ptérygo-maxillaire est vasculaire, partant dangereuse; la moitié postérieure est nerveuse, contenant le nerf maxillaire et non dangereuse. Pour opérer, on fait une incision verticale de 3 centimètres, dont le milieu est sur l'arc zygomatico-malaire; on coupe la peau, le tissu sous-cutané, l'aponévrose et le muscle temporal, dont la disposition est variable. Puis avec une sonde cannelée, on va dans le fond de la moitié postérieure de la fosse ptérygo-maxillaire et on rencontre le nerf à une profondeur, toujours à peu près la même, de 4 centimètres.

On accroche alors le nerf. Au préalable, on a mis à nu et placé un fil sur l'émergence sous-orbitaire du nerf; on voit ainsi qu'on a bien accroché le nerf maxillaire. Une fois le nerf coupé, on tire sur l'extrémité sous-orbitaire du nerf et on peut arracher ainsi 5 centimètres du nerf. Mais on n'arrache jamais le nerf jusqu'au trou grand rond, lequel est plus haut placé. On n'arrache pas davantage d'ordinaire le ganglion de Meckel, lequel est un plexus sous-maxillaire supérieur et à 1 centimètre au dedans du tronc du maxillaire supérieur.

M. GUINARD n'a jamais vu la zone dangereuse de la moitié antérieure de la fosse ptérygo-maxillaire. Il a souvent gratté à ce niveau sans jamais avoir d'hémorragie sérieuse.

Avec l'opération de Lossen-Braun, on met bien à découvert la fosse ptérygo-maxillaire qu'on peut cureter complètement. On peut ainsi enlever toutes les parties nerveuses qui s'y trouvent. Le procédé de M. Poirier ne permet pas le curetage complet de la fosse ptérygo-maxillaire.

M. POIRIER ne croit pas qu'on puisse voir au fond de la fosse ptérygo-maxillaire, même sur le cadavre. Il ne voit donc pas l'avantage du procédé Lossen-Braun.

M. POTHERAT relève les critiques qu'a faites M. Poirier du procédé Lossen-Braun-Segond. M. Poirier regarde la résection temporaire de l'arcade zygomatique comme un délabrement important. Cette résection, selon M. Potherat, est peu importante et la coaptation des fragments se fait facilement et rapidement.

La seconde critique de M. Poirier porte sur la cicatrice faciale étendue, dans le procédé Lossen-Braun-Segond. L'incision cutanée est, il est vrai, assez longue, mais la cicatrice est impossible à retrouver après quelque temps.

M. Poirier ajoute que la mastication reste gênée après le procédé en question. M. Potherat n'a jamais vu persister la gêne de la mastication après les premiers jours. Enfin, d'après la description qu'a faite M. Poirier lui-même de son procédé, M. Potherat ne trouve pas qu'il soit plus facile, plus aisé et plus avantageux que le procédé Lossen-Braun-Segond.

M. POIRIER rappelle n'avoir encore étudié son procédé que sur le cadavre. Il faut donc attendre, pour le juger, de savoir ce qu'il donnera sur le vivant. Le but qu'il a cherché à atteindre, en étudiant ce procédé, c'est de faire moins de délabrements que dans celui de Lossen-Braun-Segond. Il est hors de doute que la résection de l'arcade zygomatique est une grosse opération. La coaptation des deux fragments n'est pas toujours parfaite. Le masséter ayant été forcément coupé, il est impossible que la mastication ne se trouve pas gênée après. Quant à la cicatrice qui ne mesure pas moins de 8 à 12 centimètres, il est peut-être exagéré de dire qu'elle disparaît complètement. Enfin, puisque, de l'avis même des auteurs du procédé, cette large fenêtre ouverte ne suffit pas à éclairer le champ opératoire profond, il est peut-être inutile de la pratiquer.

De la trépanation dans l'épilepsie. — M. PICQUÉ demande à M. Tuffier à quelle variété d'épilepsie il a eu affaire dans le cas de trépanation dont il a parlé dans la dernière séance. On sait, en effet, que les résultats définitifs de la trépanation dans l'épilepsie essentielle sont nuls. Tous les épileptiques trépanés reviennent dans les asiles; dans un laps de temps qui varie de huit à douze mois, les attaques reparaissent.

M. TUFFIER n'a pas voulu parler du traitement de l'épilepsie par la trépanation. Il a simplement voulu décrire un

procédé opératoire destiné à assurer la décompression du cerveau dans tous les cas où cette décompression est indiquée.

DISCUSSION SUR LES TUBERCULOSES TESTICULAIRES

M. ROUTIER a longtemps été interventionniste en présence des tuberculoses testiculaires, mais il change de manière de voir et de faire. Dans les premiers temps de sa pratique, il enlevait les testicules tuberculeux dans des cas déterminés, lorsque plusieurs faits se sont produits qui lui ont fait modifier sa ligne de conduite. Il s'agit d'abord de deux hommes âgés de plus de soixante ans, chez lesquels M. Routier avait enlevé un testicule tuberculeux. L'affection n'a pas tardé à atteindre l'autre testicule. Les deux malades ont consenti à l'ablation du second testicule.

L'un de ces malades est aujourd'hui âgé de soixante-douze ans.

Il y a cinq ans, M. Routier soignait un jeune homme de trente-deux ans, qui portait un gros testicule qu'on croyait atteint de sarcome. M. Routier examina le malade et reconnut qu'il s'agissait, non d'un sarcome, mais d'une tuberculose testiculaire. Il enleva ce testicule. Quatre ans après, il constatait un noyau dur dans l'autre testicule. M. Routier n'osa proposer l'ablation de ce second testicule. Il se fit un abcès de l'épididyme qu'il fallut ouvrir. Aujourd'hui, ce malade, après des soins hygiéniques, le séjour au bord de la mer, etc., va aussi bien que possible. Après plusieurs autres faits de ce genre, M. Routier en est arrivé à ne plus jamais pratiquer la castration en présence d'une tuberculose testiculaire.

Il a été fort étonné d'entendre M. Berger dire qu'à la suite de l'ablation d'un testicule tuberculeux, on voyait souvent rétrocéder les lésions tuberculeuses des glandes séminales ou de la prostate. Ce n'est pas ce qu'a observé M. Routier.

Quand il se fait un abcès, M. Routier l'ouvre avec le thermo-cautère. De même quand il y a une fistule, il la gratte. Enfin, quand il a affaire à un fongus, il l'abrase au thermocautère.

M. BERGER répète avoir vu des cas de lésions tuberculeuses de le prostate ou de la vésicule séminale rétrocéder après l'ablation d'un testicule tuberculeux. M. Routier a observé plusieurs cas de récidive de la tuberculose dans le testicule du côté opposé après la castration; il a eu évidemment affaire à des cas malheureux, car M. Berger n'a pas vu l'autre testicule se prendre chez ses opérés. M. Berger reste donc partisan de la castration et de l'ablation du canal déférent en présence d'une tuberculose testiculaire.

M. POIRIER a observé un malade, un jeune homme qui avait les deux épididymes pris de tuberculose. C'était un garçon de douze ans. Il y avait des lésions non douteuses du côté du canal déférent. M. Poirier soumit ce malade à l'observation de M. Berger qui conseilla de s'abstenir de la castration. M. Poirier a détruit les foyers au thermo-cautère. Depuis, l'enfant a engraissé, et il s'est fait une rétrocession très évidente des lésions tuberculeuses de la prostate.

M. MICHAUX traitait par la castration les tuberculoses testiculaires; ayant vu deux fois l'autre testicule se prendre, il a, comme M. Routier, changé sa manière de voir et remplacé la castration par un traitement général très soigné et par des injections locales de naphtol camphré qui lui ont donné de bons résultats.

M. TUFFIER fait observer qu'aucune tuberculose locale ne présente des allures plus variées que la tuberculose testiculaire; c'est, le plus souvent, une tuberculose bénigne par excellence. Dans d'autres cas, on se trouve en présence de complications redoutables. On ne saurait donc admettre une ligne de conduite unique en présence de cas aussi divers.

Chirurgie de l'estomac. — M. HARTMANN rapporte l'observation d'une malade chez laquelle il a fait une double opération : une gastrorraphie et une gastropexie. Il s'agissait d'une femme de trente et un ans, malade depuis deux ans et arrivée à un tel état de cachexie qu'on avait diagnostiqué un cancer de l'estomac. Cependant, l'examen du chimisme stomacal, fait par M. Soupault, avait été négatif au point de vue du cancer. M. Hartmann fit la laparotomie et trouva un estomac extrêmement dilaté et disloqué. Il passa une série de fils de façon à réduire considérablement la cavité de cet estomac et, à l'aide de ces mêmes fils, fixa l'organe à l'hypocondre gauche. Tous les accidents disparurent et cette malade a très notablement engraissé.

PRÉSENTATIONS

Hernies. — M. FÉLIZET présente un appareil destiné à maintenir les hernies des enfants du premier âge.

Trépanation. — M. TOUBERT, professeur agrégé du Val-de-Grâce, présente le temporal droit d'un malade opéré *in extremis*, par M. le professeur Chavasse.

Un abcès sous-dural, du volume d'une noisette, répond par une de ses faces au toit perforé de la caisse, et par l'autre à la face inférieure du lobe temporo-occipital, dans l'épaisseur duquel s'était développé un abcès intra-cérébral, du volume d'une grosse datte, contenant du pus fétide mélangé à des gaz.

L'opération de Stacke, suivie de la trépanation de la fosse temporale, a permis l'évacuation de l'abcès intra-cérébral, mais non celle de l'abcès sous-dural, ouvert cependant par la curette.

Le malade présentait, au moment de l'intervention, tous les signes de la compression cérébrale. Il était atteint d'otorrhée depuis dix ans, et souffrait depuis dix jours de douleurs dans l'oreille, de céphalée et d'insomnie.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

185. M. DE JAEGHER. Les rayons Rœntgen et la pleurésie interlobaire. — 186. M. COUSIN. Accidents aigus de la tuberculose des capsules surrénales. — 187. M. BLOCH. Étude clinique sur la cause la plus fréquente et la moins connue des déviations utéro-annexielles et des douleurs qu'elles engendrent. — 188. M. WEGBECKER. Des gangrènes périphériques par embolie au cours des pleurésies avec épanchement. — 189. M. NARBONNE. Kystes du canal de Nück. — 190. M. MOLINIÉ. Traitement du delirium tremens suraigu par les bains froids. — 191. M. RUBINROT. Contribution à l'étude de la symphyséotomie. — 192. M. LEHMANN. De l'infection amniotique et de ses conséquences pour l'enfant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgie. — Composition écrite : MM. Marion, 28; Longuet, 27; Riche, 25.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Amen et Chamayou père (de Toulouse); Danson (de Bourg-Argental).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 24 avril 1899.

A Monsieur le docteur LE SOURD, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Mon cher Directeur,

Je sais votre journal ouvert à toutes les réclamations justes et qui sortent des mesquines questions personnelles. C'est pourquoi j'ai recours à votre habituelle obligeance pour protester contre l'incurie révoltante qui règne dans l'administration de nos hôpitaux parisiens.

En deux mots voici les faits : Lorsque je pris, en décembre dernier, possession de mon service à l'hôpital Saint-Louis, je fus frappé de l'insuffisance et de la malpropreté de la salle d'opérations, où le chirurgien n'avait à sa disposition que de l'eau sale dans un lavabo plus sale encore. Après maintes réclamations et des démarches réitérées, j'obtins gain de cause, et je fus informé qu'on procéderait à la réfection de mon amphithéâtre.



FIG. 1.

Dès le commencement de mars, il y a plus de six semaines, une équipe de démolisseurs mit à bas tout ce qu'il fallait détruire, enleva les détritus qui, probablement depuis le roi Louis IX, croupissaient sous les gradins; l'ignoble lavabo crasseux fut démoli et l'amphithéâtre réduit aux quatre murs. Ce fut fait en un clin d'œil. Mais depuis, tout s'arrêta net, et voici, ainsi qu'on peut le voir ci-dessus, dans quel état se trouve, QUARANTE-CINQ JOURS APRÈS, la salle d'opérations d'un des services de chirurgie les plus importants de Paris!

Mais comme il faut cependant opérer les cas urgents qui se présentent, j'ai dû, dans un petit couloir annexe, installer tant bien que mal, plutôt mal que bien, une salle provisoire d'opérations. Le lavabo ici est rudimentaire et sale, l'eau stérilisée est toujours absente. Nos flacons, nos ustensiles les plus nécessaires sont entassés sur des tables, sur l'appui d'une fenêtre (fig. 2). Un fourneau à gaz avec une marmite et une poissonnière est enclavé dans l'embrasure d'une porte (fig. 3)!

Mais ce n'est pas tout. Ce couloir, vitré de tous côtés et par en haut, est exposé de toutes parts au soleil, et lorsque le beau temps nous favorise, ce qui a été heureusement rare jusqu'ici, le thermomètre monte au-dessus de 30 degrés, ainsi que vous pouvez le constater sur l'une des photographies (fig. 2). Mais, par contre, vienne le temps froid et le vent du Nord qui nous gèle en ce moment, ce maudit couloir ne peut se chauffer au-dessus de 12 degrés. Voilà, mon cher Directeur, comment, depuis bientôt deux grands mois, on fait la chirurgie dans mon service à l'hôpital Saint-Louis!

Mais cette incurie révoltante n'a rien qui doive étonner dans cette administration où les responsabilités n'existent pas. Voulez-vous un autre exemple entre mille?

J'avais, salle Gosselin, dans ce même service, une malade, cuisinière de son état, atteinte de ptose viscérale, avec relâchement des parois abdominales. Je lui prescrivis une ceinture banale, qui existe toute faite, puisqu'il s'agit de la sangle de Glénard. Or, les jours, les semaines se passent et nous ne voyons rien venir. La malade, le chirurgien, tout le monde s'impatientait. L'administration faisait son enquête! Elle avait trouvé que cette domestique devait payer sa ceinture et, avant de la lui donner, lui réclamait la somme de 8 francs. Or, le résultat de l'enquête

ne nous est parvenu qu'après vingt jours; soit à raison de 5 francs, prix de revient de la journée, une dépense de 100 francs pour dire qu'une ceinture de 8 francs ne pouvait être accordée.

Après cela, je m'arrête.

Chaque médecin, chaque chirurgien pourrait écrire un volume instructif sur la gestion administrative de l'Assistance publique. Je me borne, pour le moment, à vous si-



Fig. 2.



Fig. 3.

gnaler ces deux faits; je sais que ma réclamation indignée restera lettre morte et que rien ne sera changé dans cette triste administration, mais j'ai la satisfaction d'avoir crié ma protestation et j'en suis soulagé.

Veuillez, mon cher Directeur, croire à mon bien affectueux dévouement.

A. RICARD,
Chirurgien chef de service à l'hôpital Saint-Louis.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

A propos d'une observation intéressante, M. Debove dit quelques mots des **formes de la maladie de Basedow**. Voici le résumé clinique du fait en question.

Il s'agit d'une femme qui fut rapidement guérie d'un goitre exophtalmique, lequel avait débuté brusquement à l'occasion d'une violente émotion; en peu de jours, presque en quelques heures, le syndrome basedowien s'était constitué et la triade symptomatique était apparue au grand complet. Cette malade a été soumise, pendant sept ou huit mois, à des injections de teinture d'iode dans le goitre; au moment où M. Debove eut l'occasion de l'observer, cette femme ne gardait plus comme reliquat de sa maladie qu'une légère exophtalmie; il n'y avait plus ni tremblement ni tachycardie; la malade était névropathe sans que, cependant, on pût trouver de stigmates hystériques bien nets. Il importe, en outre, de faire ressortir une particularité curieuse de cette observation. Chez cette malade, le front était remarquablement lisse, sans rides, comme si le muscle frontal était paralysé, ce muscle réagissant cependant aux courants faradiques. Ce fait est à rapprocher de la particularité notée par M. Joffroy chez trois de ses malades, à savoir l'absence de contraction du frontal pendant le mouvement d'élévation des globes oculaires et des paupières.

M. Debove pense qu'il faut rattacher au nervosisme, et peut-être à l'hystérie, la pathogénie de ce cas « aigu » en quelque sorte de maladie de Basedow, et, à ce propos, l'auteur fait justement remarquer que ce syndrome ne répond pas à un état morbide fixe. On peut admettre, au moins, les variétés suivantes : 1° goitre simple, restant à l'état de goitre un certain temps, puis devenant goitre exophtalmique; ces formes sont justiciables du traitement chirurgical; ce sont les goitres basedowifiés de M. P. Marie; 2° les goitres exophtalmiques survenant au cours d'une maladie du cœur; 3° les goitres d'origine nerveuse éclatant à la suite d'un choc moral. Chez ces malades, il y a souvent des phénomènes névropathiques ou hystériques, phénomènes qui ont été notés par tous les auteurs. M. Debove pense qu'en ce dernier cas il y a relation de cause à effet, relation directe, le nervosisme conditionnant le développement de cette forme spéciale de maladie de Basedow.

M. L. Jacquet lit une note intitulée : **Alcool et phtisie.** Il a fait établir récemment, de manière soigneuse, les antécédents personnels des phtisiques de son service, relativement à l'alcoolisme. Il en compte dix-sept, parmi lesquels *seize* ont subi une alcoolisation forte, plusieurs années *avant* les premières atteintes de la tuberculose.

Tous ces malades buvaient de l'eau-de-vie ou du rhum, et des apéritifs; tous prenaient en outre de l'absinthe, sauf un adonné presque exclusivement à « l'amer Picon ».

Chez la plupart d'entre eux, la période ulcéreuse et cavitaire est venue vite, en un ou deux ans en moyenne. Cela est en désaccord avec l'affirmation de quelques auteurs sur la tendance fibroïde de la phtisie des alcooliques.

Cette statistique, le fait est indéniable, est pour ainsi dire à l'état *brut*. Chez plusieurs de ces malades, d'autres éléments étaient en cause : l'alcoolisme ou la tuberculose des ascendants, par exemple; deux d'entre eux, issus d'alcoo-

liques, portaient, dès l'enfance, des tuberculoses externes (lupus, tumeur blanche du genou).

En outre, l'alcoolisme est si répandu dans la population ouvrière que la tuberculose doit forcément coïncider fréquemment avec lui.

Malgré toutes ces réserves, les chiffres que cite l'auteur sont impressionnants et de nature à faire considérer l'alcool, et surtout les apéritifs et l'absinthe, comme *bacilliphiles*, plus dangereusement encore qu'on ne le pense et surtout qu'on ne le dit. Et puisque la Société a mis à son ordre du jour l'étude de l'alcoolisme dans les hôpitaux, il faut inviter tous les membres de ladite Société à apporter à ce sujet le résultat de leurs observations.

M. Hayem répond à M. Jacquet que cette même étude pourrait être faite à propos de toutes les maladies et de tous les malades des hôpitaux, même des femmes. Il n'en est presque pas que l'alcoolisme ait épargné ; et s'il est vrai, suivant une fort suggestive expression, que « la tuberculose se prend sur le zinc », on pourrait avec autant de raisons dire, que presque toutes les gastropathies, les néphropathies, etc., se récoltent chez le mastroquet.

La commission que la Société médicale des hôpitaux a nommée, dans son avant-dernière séance, s'occupera de tous ces points, et surtout de la question de l'alcoolisme à l'hôpital.

M. Debove a été nommé président de cette commission ; on peut être, dès lors, assuré qu'elle aboutira à un heureux résultat.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Note sur un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoques.

(Communication à la Société médicale des hôpitaux.)

Le nommé M..., âgé de dix-sept ans, commis au ministère des finances, est amené dans mon service à l'hôpital Necker, le 9 décembre 1898, au quatrième jour d'une maladie infectieuse aiguë, à type ataxo-adynamique.

Ce jeune garçon, d'apparence chétive, mais jusque-là d'une bonne santé, a commencé à se sentir courbaturé il y a une huitaine de jours. Depuis cinq semaines, il se surmenait et passait une partie de ses nuits à copier des écritures, en sorte que ses parents crurent tout d'abord à une fatigue résultant d'un excès de travail.

Pendant quatre jours, tout se borna à une sensation de lassitude extrême, à de l'inappétence et à de la lourdeur de tête.

Le troisième jour, il eut une épistaxis. Dans la soirée, il se plaignit de douleur à la nuque et de mal de tête ; la nuit, il dormit mal.

Ces symptômes s'accusèrent le lendemain ; on lui donna un purgatif léger qui amena de la diarrhée. Celle-ci persista et devint continue.

En même temps, la céphalée s'accentua, et pendant la nuit survinrent de la rêvasserie et du délire.

C'est dans ces conditions qu'on amena l'enfant à l'hôpital.

A son entrée, il avait absolument l'apparence d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique qui s'annonçait comme exceptionnellement grave. La langue était sèche, les narines pulvérulentes, les lèvres fuligineuses, le teint vultueux et congestionné, l'haleine fétide. Il existait une diarrhée ocreuse assez abondante, inconsciente, très fétide. Le ventre était un peu ballonné, le gargouillement iléo-cæcal très net ; on ne constatait pas de taches rosées lenticulaires, ce qui n'avait rien que de normal au cinquième jour de la maladie confirmée. Mais la rate était déjà grosse et donnait une matité de 14 centimètres. Les urines étaient rares, couleur de bouillon, un peu troubles, et notablement albumineuses. Les poumons paraissaient absolument normaux, sans un seul râle à l'auscultation.

La fièvre était intense. Le soir de son entrée, le thermomètre marquait 40°5, le lendemain, 39°8. Le pouls oscillait entre 120 et 130.

Les symptômes prédominants étaient les symptômes cérébraux. La physionomie du malade était égarée, ses yeux brillants et injectés, sans inégalité, mais avec un certain degré de contraction des pupilles. Au repos, l'enfant restait dans un état de stupeur, rêvassant et prononçant des paroles incohérentes ; on pouvait cependant le faire sortir de sa somnolence quand on l'interrogeait ; il répondait très lentement, avec effort, mais sans divagation ; il était manifeste que ce travail intellectuel le fatiguait ; il retombait de suite dans son sommeil et se remettait à délirer.

Il semblait d'ailleurs dur d'oreille et un peu sourd : mais cette surdité, renseignements pris, provenait d'une otite ancienne de l'oreille droite, qui depuis longtemps semblait éteinte ; il n'y avait pas d'écoulement actuel par cette oreille.

La céphalée était le symptôme dont se plaignait le plus l'enfant. Elle était à la fois frontale et occipitale, plus marquée, paraissait-il, en arrière. La pression sur le crâne et à la nuque ne l'exaspérait point, mais les mouvements de la tête et du cou étaient fort douloureux : le fait de l'asseoir pour l'ausculter lui arrachait des plaintes, et instinctivement il immobilisait sa tête sans oser la tourner.

Dès qu'il faisait un mouvement, on voyait les muscles de la face animés de tremblement et de contractions fibrillaires ; la langue était également trémulente ainsi que les membres supérieurs.

En présence de ces symptômes, je crus d'abord à l'invasion d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale, surtout à cause de la diarrhée et de l'augmentation de la rate ; ce diagnostic me paraissait d'autant plus plausible que, quinze jours auparavant, j'avais eu à soigner une jeune fille de dix-huit ans, prise dans des conditions presque identiques en apparence, et dont la fièvre typhoïde avait régulièrement évolué vers la guérison, après avoir paru au début très menaçante.

Je fis instituer le traitement balnéaire intensif. L'enfant prit six bains à 24 degrés par jour, un lavement froid quotidien, une potion cordiale avec 1 gramme de musc et du lait.

Les bains furent mal supportés : au lieu d'amener de la détente nerveuse, après chaque bain, le tremblement et l'agitation paraissaient s'accroître. Le lendemain, à la visite, l'intelligence était plus paresseuse que la veille, la parole moins nette, la somnolence plus accusée, quoique les douleurs parussent atténuées. Pendant la nuit, l'agitation avait été considérable.

Aux tremblements de la veille s'étaient ajoutés de la céphalagie et des soubresauts de tendons même à l'état de veille. Les fuliginosités de la langue, la sécheresse de la gorge et la diarrhée ne s'étaient pas modifiées. Seulement, le cœur battait un peu plus vite et avec moins d'énergie ; le pouls était entre 130 et 140.

Le traitement fut continué en élevant de quelques degrés la température des bains (28 degrés). J'y ajoutai matin et soir une pilule de sulfate de spartéine de 5 centigrammes.

Quelques gouttes de sang furent prélevées pour faire la recherche de la réaction de Vidal. Mais avant d'avoir eu un résultat positif ou négatif, la maladie entra brusquement dans une phase nouvelle, qui me fit abandonner le diagnostic de fièvre typhoïde pour affirmer celui de méningite cérébro-spinale.

Effectivement, le 12 décembre, quatrième jour à partir de l'entrée du malade à l'hôpital, le tableau clinique changea du tout au tout.

Tandis que la température s'abaissait progressivement (40°5 le premier jour, 39°8 le second, 38°8 le troisième, 37°8 le quatrième), le pouls s'accélérait en sens inverse et atteignait les chiffres de 120, 130, 140 pulsations, en même temps que s'aggravait l'état général.

Ce jour-là, nous trouvons le malade avec un aspect franchement cérébral. Le facies est immobile, la physionomie sans expression; les pupilles sont inégales, la droite contractée, la gauche dilatée.

Le ventre, au lieu d'être ballonné, est déprimé et en bateau. On remarque sur la peau de l'abdomen et sur les membres de larges marbrures violacées, dessinant un réseau à grandes mailles de sugillations cyaniques, d'apparence presque cadavériques : particularité signalée dans plusieurs observations et notamment par notre collègue Béclère, dans des cas de méningite cérébro-spinale.

La diarrhée a disparu depuis la veille au soir.

L'attitude du malade s'est modifiée. Au lieu d'être étendu, il est courbé en chien de fusil, les genoux et les cuisses repliés sur l'abdomen, et il est difficile de les lui étendre. Le redressement des jambes paraît douloureux. Il en est de même de la station assise. On constate une raideur de la nuque, plus accentuée que les jours précédents, et un opisthotonos véritable.

Le signe de Kernig est manifeste. En même temps se montrent des troubles des organes des sens. Il y a de la photophobie, bien que les pupilles soient paresseuses et se contractent mal à la lumière. L'intelligence est de plus en plus obtuse et la parole est à peu près inintelligible.

Le malade délire constamment et marmotte, à voix basse, des mots incohérents.

Il n'y a ni convulsions, ni épilepsie jacksonienne, ni paralysie des membres. Les urines sont émises involontairement. Enfin la respiration prend le type bulbaire; elle est inégale et suspirieuse.

Ces signes évidents de méningite cérébro-spinale s'accusent dans la journée. Le malade s'éteint le 13 décembre à quatre heures du matin, sans avoir présenté l'ascension thermique terminale que l'on observe ordinairement dans les méningites tuberculeuses : une heure avant sa mort, son pouls est à 180, et sa température à 37°5.

Autopsie le 14 au matin, vingt-quatre heures après la mort.

Les lésions confirment absolument le diagnostic de méningite cérébro-spinale porté dans les derniers jours de la vie.

Il existe sous la pie-mère, au niveau de la convexité des hémisphères, des exsudats purulents épais qui occupent la région frontale, la scissure inter-hémisphérique et les scissures sylviennes en suivant exactement la distribution anatomique des artères cérébrales moyennes et antérieures de chaque côté. Ces exsudats forment des plaques épaisses, qui dessinent de véritables îlots géographiques à contours nets, entourés de zones vasculaires : on ne trouve pas de diffusion uniforme de ces exsudats ; ils sont disséminés par places et constituent des amas épais. Des exsudats analogues, mais moins confluents, se voient à la face supérieure du cervelet et au niveau de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, ainsi que du chiasma des nerfs optiques ; il en exista également sur la face antérieure du bulbe et de la protubérance.

Ces exsudats ont une couleur jaunâtre, moins verte que le pus des méningites à pneumocoques. Ils ressemblent à du beurre ou à de l'albumine cuite ; sur quelques points ils ont une épaisseur d'un demi-centimètre. Leur consistance est élastique, ils ne s'écrasent pas. Le liquide céphalo-rachidien est louche, mais peu abondant. Les circonvolutions sont assez difficiles à décortiquer ; elles adhèrent à la pie-mère et ne peuvent s'en détacher sans laisser quelques parcelles de leur substance. Elles sont injectées et manifestement hyperémiées, mais non ramollies.

Sur la moelle, les lésions ne sont pas moins confluentes. Il existe un exsudat fibrino-purulent formant une couche continue sous la pie-mère de la région spinale postérieure, depuis le bulbe jusqu'à la queue de cheval. L'arachnoïde est distendue et, au niveau du renflement lombaire, il est facile de prélever avant l'enlèvement des méninges une notable quantité de pus dans des pipettes stérilisées, pour l'examen bactériologique ultérieur. Les racines spinales sont englobées dans l'exsudat, mais semblent saines à première vue, peut-être un peu vascularisées. La moelle a sa consistance normale.

Les autres organes offrent quelques lésions accessoires témoignant de la présence d'un agent infectieux. Le foie est gros, mou, jaune brun, avec des ilots d'anémie graisseuse et de la dégénérescence corticale qui caractérisent le foie infectieux. Les reins sont gras et stéatosés, la rate grosse et molle. Le tube digestif, examiné dans toute son étendue, ne présente ni ulcérations ni folliculite, bref, aucune des lésions de la fièvre typhoïde.

L'oreille droite a été examinée ; elle renfermait des exsudats muco-purulents ; il est probable que ça a été là la voie d'entrée de l'infection cérébro-spinale.

L'examen bactériologique du pus, fait par mon interne, M. le docteur Rist, a donné les résultats suivants :

Deux pipettes préalablement stérilisées ont été recueillies.

La première est employée à des frottis sur lamelles. Sur les préparations colorées au violet de gentiane en solution hydro-alcoolique, on voit, parmi de nombreuses cellules de pus, des cocci en courtes chaînettes, de cinq à six éléments. Ces organismes, traités par la méthode de Gram, restent colorés. La coloration au Ziehl rapide sur plusieurs lamelles successives ne permet pas de déceler la présence des capsules.

Le pus de la deuxième pipette a été ensemencé en partie sur des tubes de gélose inclinée ordinaire, en partie sur des tubes de gélose ascite de Wertheim.

Au bout de 24 heures d'étuve, il a poussé des colonies que leurs caractères morphologiques et leurs propriétés ont fait reconnaître pour du streptocoque pyogène. La nature et le caractère virulent de ce microorganisme isolé en culture pure ont été vérifiés par l'inoculation au lapin. Au contraire, l'inoculation de ce pus à la souris est demeurée sans résultat. Il est donc bien certain que l'organisme pathogène de cette méningite cérébro-spinale n'était pas le pneumocoque.

KYSTE DENTIFÈRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par M. le professeur Berger.

(Communication à la Société de chirurgie.)

Le jeune M. P..., âgé de treize ans et demi, m'a été amené au commencement de l'année avec un kyste développé à droite de la ligne médiane, sur la face antérieure du maxillaire supérieur et proéminent à la joue, dans le sillon gingival et à la voûte palatine. Il y a deux ans et demi que le malade s'est aperçu de l'existence d'un gonflement à la joue, gonflement qui a gagné et fait disparaître le sillon qui sépare celui-ci de la face latérale du nez; l'augmentation du volume a été graduelle; dans ces derniers temps seulement, quelques douleurs irradiant vers la tubérosité maxillaire et vers l'oreille ont accompagné cet accroissement de volume.

A l'inspection de la bouche, on trouve toutes les dents de

la rangée supérieure en place, mais l'incisive médiane supérieure droite et aussi un peu l'incisive latérale sont déviées et leur bord tranchant est déjeté en dehors; elles paraissent un peu ébranlées, mais cette mobilité anormale est due à la diminution de la consistance des bords alvéolaires qui les supportent. En relevant la lèvre supérieure on voit une saillie notable, bosselée, qui soulève la muqueuse du sillon gingival et qui a la coloration noire des kystes de la mâchoire; une grosse bosselure dépasse la ligne médiane et proémine du côté gauche du frein de la lèvre supérieure. Ces bosselures sont fluctuantes; on peut renvoyer la fluctuation de cette partie de la tumeur à celle qui soulève les téguments de la joue. On trouve aussi, au côté droit de la voûte palatine, en arrière du bord alvéolaire, une saillie qui soulève la muqueuse, fluctuante elle aussi et constituée par la même collection que celle qui proémine à sa joue et dans le sillon gingival. Les caractères sont ceux qu'on aurait autrefois considérés comme propres au kyste radiculo-dentaire, aux kystes périostiques du maxillaire.

Le 16 février dernier, j'ai excisé largement toute la paroi antérieure de la cavité kystique proéminant dans le sillon gingival; cette paroi se composait d'une mince couche cartilagineuse recouverte par la muqueuse gingivale en dehors et tapissée en dedans par une membrane lisse ayant tous les caractères d'une muqueuse. Une certaine quantité de liquide épais et comme gélatineux s'est écoulée par la large brèche ainsi créée. Celle-ci a admis l'introduction du doigt, et a permis de constater que la cavité, très vaste, était indépendante du sinus maxillaire; qu'elle dépassait la ligne médiane pour se continuer du côté opposé; qu'elle se prolongeait en arrière jusqu'à la voûte palatine qui était détruite et où le kyste n'était plus séparé de la bouche que par la muqueuse; qu'en haut elle refoulait la paroi du sinus maxillaire vers le plancher de l'orbite. Le bord alvéolaire était ébranlé et en partie détruit. Sur le plancher de cette cavité, un peu à droite de la ligne médiane, était implanté un corps dur, saillant en haut et tranchant, qu'au premier abord on prit pour la racine d'une des incisives, mais qu'un examen plus attentif fit reconnaître comme étant une dent surnuméraire, développée sur la paroi inférieure de la cavité kystique et faisant saillie dans cette dernière. On voyait, en effet, une couronne d'un blanc nacré, recouverte d'une couche d'émail régulière, et ayant absolument l'aspect de la couronne d'une incisive. Cette dent fut laissée en place quelques jours, pendant lesquels la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée. C'est l'aspect de cette cavité largement ouverte, comme elle l'était alors, et présentant à sa partie inféro-interne la saillie de la dent anormale, que représente un dessin dû à M. Leuba. Au bout de quelques jours, cette dent fut extraite, un coup de curette suffit pour la détacher. Elle était formée d'une couche d'émail étendue sur une masse de dentine ne présentant qu'une saillie radiculaire tout à fait rudimentaire.

Depuis ce temps, la cavité du kyste s'est graduellement et très notablement rétrécie; son orifice est resté largement béant néanmoins, grâce à la résection étendue qui avait été faite de la paroi antérieure de ce kyste. Cette cavité est néanmoins assez vaste encore, mais des lavages faits par le petit malade suffisent pour la maintenir en bon état de propreté. Mon intention est de la laisser ouverte le plus longtemps possible; c'est la conduite qui m'a, jusqu'à présent, toujours réussi dans le traitement des kystes de cette espèce.

Cette observation est intéressante :

1° Parce qu'on y voit un kyste appartenant à la catégorie des kystes désignés autrefois sous le nom de kystes dentifères présenter tous les caractères cliniques des kystes périostiques dont Broca, Magitot et les autres contemporains faisaient une variété anatomique tout à fait distincte.

2° Parce que ce kyste ne s'accompagnait d'aucune anomalie par défaut des dents de la rangée correspondante, ce qui ne permet pas d'en expliquer le développement par un arrêt survenu dans l'évolution d'une follicule dentaire.

Ce fait vient donc à l'appui de la théorie soutenue par MM. Malassez et Albarran, théorie qui place, dans les débris épithéliaux paradentaires, l'origine commune des kystes des mâchoires considérés autrefois comme des espèces distinctes sous les noms de kystes dentifères ou folliculaires et de kystes périostiques ou radiculo-dentaires.

THÉRAPEUTIQUE

Pommade contre la pelade (BALZER).

Précipité jaune	2	grammes.
Fleur de soufre	4	—
Huile de cade	15	—
Vaseline	30	—

Mêlez. — Usage externe. (*Gaz. hebd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 MAI 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 1er MAI 1899, à une heure. — 1er (1re série) : MM. Tillaux, Retterer et Lejars; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Humbert et Sébileau; — (3e série) : MM. Delens, Poirier et Legueu.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Lancereaux et Teissier; — (2e série) : MM. Landouzy, Gilles de la Tourette et Méry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Mauclaire; — (2e série) : MM. Lannelongue, Blum et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Dupré; — M. Walther, suppléant.

MARDI 2 MAI, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Albarran.

1er : MM. Rémy, Poirier et Quénu.

2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Langlois.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Hallopeau et Ménétrier; — (2e série) : MM. Grancher, Troisier et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Hanriot et Vaquez; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Richelot et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Thiroloix; — (2e série) : MM. Debove, Raymond et Roger; — M. Charrin, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 3 MAI, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Terrier et Mauclaire.

1er (1re série) : MM. Rémy, Retterer et Launois; — (2e série) : MM. Blanchard, Poirier et Sébileau.

3e (2e partie) : MM. Joffroy, Wurtz et Dupré; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Blum, Humbert et Walther; — (2e série) : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier et Gaucher; — M. Lejars, suppléant.

JEUDI 4 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Thiroloix; — (2e série) : MM. Dieu-

lafoy, Troisier et Achard ; — (3e série) : MM. Roger, Ménétrier et Debove.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez ; — M. Retterer, suppléant.

VENDREDI 5 MAI, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 1er (1re série) : MM. Ch. Richet, Reclus et Sébileau ; — (2e série) : MM. Rémy, Poirier et Retterer.

3e (2e partie) : MM. Grancher, Widal et Dupré.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Lejars et Walther; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Hayem et Teissier; — (2e série) : MM. Lancereaux, Wurtz et Méry ; — M. Humbert, suppléant.

SAMEDI 6 MAI, à une heure. — Anatomie pathologique, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Rémy et Méry.

Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Poirier et Quénu.

1er : MM. Retterer, Thiéry et Langlois.

2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot et Launois.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Hutinel et Vaquez ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Roger ; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Le Dentu, Albarran et Faure ; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Troisier et Marfan ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français a tenu, le 9 avril dernier, sa séance annuelle, sous la présidence de M. le docteur Lande, président.

Du rapport présenté par le docteur Verdalle, trésorier, nous extrayons les chiffres qui suivent :

Le bilan, dressé au 31 décembre 1898, donnait :

Pour le capital inaliénable. . . .	Fr.	535 697 02
Pour la caisse de réserve	—	189 218 08
Pour la caisse auxiliaire.	—	3 332 90
Total.	Fr.	728 248 »

La situation, au 9 avril, est la suivante :

Portefeuille	Fr.	726 897 85
Valeurs en caisse.	—	47 015 66
Total de l'avoir. . .	Fr.	773 913 51

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français distribue, en 1899, une somme de 21 721 francs à 27 médecins et femmes de médecin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgie. — Epreuve clinique : MM. Banzet, 16 ; Baudet, 13 ; Michon, 12.

— L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession, a tenu dimanche sa soixante-sixième assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 73 132 francs dont 16 345 fournis par les cotisations, 17 286 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'association a secouru cinq sociétés, cinquante-huit veuves ou familles de sociétaires, enfin trente-sept autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1 200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 50 000 francs. Une somme de 19 600 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice ; ont été élus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet ; secrétaire général, M. Barth.

— *Congrès de chirurgie.* — La première question mise à l'ordre du jour du prochain congrès est l'étude de *l'hystérectomie abdominale totale*, aussi bien pour les fibromes utérins que pour les suppurations pelviennes et le cancer de l'utérus.

M. le docteur Ricard, chargé du rapport, serait reconnaissant aux collègues ou confrères qui voudraient bien lui faire connaître au plus tôt leurs statistiques personnelles ou les observations que leur a suggérées la pratique de *l'hystérectomie abdominale*.

Écrire à M. le docteur Ricard, 68, rue Pierre-Charron.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. A. Gay, directeur du sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Cours payant de médecine opératoire.* — La tentative faite l'an dernier d'instituer des cours pratiques payants de médecine opératoire spéciale ayant pleinement réussi, la Faculté a résolu d'élargir le cadre de ces exercices. Cette année, ce n'est plus deux cours, ce sont cinq cours qui s'ouvrent aux étudiants et aux docteurs désireux de s'exercer à la pratique des opérations sur le cadavre avant de les aborder sur le vivant. Ces cours, est-il besoin de le répéter, sont conçus dans un but essentiellement pratique. Les sujets, en bon état de conservation, sont livrés en nombre suffisant pour que chaque élève puisse répéter lui-même l'opération décrite et exécutée sous ses yeux par le prosecteur. Des planches très explicites permettent de suivre les différents temps de l'acte opératoire. Des instruments spéciaux sont mis à la disposition des élèves. Rien n'a été négligé pour que ces cours soient profitables à ceux qui les suivent.

Déjà deux cours sont ouverts. Celui des voies urinaires est fait, comme l'an dernier, par M. Gonet ; celui sur les os et les articulations, par M. Fredet.

Le lundi 8 mai, M. le docteur Savariaud va commencer ses démonstrations sur les opérations du *tube digestif et ses annexes*. Ce cours comprendra les opérations sur la langue, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, l'appendice, le rectum, les voies biliaires. Est-il besoin de rappeler que certaines de ces opérations, telles que l'ablation de *l'appendice* et celle des *hémorroïdes*, constituent des opérations courantes?

En juin, M. Cunéo fera un cours sur les opérations gynécologiques, et M. le docteur Riche sur les opérations de pratique courante.

Les droits à verser sont de 50 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les lundis, mardis, jeudis, samedis.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 48. — JEUDI 27 AVRIL 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 27 AVRIL 1899. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous devons signaler deux présentations d'ouvrages qui ont été faites avec certains développements et qui sont devenues de véritables communications : c'est d'abord M. Poncet (de Lyon) qui, en offrant à l'Académie, en son nom et au nom de son chef de clinique M. Delore, un traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques, a donné une parfaite description de cette opération qui, dans bien des cas, rend de grands services et mérite une place importante dans la chirurgie urinaire. Il en a fait connaître les résultats immédiats et éloignés, et en a nettement posé les indications, et il en a montré la bénignité et les avantages sur certaines interventions aveugles telles que la ponction.

Cette opération, très justement appelée opération de Poncet, est, en somme, le seul moyen de sauver d'une mort certaine un assez grand nombre de vieillards. Aussi son succès a-t-il toujours été croissant et, sortie de Lyon, elle a gagné progressivement les autres écoles en France et à l'étranger. Cette propagation est le meilleur éloge qu'on en puisse faire.

Après M. Poncet, c'est M. Terrier qui est monté à la tribune nous présenter son traité de la chirurgie de l'estomac. C'est là en quelque sorte la chirurgie à l'ordre du jour. La plupart des jeunes chirurgiens s'y livrent avec une ardeur dont, le plus souvent, sinon toujours, les malades se trouvent bien. En présentant cet ouvrage, M. Terrier a particulièrement cité ses deux collaborateurs, MM. Hartmann et Soupault. Ce dernier a étudié, chez tous les opérés de MM. Terrier et Hartmann, le chimisme stomacal. C'est là, en somme, une question à l'étude et qui intéresse autant les médecins que les chirurgiens.

M. Lédé a lu un travail sur l'industrie nourricière. Il résulte de ses recherches que, moins grande est la surface moyenne occupée par chaque habitant, plus grande est la capacité nourricière, c'est-à-dire plus les femmes rechercheront des nourrissons. Il nous semble que c'est plutôt un bien.

Enfin M. Mouchet (de Sens) a communiqué deux observations d'irréductibilité de l'utérus gravide en rétrocession traitée et guérie par la laparotomie. Dans les deux cas, la grossesse a suivi son cours et l'accouchement a eu lieu à terme.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport sur le classement des candidats pour deux places de correspondant national : voici l'ordre de présentation : en première ligne, M. Doyon (d'Uriage); en deuxième ligne, M. Heurtaux (de Nantes) et en troisième ligne, *ex æquo* et par lettre alphabétique, MM. Henrot (de Reims); Pamard d'Avignon); Paulet (de Montpellier) et Pierret (de Lyon).

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE

Observations d'érythèmes survenus pendant la convalescence de pneumonies d'origine grippale.

Par M. ANTONY, médecin principal au Val-de-Grâce, et M. BISCONS, médecin-major au 17e d'infanterie, à Agde.

(Communication à la Société médicale des hôpitaux.)

J'ai l'honneur de vous donner communication, de la part de mon collègue, M. le médecin-major Biscons, d'une observation d'érythème scarlatiniforme survenue pendant la convalescence d'une pleuro-pneumonie grippale. Je crois, en outre, intéressant de rapprocher de ce fait un cas d'érythème noueux que j'ai constaté tout récemment, et dans des conditions semblables, dans mon propre service au Val-de-Grâce.

Voici l'histoire du malade de M. Biscons :

Le sieur D..., jeune soldat de la classe 1896, se présente à la visite le 22 février 1898; il se plaint de courbature intense, de céphalée et de points de côté à gauche; la courbature et la céphalée ont débuté le 19; elles étaient tolérables; le malade se sentait fatigué, dormait mal, mais continuait à faire son service; le point de côté, au contraire, avait apparu dans la nuit du 21 au 22, sans grand frisson.

Actuellement, la peau est chaude, sèche. T. 39°8; la langue est saburrale, l'auscultation et la percussion ne révèlent encore aucune lésion pulmonaire appréciable.

Le diagnostic porté est grippe avec localisation pulmonaire ou pleurale probable; le malade est immédiatement hospitalisé.

A cette époque nous étions déjà en épidémie de grippe.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant.

Les antécédents personnels, avant l'incorporation, sont

négatifs; le 5 janvier 1898, cet homme était entré à l'infirmerie pour une bronchite; il en était sorti le 14, guéri, pour reprendre son service; cette maladie, que nous n'avons pas observée personnellement, semble avoir été très bénigne.

22 février, soir. Le point de côté persiste à la pointe de l'omoplate gauche; zone de submatité avec souffle tubaire, égophonie, pectoriloquie aphone et vibrations normales; état général comme le matin.

23 février, matin. Aux symptômes précédents s'ajoutent des râles crépitants, à la fin de l'inspiration; vibrations thoraciques sensiblement diminuées; quelques crachats légèrement rouillés.

24 février, matin. Foyer plus étendu, quelques râles sous-crépitants fins; les bruits sont un peu voilés; la base entière est submate, la pleurodynie a subi une recrudescence qui nécessite l'application de quelques ventouses scarifiées. L'état général reste le même. A droite paraissent des sibilances et quelques râles sous-crépitants.

25 février. La température s'est abaissée; état général meilleur. Souffle plus doux, égophonie et pectoriloquie persistantes; le murmure vésiculaire et les râles sous-crépitants sont voilés, mais distincts; la zone de submatité ne dépasse pas l'angle de l'omoplate.

1er mars. La maladie a évolué sans incident. Le souffle a à peu près disparu. Les râles sont très rares; la submatité à la base ne forme plus qu'une bande étroite. État général normal.

5 mars. État local très amélioré; submatité disparue, respiration obscure.

La lésion pulmonaire peut être considérée comme entièrement résolue, le malade est convalescent.

Traitement. — La thérapeutique a été très simple : régime lacté, antisepsie intestinale, toniques généraux, café noir, ipéca et digitale.

Apparition de l'érythème. — Tout allait donc à souhait; notre homme avait eu une « vraie fluxion de poitrine », comme nous en avons observé beaucoup durant l'épidémie à laquelle nous avons assisté, lorsque, dans l'après-midi du 5, le malade s'aperçut que la peau de la poitrine et le ventre était rouge; il n'éprouvait d'ailleurs aucun malaise.

6 mars. T. 38°7. Nous constatons un véritable rash généralisé; la face est rouge, sans être vultueuse; la peau du tronc et des membres entièrement, et à peu près uniformément, érythémateuse; à peine pouvait-on distinguer un léger pointillé plus foncé que le fond de l'érythème, encore que son existence fût loin d'être bien nette. La teinte générale était rouge, légèrement violacée; à la pression, la rougeur disparaissait pour reparaître bien vite.

Si, au moment de notre examen, l'érythème était généralisé, au début il avait apparu par larges plaques, qui n'avaient pas tardé à se réunir.

Enfin, il n'y avait aucun prurit.

La langue était légèrement saburrale; le « pharynx avait sa coloration normale ».

L'état général, malgré la fièvre, était peu atteint; l'état de la poitrine ne s'était pas modifié; les urines ne contenaient pas d'albumine.

Le régime lacté fut immédiatement repris.

L'alimentation, durant les jours précédents, avaient consisté en potages, œufs, viandes grillées : le malade n'avait pas mangé de poisson.

7 mars. L'érythème garde sa coloration franche; pas de modification; état général toujours satisfaisant et « rien dans le pharynx; langue encore saburrale ».

8 et 9 mars. Même état. L'érythème pâlit un peu, mais progressivement et uniformément, surtout à la figure, tandis que la température s'abaisse pour descendre à 37°2 le 10 au matin, avec une légère poussée nouvelle à 38°5, le 10 au soir, sans cause appréciable.

Langue moins blanche, mais non desquamée.

11 mars. L'érythème a à peu près complètement disparu; il reste par places quelques zones encore congestionnées, la teinte générale étant normale.

On constate à la face un léger furfur.

12 mars. Apyrexie complète, l'érythème a entièrement disparu, les urines étant normales.

Du 12 au 20 mars, la convalescence s'accentue; la desquamation de la face continue toujours, furfuracée; sur le tronc, on ne trouve que quelques squasmes épidermiques très ténues et rares; il est vrai que, pendant cette période, nous donnons tous les deux jours à notre malade un bain savonneux.

L'urine a continué à rester normale; la langue est redevenue normale, mais n'a jamais présenté l'aspect si caractéristique de la langue scarlatineuse.

Le 20 mars notre homme est envoyé en convalescence de deux mois, toute desquamation ayant d'ailleurs cessé.

Quelle était la nature de cet érythème? Morphologiquement, c'était de la scarlatine; étiologiquement, ne pouvait-ce être que la grippe? Scarlatine ou grippe, tel était le dilemme devant lequel nous nous trouvions.

L'origne alimentaire ou médicamenteuse ne pouvait être en cause; nous l'avons dit implicitement plus haut.

En faveur de la scarlatine plaidaient, il est vrai, les apparences; cependant, quelques arguments non sans valeur pouvaient être opposés.

1° Le malade était à l'hôpital depuis déjà douze jours et la contagion n'aurait pu se faire qu'avant son entrée; donc période d'incubation un peu prolongée. Dans le détachement et dans la ville, à notre connaissance, il n'y avait eu depuis bien longtemps de scarlatine; à la vérité, il y en a eu un cas en mai dans la troupe, mais qui avait pu être importé; en tous cas, notre malade n'en était pas l'agent propagateur, puisqu'il n'était pas rentré de convalescence.

2° Malgré l'étendue et l'intensité de l'érythème, le pharynx n'a été pris à aucun moment; sans doute l'angine scarlatineuse peut être fugace, passer même inaperçue, mais est-ce bien dans des cas à éruption aussi intense, à symptomatologie aussi nette?

3° Le faciès de notre homme ne concordait pas avec l'intensité de l'érythème. La face était rouge, sans doute, mais n'avait pas cet aspect vultueux, un peu bouffi, que présentent les scarlatineux sérieusement atteints.

4° Enfin, il n'y a eu qu'une desquamation cutanée disproportionnée avec l'érythème, et surtout la langue n'a pas desquamé; c'est peut-être là le principal argument.

Ce cas me semble donc tout à fait comparable à ceux cités par Barthélemy, Faisans, Comby, Leyden, etc., et faute d'un contrôle plus précis que la seule clinique, il me paraît être rattaché à l'infection grippale.

Voici l'observation résumée de notre propre malade :

R..., soldat d'infanterie, âgé de vingt-deux ans, entre au Val-de-Grâce le 3 mars 1899, pour pneumonie grippale du côté droit remontant au 28 février. La maladie a débuté par un frisson modéré, une pleurodynie intense, le rejet de crachats rouillés et une fièvre atteignant 40°8. A son entrée dans nos salles, on perçoit un souffle de faible intensité et quelques râles crépitants au-dessous de l'aisselle du côté droit.

Le malade absorba 1gr20 de sulfate de quinine le 4 mars, 1 gramme le 5, 50 centigrammes le 6 mars. Le lendemain, la température étant devenue normale, ce médicament fut suspendu; mais le 8 et le 9 on prescrivit 50 centigrammes

d'antipyrine, en raison d'une légère élévation de température qui se manifesta dans la soirée et coïncida avec l'apparition d'une laryngite aiguë.

Le 10 mars, la fièvre ayant disparu, on suspendit toute médication.

Le 13 mars au matin, R... accuse quelques douleurs dans les jambes et l'on constate sur leur face antérieure la production de plaques surélevées, d'un rouge violacé, larges de 1 à 3 centimètres, avec induration notable de la peau. Cette éruption présente tous les caractères de l'érythème noueux; elle est absolument localisée aux jambes et à la partie antéro-inférieure des cuisses.

Les genoux ne sont le siège d'aucune douleur, ni d'aucune tuméfaction.

Au moment où cette éruption s'est produite, le malade n'avait pris aucun médicament depuis trois jours; ses urines ne contenaient aucune trace d'albumine et n'en présentèrent pas ultérieurement. La laryngite persistait encore mais était en voie de diminution; l'appétit était languissant, sans qu'il existât de troubles digestifs marqués.

Les jours suivants, les noyaux érythémateux se décolorèrent progressivement, bien que lentement. Le 20 mars, la peau avait repris sa coloration normale, mais les plaques d'induration sont faciles à retrouver au toucher. La faiblesse et la douleur que le malade avait éprouvées dans les jambes disparurent à la même date.

Les médicaments, quinine et antipyrine, prescrits au début de la maladie à des doses très modérées, ne sauraient être considérés comme la cause de cette éruption, car dès son apparition on crut devoir les prescrire à nouveau, en raison de la poussée fébrile qui l'accompagna. Or, leur usage fut suivi et de la chute de la température et de la disparition de l'érythème.

Les reins, d'autre part, étaient restés normaux; nous sommes donc amené à considérer cette manifestation cutanée comme le résultat d'une intoxication d'origine grippale.

Nous avons, en effet, recueilli du sang, avec les précautions ordinaires, au niveau des plaques érythémateuses et l'avons ensemencé sur différents milieux de culture. Les ensemencements nous ont décelé l'existence de deux staphylocoques, l'un jaune et l'autre blanc, qui se trouvaient en forte proportion dans le sang, car une gouttelette de ce liquide frottée sur agar donna naissance à des centaines de colonies.

Les éruptions cutanées ne sont pas rares dans la grippe, surtout au début de la maladie. MM. Comby, Barthélemy, Leclerc, Féréol, A. Petit, Faisans, Ferrand, en ont relaté de nombreux exemples, lors de l'épidémie de grippe de 1889-1890. A la même époque, les médecins de l'armée purent observer, dans la plupart des garnisons de France et d'Algérie, de fréquentes productions d'érythèmes, rappelant le rash des fièvres éruptives et des manifestations herpétiques, vésiculeuses ou ortiées, comme phénomènes du début de la grippe.

Les éruptions survenant dans la convalescence de cette maladie paraissent être beaucoup plus rares.

Les deux observations que je viens de relater peuvent être rapprochées des communications faites par M. A. Renault, dans la séance du 21 février 1890, et par M. L. Galliard, dans la séance du 25 mars 1898, à propos de malades atteints d'érythème, de nature variée, à la suite d'une grippe.

Le bacille de l'influenza est-il la cause de ces éruptions? Nous ne saurions l'affirmer, d'autant que, chez notre malade, comme dans la plupart des cas de pneumonie grippale qu'on observe en si grand nombre depuis quelques semaines, les crachats expectorés contenaient ce bacille associé à de nombreux pneumocoques lancéolés.

Nous savions, d'autre part, combien sont fréquentes les infections secondaires dues à des organismes communs, tels que les staphylocoques et les streptocoques, chez les hommes frappés de la grippe; notre malade en est une preuve nouvelle. Nous sommes donc obligé de conserver une grande réserve dans l'interprétation de ces phénomènes morbides et de nous borner à apporter quelques éléments nouveaux pour servir à l'histoire des complications de l'influenza dans le cours de la convalescence.

LES RÉVOLTES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS (1)

ET LE MOYEN DE LES PRÉVENIR

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,

Médecin en chef de Ville-Évrard.

III

Il nous reste à parler maintenant de la révolte qui éclata dans notre service, quartier des aliénés dangereux, le 13 mai 1890. Ce fait, que nous avons communiqué, à cette époque, à la Société médico-psychologique, mérite d'être rappelé, car il est un exemple peut-être unique de deux vrais délirants complotant ensemble et recrutant des complices. L'instigateur de l'émeute fut un nommé G... qui, après avoir parlé sans réticences, lors de son isolement en septembre 1888, des persécutions dirigées contre lui par les jésuites et d'une « Vie de Jésus », son œuvre, appelée à révolutionner la religion, peu à peu s'était montré plus réservé et avait fini par dissimuler complètement son délire. C'est à la demande de la préfecture de police, qui redoutait son évasion, que je l'avais placé au quartier des dangereux. Il avait soif de scandale, il voulait un éclat qui attirât sur lui l'attention des autorités et lui permît d'obtenir justice tout à la fois contre la Compagnie de Jésus qui l'avait fait enfermer et contre moi qui le gardais. Une bonne révolte lui parut un excellent moyen d'atteindre son but, mais pour se révolter il faut être plusieurs, et alors il se chercha des complices. Il avait précisément dans la section un camarade très décidé, très violent, d'une force herculéenne qui, lui aussi, nourrissait une haine mortelle contre les jésuites et tous les prêtres et désirait vivement un scandale, tout comme G..., pour se mettre en évidence. Mais moins prudent que celui-ci, il ne s'en cachait pas. D... n'avait cessé, en effet, depuis son entrée au 16 décembre 1889, d'affirmer bien haut que le comte de Paris lui devait, pour ses services, 1 060 000 francs. Arrêté pour avoir placardé sur un arbre du boulevard des Italiens une affiche annonçant la faillite frauduleuse de la famille d'Orléans, il réclamait sans cesse sa sortie, avec menaces de mort contre le service médical, afin de continuer sa campagne contre ces princes indignes pour lesquels il avait souffert mille persécutions et qui l'avaient exploité à l'instigation du clergé. Il était très exalté et j'avais dû l'envoyer, lui aussi, au quartier des dangereux, parce que, à plusieurs reprises, il m'avait menacé, s'il n'était pas en liberté pour la manifestation du 1er mai, de manifester à l'asile en m'ouvrant, ce jour-là, le ventre.

G... comprit tout de suite qu'il aurait dans D... un com-

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 413.

plice d'autant plus précieux que sa poigne vigoureuse serait d'un inestimable secours dans une bagarre. Sans doute, il le jugeait archifou, mais le camarade voulait un scandale et c'était là précisément ce qu'il demandait lui-même. Comme depuis son arrivée dans le quartier, G... avait dissimulé complètement son délire et s'était donné toutes les apparences d'un homme sain d'esprit, victime d'une séquestration illégale, D... n'avait aucune raison de le traiter en aliéné et de se moquer de lui; il accepta donc avec empressement son offre d'organiser une révolte pour amener une descente de justice et faire parler la presse. En somme, ce fait ne va pas, comme on le voit, à l'encontre des opinions exposées plus haut. Sans doute, pour G..., D... était fou et il s'adressait à lui, malgré sa folie, c'est que, très clairvoyant en dépit de son propre délire, il avait entrevu les points communs entre eux, la haine des jésuites et le désir d'un esclandre, et le parti à en tirer; mais pour D..., G... n'était pas aliéné. Le complot, en réalité, n'a donc pas réellement été organisé entre deux délirants, édifiés l'un et l'autre sur leur état mental réciproque, mais entre deux aliénés dont la folie de l'un était ignorée de l'autre. J'ai tout lieu de croire que si G..., au lieu de dissimuler son délire, l'avait étalé et que D... eût vu son compagnon fou, il se serait détourné de lui avec dédain.

Cependant, une révolte à deux n'avait pas encore sa raison d'être et G... se chercha d'autres complices. Il fut servi à souhait, car il avait encore avec lui dans la section quatre malades non délirants à cette époque, un épileptique, un fou moral et deux alcooliques qui, tous les quatre, cherchaient à s'évader. A D..., G... avait présenté la révolte comme un moyen de scandale; à ceux-ci, il la présenta comme un moyen de reconquérir la liberté : les gardiens terrassés, on s'emparait des clefs. Et il avait dans ces quatre recrues des sujets de choix. P..., l'épileptique, âgé de vingt-quatre ans, était isolé pour la seconde fois à la suite d'une tentative de strangulation sur son frère. Le fou moral, H..., âgé de vingt-cinq ans, débile au point de vue intellectuel, mais admirablement doué pour concevoir et exécuter le mal, s'était procuré un jour à l'asile, on n'a jamais su comment, un mauvais canif qu'il avait dissimulé avec soin, après l'avoir réparé et repassé, puis il s'était jeté sur un gardien qu'il accompagnait au linge, et lui en avait porté deux coups aux yeux dans le but de l'aveugler et de s'évader; un autre surveillant qui, accouru aux cris de son collègue, arrêta le malade dans sa fuite et le désarma, reçut également de lui une blessure au visage. Des deux ivrognes, l'un, T..., revenait pour la sixième fois, l'autre, K..., pour la troisième fois. Envoyés au travail en plein champ, ils s'étaient enivrés tous les deux. K... avait cassé la vaisselle et les carreaux du quartier; T... s'était déculotté et, dans ce costume sommaire, il était allé demander l'hospitalité à la section des femmes.

Le secret le plus absolu fut gardé; en dehors des six conjurés, personne dans la section ne se douta du complot. La révolte fut fixée pour le 13. Ce matin-là, à la visite, je ne remarquai rien d'anormal, toutefois l'alcoolique R..., à mon grand étonnement, car depuis longtemps il avait cuvé son vin, était, depuis le lever, très exalté et très violent; je lui prescrivis un grand bain. Quand le gardien l'appela pour exécuter la prescription, il refusa de le suivre et immédiatement les cinq autres complices se précipitèrent sur les quatre surveillants de la division. Ceux-ci durent céder et appeler au secours. Sept serviteurs prêtèrent main-forte, ils furent reçus à coups de pied et à coups de poing. Il leur fut impossible, en agissant avec fermeté et douceur, de se saisir des révoltés et de les isoler. Pour triompher de la résistance des six rebelles auxquels ils ne rendaient pas les coups reçus, il leur aurait fallu recourir à des violences qu'avec raison ils ne se permirent pas. Ils se mirent sur la défensive, dans l'attente de nouveaux renforts. C'était d'ailleurs l'heure du déjeuner, et comme la nature ne perd jamais ses droits, fût-ce en rébellion, tous les six rentrèrent au réfectoire et se mirent à table. Le scandale ayant eu lieu, G... et D... qui ne demandaient pas davantage, au grand étonnement des quatre autres, déclarèrent qu'ils n'avaient aucune dent contre les gardiens et visaient le seul médecin en chef qui les détenait arbitrairement.

Dans ces conditions, le plus sage était de s'abstenir et d'attendre les événements. Par malheur, nous fûmes très mal renseignés. On vint nous raconter que le quartier des dangereux était livré au massacre et que le sang coulait. Tout aussitôt, le directeur, M. Balet, le docteur Kéraval, alors mon médecin-adjoint, et moi, nous nous rendîmes sur les lieux. Nous rencontrâmes à la porte du quartier une dizaine de gardiens qui nous suivirent à l'intérieur. Voyant la cour vide, nous pénétrâmes dans le réfectoire, où au lieu de la scène de carnage qu'on nous avait annoncée, nous fûmes fort surpris de trouver tout le monde à table en train de déjeuner. Mais notre arrivée changea la scène. A peine, en effet, avions-nous pénétré dans le milieu de la salle, suivis de notre troupe de gardiens, que les six révoltés se levèrent et nous jetèrent toute la vaisselle à la tête. Par bonheur, les quarante autres aliénés, qui mangeaient eux aussi dans le réfectoire, ne subirent pas la contagion de l'exemple. Ils se bornèrent, ravis de cette scène qu'ils trouvèrent amusante, à rire aux éclats et à faire un tapage de tous les diables. N'empêche que les projectiles pleuvaient dru sur nous. Quand ils n'eurent plus rien sous la main à nous jeter, les six rebelles s'élancèrent dans notre direction le poing levé; comment, de nous trois, personne n'a été blessé, moi surtout, à qui ils en voulaient particulièrement à cause de leur isolement, et qui, par ma haute taille, leur offrais une cible apparente, je me le demande. Je dois ajouter, et là est sans doute l'explication du fait, que le personnel de surveillance a été très dévoué : les gardiens nous firent un rempart de leurs corps et reçurent les coups qui nous étaient destinés.

Nous rendant compte de l'imprudence commise et comprenant que notre présence était plus nuisible qu'utile, nous résolûmes sans vergogne de battre en retraite et d'attendre, d'autant plus qu'il était à supposer qu'après notre départ nos hommes se remettraient à manger et sacrifieraient leur rancune à leur appétit : et il en fut ainsi pour quatre d'entre eux. Deux, qui sans doute avaient moins faim ou qui avaient eu le temps de se satisfaire, commirent la faute légendaire des Curiaces, de nous poursuivre à inégale distance. Ils furent de suite enveloppés, saisis et transportés hors du quartier. La troupe ainsi amputée d'un tiers, tenue aussi en respect par le grand nombre de gardiens qui occupaient la section, jugea prudent de protester de ses intentions pacifiques vis-à-vis du personnel de surveillance dont elle faisait l'éloge, de s'excuser même des coups reçus par les gardiens, coups destinés au service médical; toutefois, elle eut la précaution avant de quitter le réfectoire, et sans qu'il fût possible de s'y opposer par la douceur et le raisonnement, de s'armer de fourchettes, de cuillères

et de brocs, afin de résister efficacement, au cas, disait-elle, où les médecins tenteraient un retour offensif. Puis, nos quatre conspirateurs se mirent à jouer aux cartes.

THÉRAPEUTIQUE

Solution claire de cocaïne et de sublimé corrosif pour injections hypodermiques.

Chlorhydrate de cocaïne . .	10	cent. cubes.
Bichlorure de mercure. . .	20	—
Chlorure sodique	75	—
Glycérine.	7	grammes.
Eau stérilisée . . Q. S. p.	20	cent. cubes.

Dans un flacon d'une capacité de 30 grammes, on pèse d'abord la glycérine; on prend ensuite deux tubes renfermant chacun une très petite quantité d'eau distillée; dans l'un on dissout la cocaïne, dans l'autre le bichlorure de mercure et le chlorure sodique. Le contenu de ce dernier tube est chauffé à l'ébullition, puis versé dans la glycérine et on agite bien le mélange. On ajoute ensuite en un mince filet la solution de cocaïne, on agite constamment et on parfait les 20 centimètres cubes avec de l'eau distillée bouillie. (*Gaz. hebd.*)

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

L'onguent de caséine en dermatologie, par M. Raby.

Sous le nom d'onguent de caséine, le professeur Unna (de Hambourg) emploie pour ses préparations dermatologiques un nouvel excipient, dont il a publié la formule suivante :

Caséine	15	p. 100
Alcalis.	0,43	—
Glycérine	7	—
Vaseline.	21	—
Antiseptique	1	—
Eau	q. s.	— = 56,57.

Voici les indications qu'il fournit sur ce produit :

C'est une crème blanche, assez épaisse, absolument neutre, et qui, étalée sur la peau, forme, en quelques minutes, un vernis souple et résistant, s'enlevant par un simple lavage. L'avantage de cette préparation est de donner un vernis qui renferme une forte proportion de vaseline (21 p. 100), et auquel on peut incorporer un grand nombre de médicaments.

Les alcalis, les sels à réaction alcaline, le sulfo-ichtyolate d'ammonium épaississent l'onguent et, dans ce cas, il faut ajouter de l'eau ou diminuer la proportion de caséine.

Les acides ne s'y incorporent qu'en très faible quantité, car ils coagulent la caséine, cependant on peut préparer un vernis renfermant 1 p. 100 d'acide salicylique.

Les dérivés hydroxylés du benzyle : résorcine, pyrogallol, etc., fluidifient l'onguent de caséine, mais ne lui enlèvent pas la propriété de former un vernis sur la peau.

Nous avons voulu expérimenter cet onguent de caséine, et voici le mode de préparation auquel nous nous sommes arrêté.

On délaie exactement la caséine dans l'eau, et on ajoute les alcalis (mélange de 4 parties de potasse et 1 partie de soude), on laisse en contact pendant vingt-quatre heures, de manière à obtenir une masse homogène ayant l'aspect du mucilage de gomme adragante. Puis on liquéfie la vaseline à une douce chaleur et on l'incorpore au mucilage en battant vivement. On ajoute ensuite la glycérine et les antiseptiques (oxyde de zinc et phénol ââ p. e.).

On conserve le produit obtenu dans un endroit frais, en ayant soin de recouvrir la surface de l'onguent d'une légère couche d'huile de vaseline qui empêche la dessiccation.

Les différentes caséines que l'on trouve dans le commerce ne gonflent pas également dans l'eau alcalinisée; c'est pourquoi les proportions indiquées par Unna doivent être modifiées suivant la variété de caséine que l'on emploie, et ce n'est qu'après quelques essais que l'on obtient un onguent de bonne consistance, c'est-à-dire s'étendant facilement sur la peau et y adhérant parfaitement.

Nous avons employé dans nos recherches la caséine ordinaire du commerce, qui est relativement bon marché; tandis que la caséine pure, d'un prix dix fois plus élevé, ne donne pas un produit sensiblement supérieur.

Sur les indications de M. le docteur Darier, nous avons établi les formules suivantes, dont l'emploi à la consultation de l'hospice de la Rochefoucauld a donné les meilleurs résultats :

1°	Pyrogallol	10
	Onguent de caséine	100
2°	Résorcine	2
	Oxyde de zinc	10
	Onguent de caséine	100
3°	Soufre précipité	5
	Oxyde de zinc	10
	Eau	10
	Onguent de caséine.	100
4°	Sulfo-ichtyolate d'ammonium .	10
	Résorcine	1
	Eau	10
	Onguent de caséine.	100
5°	Goudron végétal	10
	Eau.	10
	Onguent de caséine	100
6°	Goudron de houille	10
	Onguent de caséine.	100

(*Nouveaux remèdes.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1899. — Présidence de M. Panas.

COMMUNICATION

Cystostomie sus-pubienne. — M. PONCET fait une communication sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

PRÉSENTATION

Chirurgie de l'estomac. — M. TERRIER présente un volume sur la chirurgie de l'estomac. (Voir au Premier-Paris.)

LECTURES

De l'industrie nourricière. — M. LÉDÉ fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Laparotomie dans le cas d'utérus gravide en rétroversion et irréductible. — M. MOUCHET (de Sens) lit un travail portant sur deux cas de grossesses dans lesquelles l'utérus gravide en rétroversion et irréductible était incarcéré dans le petit bassin. Il y avait douleurs vives et rétention d'urine. Il a pratiqué la laparotomie, ramené l'utérus en avant. Les deux malades ont guéri. La grossesse qui était au troisième mois a continué et l'accouchement s'est fait à terme.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'est ouvert le lundi 24 avril 1899. La question tirée au sort était : « Phtisie fibreuse d'origine bacillaire. » Sur 67 candidats inscrits, 58 copies ont été remises. Les séances de lecture auront lieu tous les jours — le mercredi excepté — à quatre heures et demie, et le dimanche dans la matinée, à la Charité; elles auront lieu dans l'ordre suivant :

MM. Papillon (G.), Gouget, Pissavy, Bensaude, Macaigne, — Thérèse, Enriquez, Potier, Thiercelin, Küss, — Lévi (Ch.), Claude, Gallois, Beaumé, de Massary, — Legris, Veillon, Soupault, Mangin-Boquet, Bruhl, — Bergé, Laffitte, Michel, Thomas, Carnot, — Sergent, Bezançon (F.), Achalme, Leredde, Sallard, — Papillon (H.), Sée, Zuber, Tollmer, Lévi (L.), — Dufour, Gasne, Renault, Phulpin, Marie (R.), — Boix, Fournier, Londe, Hudelo, Kahn, — Auscher, Plicque, de Grandmaison, Auclair, Apert, — Teissier, Brouardel (G.), Philippe.

Séance du 25 avril (composition écrite) : MM. Belin et Paul Tissier, 18; Pignol, 16; Springer, 15; Brodier, 13.

La prochaine séance aura lieu jeudi 27 avril, à la Charité.

— Par décision ministérielle, en date du 11 avril 1899, les arrondissements d'inspection générale du service de santé militaire ont été arrêtés ainsi qu'il suit pour 1899, et répartis comme ci-après entre MM. les inspecteurs généraux :

Ier arrondissement : gouvernement militaire de Paris, moins les corps de troupes des 2e, 3e, 4e et 5e corps d'armée stationnés sur le territoire du gouvernement militaire de Paris; brigade d'artillerie de Vincennes; écoles supérieure de guerre, d'application du service de santé militaire, polytechnique, spéciale militaire, normale de gymnastique, préparatoire d'infanterie de Rambouillet, orphelinat Hériot; laboratoire de la section technique de l'intendance; usine alimentaire de Billancourt; poudrerie du Bouchet; école du service de santé militaire; — 13e corps d'armée : école militaire préparatoire de l'artillerie et du génie à Billom. — M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé.

IIe arrondissement : 10e, 6e et 20e corps d'armée. — M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

IIIe arrondissement : 3e, 4e et 18e corps d'armée; divisions d'infanterie des 3e et 4e corps d'armée stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris; 3e brigade d'artillerie à Versailles; prytanée militaire; école militaire préparatoire des Andelys. — M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

IVe arrondissement : 5e et 9e corps d'armée; divisions d'infanterie du 5e corps d'armée stationnées sur le territoire du gouvernement de Paris; école d'application de l'artillerie et du génie; école d'application de cavalerie; école militaire d'infanterie. — M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'école d'application du service de santé militaire.

Ve arrondissement : 16e et 17e corps d'armée. — M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

VIe arrondissement : 19e corps d'armée et division d'occupation de Tunisie. — M. le médecin-inspecteur Émery-Desbrousses, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

VIIe arrondissement : 14e corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon; 15e corps d'armée; école militaire préparatoire de Saint-Hippolyte-du-Fort. — M. le médecin-inspecteur Nogier, directeur de l'école du service de santé militaire.

VIIIe arrondissement : 7e, 8e et 12e corps d'armée; direction de l'artillerie de Bourges; école militaire préparatoire de cavalerie d'Autun. — M. le médecin-inspecteur Driout, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

IXe arrondissement : 1er, 2e et 11e corps d'armée; régiments d'infanterie du 2e corps d'armée stationnés sur le territoire du gouvernement militaire de Paris; école militaire préparatoire de Montreuil-sur-Mer. — M. le médecin-inspecteur Gentit, directeur du service de santé du 1er corps d'armée.

Arrondissement pharmaceutique : 2e, 3e, 4e, 8e, 9e, 10e et 11e corps d'armée. — M. le pharmacien-inspecteur Burcker, membre du comité technique de santé.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 avril 1899, M. le professeur Proust est nommé membre du conseil supérieur des habitations à bon marché, en remplacement de M. Riche, démissionnaire.

— La Société de biologie a décerné le prix Godard, pour 1899, à M. le docteur Vidal (de Périgueux), pour son mémoire sur l'influence du chloroforme sur la nutrition.

— Le banquet annuel de l'Association des internes et anciens internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine aura lieu le lundi 8 mai, à sept heures et demie du soir, au restaurant Marguery, sous la présidence du docteur Vallon, médecin de l'asile de Ville-Évrard. — A six heures et demie, assemblée générale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Espagne (de Montpellier); Jallet (de Poitiers); Ed. Leroy (de Bondy); Rombeau (de Thuin); Steynen (de Bruxelles); Tilkin (d'Orp-le-Grand).

— *Hospice de La Rochefoucauld.* — M. Darier, médecin de l'hospice, a commencé aujourd'hui des conférences sur l'anatomie et la pathologie générales de la peau, et les continuera les vendredis et mercredis suivants à dix heures.

— *Cours pratique d'ophtalmologie.* — M. F. Terrien, chef de clinique, recommencera le mardi 9 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades). Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil. — 2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. Druault, chef de laboratoire, recommencera le lundi 1er mai, à cinq heures, des conférences pratiques : 1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques). — 2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures; le second les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. — S'inscrire d'avance tous les matins à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

— *Association vélocipédique médicale.* — La course annuelle des étudiants en médecine aura lieu le dimanche 7 mai, à neuf heures du matin, sur le parcours classique de Malabry (30 kilomètres). Un banquet aura lieu à l'issue de l'épreuve, qui réunira les coureurs, leurs entraîneurs et leurs amis.

Envoyer les adhésions, accompagnées du droit d'entrée de deux francs, au siège social de l'Association, 21, rue du Vieux-Colombier, avant le mercredi 3 mai.

Nous espérons que cette épreuve, qui va se courir cette année pour la cinquième fois, n'aura pas moins de succès que ses devancières.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgie (épreuve clinique) : MM. Riche, 20 ; Cazin, 19 ; Jayle, 10.

Concours de médecine (composition écrite) : MM. Enriquez et Gouget, 18 ; Macaigne, 17 ; Papillon (Gustave) et Thérèse, 16 ; Potier, 14.

— *Corps de santé de la marine.* — MM. Duville, médecin de première classe du cadre de Toulon, et Michel, médecin de première classe du cadre de Rochefort, sont autorisés à permuter.

— La Société de médecine de Bordeaux met au concours, pour le prix Jean Dubreuilh (valeur 4000 francs), la question suivante : « Indications, procédés et résultats de la provocation et de la terminaison artificielles rapides de l'accouchement. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Conils (Bordeaux), jusqu'au 30 avril 1900.

— *Exercice illégal de la médecine.* — Après trois audiences, le tribunal de Sens vient de condamner l'abbé K..., directeur de l'Institut orthopédique, à 500 francs d'amendes et aux dépens, pour exercice illégal de la médecine.

Le docteur S..., qui servait à l'abbé K... de couverture légale, a été condamné pour blessures par imprudence et négligence, à quarante-huit heures de prison et 100 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, en ce qui concerne la prison.

— *Société obstétricale et gynécologique de Paris.* — Dans sa séance du 13 avril 1899, la Société obstétricale, spécialement réunie, a pris les résolutions suivantes :

1° La Société obstétricale et gynécologique de Paris est dissoute ;

2° Le trésorier a pleins pouvoirs pour liquider la situation financière ;

3° Les membres présents expriment le vœu qu'une commission soit nommée à l'effet de rechercher les moyens de constituer une Société de gynécologie ouverte, à laquelle ils abandonnent les archives et collections de la Société obstétricale.

Ils nomment membres de cette commission MM. Reynier, Doléris, Olivier et Caubet.

Dans le cas où cette Société ne serait pas constituée le 1er juillet prochain, les archives seraient remises à la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blanchard (de Marseille) et Compérat (d'Estissac).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Savariaud, prosecteur, commencera, à l'École pratique, le lundi 8 mai, à une heure et quart, sa première démonstration sur les opérations pratiquées sur le tube digestif et ses annexes (langue, œsophage, estomac, intestin, rectum, voies biliaires).

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à vingt. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les droits à verser sont de 50 francs. — S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

193. M. CHÉRON. Des difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl. — 194. M. SAINTURET. Lésions professionnelles de la main chez les tonneliers. — 195. M. LONG. Des voies de la conduction centrale de la sensibilité générale. — 196. M. PICAUDET. Considération sur la réinfection syphilitique. — 197. Mlle KIÉRER. De la pleurésie non hémorragique dans le cancer du poumon. — 198. M. HÉRESCO. Interventions chirurgicales dans les tumeurs malignes du rein. — 199. M. FLAMENT. De l'ablation totale de la clavicule. — 200. M. DEVEZ. La luxation totale ou « énucléation » du premier cunéiforme. — 201. M. FOUGÈRES. Fractures du calcanéum. — 202. Mlle REVELIOTTI. L'acide picrique est-il toxique? — 203. M. CORDIER. De la tuberculose des postéro-tarses. Traitement par la postéro-tarsectomie. — 204. M. BENOIST. Contribution à l'étude de l'audition colorée. — 205. M. MEURICE. Les fugues chez les enfants. — 206. M. FREDET. Recherches sur les artères de l'utérus. — 207. M. TURPAULT. Sur l'emploi en thérapeutique oculaire des sels mercuriels solubles. — 208. M. HUGÉ. De la dystocie liée aux parties molles des bassins généralement rétrécis. — 209. M. HORVENO. Les paralysies dans la coqueluche. — 210. M. BESSON. De l'éruption des dents temporaires et des accidents de la première dentition. — 211. M. DAVERÈDE. Les rash polymorphes dans la varicelle. — 212. M. PIGOT. Du salicylate de soude dans le traitement des orchites blennorragiques. — 213. M. PRUDHOMMEAUX. De l'élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale. — 214. M. DEZANNEAU. De l'emploi en chirurgie et surtout en obstétrique de l'eau oxygénée. — 215. M. MASSON. Indication principale de la rupture précoce des membranes (en dehors du placenta prævia). — 216. M. TAPIÉ DE CELEYRAN. Sur un cas d'élytrocèle postérieure. — 217. M. COURTIES. De la cystoscopie chez la femme.

REVUE GÉNÉRALE

Les fractures du rocher (1).

Par M. Maurice PATEL, interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de la Faculté.

2° ÉCOULEMENT DE SÉROSITÉ PAR L'OREILLE. — Reconnu par Laugier, ce symptôme fut étudié par Chassaignac; cet auteur admettait que le liquide s'écoulant par l'oreille n'était que de la sérosité due à l'extravasation sanguine au niveau du trait de fracture. Biraud, Nélaton, Robert reconnurent qu'il s'agissait de liquide céphalo-rachidien.

Ses causes. — Robert pensait que cet écoulement ne se produisait que lorsque la dure-mère qui recouvre le facial dans une partie de son trajet intra-pétreux, se déchirait ainsi que l'arachnoïde pariétale; les espaces sous-arachnoïdiens étaient, dès lors, directement en communication avec l'extérieur par les cavités de l'oreille interne et de l'oreille moyenne.

Poirier admet que, pour que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien se produise, la communication de l'oreille moyenne avec les espaces sous-arachnoïdiens suffit; la voûte de la caisse étant faible, la rupture est facile; celle de la dure-mère et de l'arachnoïde l'accompagne, la communication est dès lors établie.

Ainsi, pour que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien se produise, il faut, avec la rupture du tympan, une solution de continuité au niveau du conduit auditif interne ou des cavités de l'oreille interne ou de l'oreille moyenne.

Caractères cliniques. — L'écoulement du liquide céphalo-rachidien se montre après l'otorragie; le sang devient fluide, puis très clair. L'écoulement est le plus souvent unilatéral; il est continu, se fait goutte à goutte, lentement, augmente par les efforts, la toux, les mouvements du malade. Il dure quatre ou cinq jours, intermittent comme l'otorragie, disparaissant puis réapparaissant pour la moindre cause.

Ce liquide qui s'écoule présente tous les caractères du liquide céphalo-rachidien : il est clair, contient peu d'albumine, mais une assez grande quantité de chlorure de sodium, révélé par l'azotate d'argent.

3° ISSUE DE MATIÈRE CÉRÉBRALE. — Ce symptôme est rare; lorsqu'il existe, il doit entraîner la conviction. Quelquefois la matière cérébrale s'écoule avec le sang par le conduit auditif externe et il faut un examen attentif pour la déceler; en délayant le liquide, on aperçoit des filaments blanchâtres, très mous. Plus rarement elle reste au fond du conduit auditif externe (Obs. de Collin Varren; *Revue Hayem*, 1890).

4° ECCHYMOSE MASTOÏDIENNE. — Cette ecchymose, la seule que l'on puisse attribuer à une fracture du rocher, apparaît quatre ou cinq jours après le traumatisme; elle va en augmentant progressivement de teinte.

Pour qu'elle se produise, il faut une solution de continuité des cellules mastoïdiennes, le sang s'écoule, il apparaît tardivement à la mastoïde, ayant de nombreuses couches de tissu fibreux à traverser.

5° PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE EXTERNE. — Cette paralysie s'observe très fréquemment dans les traumatismes du rocher; elle se traduit cliniquement par un strabisme interne, siégeant du côté de la lésion; cette paralysie débute ordinairement tout de suite après le traumatisme; aussi peut-elle passer inaperçue au milieu des symptômes généraux; elle progresse peu à peu — pendant quelques jours — par suite d'une névrite probable; elle est ordinairement définitive (Chevallereau, Panas).

Ses causes. — Dans quelle condition se produit la paralysie de la sixième paire? Diverses explications ont été données.

Chevallereau invoque quatre raisons : la situation des noyaux d'origine de la sixième paire dans le point où le choc du liquide céphalo-rachidien se produit le plus facilement après un trauma (plancher du quatrième ventricule); le long trajet du nerf, sa gracilité, ses rapports anatomiques avec le rocher.

Comme le fait remarquer Gangolphe, parmi ces quatre raisons, la dernière seule est la bonne. La répercussion du choc sur le bulbe, si elle avait une action réellement efficace, se produirait aussi bien sur les deux noyaux du moteur oculaire externe, et sur d'autres noyaux encore; les effets seraient plus diffus; on explique bien par elle, comme l'a fait Duret, la commotion et la contusion cérébrale, mais non des phénomènes tenant à la lésion d'un ou de deux nerfs craniens. S'agit-il de la gracilité du tronc nerveux, de la longueur de son trajet? Pourquoi alors, dit Panas, le pathétique, aussi long et plus grêle encore, ne se briserait-il pas? pourquoi la masse encéphalique, moins résistante encore, ne serait-elle pas atteinte avant un tronc nerveux?

Il faut adopter la théorie basée sur les rapports de la sixième paire avec le rocher, rapports déjà indiqués par Chevallereau, mais précisés définitivement par Panas. En dehors du rocher, dit l'auteur, le nerf reste distant de l'os, au moment où il aborde le bord postérieur du rocher, il traverse la dure-mère, puis il forme une anse à concavité antéro-externe, qui contourne le rocher et embrasse l'angle supérieur de celui-ci; rien ne sépare le nerf de l'os, sauf le périoste et en bas le sinus pétreux inférieur; partout la dure-mère fixe le nerf contre le rocher, au niveau de son arête vive; le nerf, s'insinuant sous le sinus pétreux supérieur, n'est nulle part plus en contact avec le tissu osseux (Gangolphe). Plus loin, il gagne le sinus caverneux. Étant donné ces rapports anatomiques, comment se produira la lésion?

Cras (in th. Cairon) pense qu'il y a une esquille formée par la lamelle osseuse, sur laquelle reposent, en dehors la cinquième paire, en dedans la sixième paire, lamelle qui, soulevée, va blesser le tronc du cinquième en dehors et le sixième en dedans, dans son trajet autour du sommet du rocher.

Lor, d'après une autopsie de Jacobi, Panas, Genouville croient qu'il se produit un épanchement de sang qui comprime le nerf.

Panas, Gangolphe admettent que la lésion relève de la fracture du sommet du rocher. Félizet avait signalé le ligament pétro-basilaire, unissant l'apophyse basilaire au sommet du rocher que Panas (*Arch. d'opht.*) comparait à un os wormien du crâne; ce ligament arrache la portion osseuse ou bien celle-ci vient se briser contre l'apophyse basilaire; le nerf est sectionné ou broyé sur le bord supérieur tranchant du rocher. On conçoit que la paralysie soit définitive.

6° PARALYSIE FACIALE. — *Caractères cliniques.* — Cette paralysie présente tous les caractères de la paralysie périphé-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 425.

rique ; les symptômes varient suivant l'endroit où le nerf est atteint ; si la fracture intéresse le facial dans le conduit auditif interne, avant le ganglion géniculé, on a une paralysie du voile du palais, de la luette (Guyon), de l'orbiculaire des paupières (Terrier) ; si la lésion du facial porte dans l'aqueduc de Fallope, au delà du ganglion géniculé, le voile du palais n'est pas paralysé.

Au point de vue de son mécanisme, de son mode d'apparition, de son évolution, cette paralysie présente deux variétés bien distinctes : l'une survient au moment de la fracture, l'autre quelques jours après.

Paralysie faciale immédiate. — Celle-ci débute après la fracture ; son mécanisme est simple ; elle est due (Aran, Reclus) à une section du facial dans son trajet intra-pétreux. On conçoit qu'elle ne soit capable d'aucune amélioration.

Paralysie faciale tardive. — Celle-ci se montre quelques jours, ordinairement de cinq à huit, après le traumatisme. Elle apparaît brusquement, sans cause connue ; d'abord incomplète, elle se constitue en quelques jours avec tous ses symptômes. Elle reste stationnaire pendant quinze jours, puis guérit le plus souvent définitivement, après un temps plus ou moins long (Jourdan).

Quelle est l'origine de cette paralysie ? Les avis sont partagés ; on est réduit à des hypothèses, car une seule autopsie d'un malade de Chauvel, atteint de paralysie faciale, trois jours après une fracture du rocher, a été absolument négative.

On a cru à un cal, à un épanchement sanguin comprimant le nerf dans son canal. Demoulin rejette ces hypothèses ; lorsqu'une fracture du rocher, dit-il, qui ne s'accompagne pas de déplacement, tend à se réparer, il se produit une périostite secondaire au niveau du trait de fracture ; c'est elle qui comprime le nerf, et, lorsque le processus inflammatoire a disparu, tout rentre dans l'ordre.

On peut admettre aussi, depuis les travaux de Deleau, Tilmann, Charcot, que la paralysie faciale tardive est due quelquefois à une otite moyenne concomitante ou développée à la suite de la fracture ; l'inflammation se propage au nerf, dit Charcot, par la paroi supérieure de la caisse, toujours fort mince et souvent criblée de trous ; le nerf est alors plus ou moins profondément affecté.

Tout dernièrement, Alt (*Arch. d'otol.*) rapportant le cas d'une fracture de la base gagnant le tégument tympané, signalait la présence d'un hématome comprimant le facial, et ayant bien vraisemblablement donné lieu à la paralysie faciale observée pendant la vie. Véron (Soc. de chir., 1884) avait cité déjà un cas de paralysie faciale due à un hématome et à une névrite consécutive.

En somme, ces paralysies tardives semblent reconnaître des causes multiples, aussi admissibles les unes que les autres ; tantôt l'une, tantôt l'autre, quelquefois deux ensemble, peuvent être invoquées pour les expliquer.

7° Troubles auditifs. — Ces troubles auditifs, très fréquents, résultent d'une altération portée par le trait de fracture sur l'appareil de l'audition, ou sur son nerf, ou simplement d'un ébranlement communiqué par le choc, alors que la fracture n'intéresse aucun organe auditif.

Ces lésions ou cet ébranlement provoquent des troubles variables suivant les organes intéressés ; une section du nerf auditif abolit l'audition ; une lésion de l'oreille interne amène des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des bruits subjectifs, une véritable maladie de Ménière traumatique ; dans quelques cas (Cathala cite trois cas de Knapp), la surdité n'existe que pour un certain groupe de sons ; la lésion, dans ces cas, portait sur le limaçon.

Dans tous ces cas de lésions de l'oreille interne, le son du diapason, mis en contact avec les os de la tête, est perçu plus fort par l'oreille saine que par l'oreille malade.

Une lésion de l'oreille moyenne amènera des vertiges par exsudats séreux ou sanguins dans la caisse ; l'ouïe est affaiblie ; si, dans ce cas, l'oreille interne est saine, le son du diapason, placé comme précédemment, est perçu plus fortement par l'oreille malade (expérience de Weber).

8° Autres lésions nerveuses. — Le moteur oculaire commun et le trijumeau peuvent être lésés.

Les blessures de la troisième paire sont rares et semblent dues à une fracture de l'orbite concomitante.

Les blessures du ganglion de Gazer et des branches qui y arrivent sont plus fréquentes ; dans ce cas, on a une anesthésie des territoires innervés (face, conjonctive, muqueuse nasale, muqueuse buccale) et quelquefois des troubles trophiques de la cornée (Cathala, Riche, Soc. anat., 1896 ; Terrier, in th. de Puig). Ces lésions sont partielles le plus souvent.

Tels sont les symptômes que présentent les fractures du rocher à leur période d'état. Tous n'apparaissent pas au même moment ; l'otorragie, la paralysie du moteur oculaire externe ou du facial peuvent se montrer en premier lieu et ensemble ; l'ecchymose mastoïdienne, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien surviennent plus tardivement ; enfin, les troubles sensitifs ou sensoriels ne deviennent apparents que lorsque le blessé a repris connaissance.

Tous ces symptômes s'installent, les uns momentanément (otorragie, écoulement de liquide céphalo-rachidien), les autres, d'une façon définitive (troubles nerveux moteurs ou sensitifs) ; ils évoluent pour leur propre compte, suivant en cela la lésion qui les commande, en dehors des phénomènes généraux, proportionnels, eux, à l'intensité et non au siège du trauma ; ces derniers peuvent avoir disparu et disparaissent ordinairement, alors que les premiers restent encore les seuls témoins de la lésion.

Complications. — Les complications des fractures du rocher sont très nombreuses et très fréquentes.

Celles qui sont spéciales aux fractures du rocher sont le plus souvent d'origine infectieuse ; l'infection se propage par la membrane du tympan, l'oreille moyenne, les méninges. L'otite moyenne infectieuse est ordinairement la première étape ; aussi observera-t-on toutes ses complications habituelles facilitées encore par une solution de continuité de la cavité (mastoïdite, méningo-encéphalite, abcès intra-cranien, abcès du cervelet, phlébite et thrombose du sinus, etc.). Ces complications sont très graves, ce sont elles qui entraînent la mort, lorsque le malade a résisté au shock.

D'autres, moins graves, sont persistantes : telles, les lésions oculaires, à la suite d'une section de la sixième paire ou de la cinquième paire. Les vertiges sont fréquents, on l'attribue à une exagération de la pression intra-labyrinthique, ou à une maladie de Ménière traumatique (Percy), avec bruits subjectifs, céphalée. D'autres auteurs croient à une blessure concomitante du cervelet (Bergmann, Bottcher).

Nous ne parlerons pas des complications, relevant des lésions concomitantes (troubles de l'intelligence, de la mo-

corps étranger d'une part, et, d'autre part, le danger d'une intervention exploratrice ou curative, telles sont les deux considérations qui font rejeter toute tentative chirurgicale. A plus forte raison, si la balle est dans la substance cérébrale, l'abstention est la règle.

En somme, on peut dire que l'on n'a le droit d'intervenir primitivement, que si la balle est visible et si son extraction ne doit être précédée ou accompagnée d'aucune exploration.

Dans le cas d'accidents secondaires, infectieux, la conduite est autre : ici, l'infection n'est pas à craindre mais à combattre; l'intervention est dictée, plus encore pour l'établissement d'un drainage que pour la recherche du corps étranger.

Fractures du rocher sans corps étranger. — La question de l'intervention primitive, dans les fractures du crâne, ne se pose pas seulement à propos des fractures du rocher; elle surgit à chaque traumatisme violent de la boîte cranienne.

Nombreuses sont les opinions; nous ne pouvons signaler que les plus importantes.

Walker, Pilcher, Collins-Warren (1890-91) appliquaient un trépan préventif pour assurer, disaient-ils, l'asepsie d'une plaie en communication avec l'extérieur; absolument comme Lucas-Championnière, Trélat, Quénu, Bergmann, Horsley l'ont indiqué et recommandé pour les fractures ouvertes de la voûte; on fait dans ce cas, avec Chipault, un drainage extra, puis intra-dural.

Tous les chirurgiens ne sont pas autant interventionnistes; il faut distinguer suivant les cas, et ces indications semblent assez précises depuis les ouvrages ou communications de Broca, Gallez, Albertin, Vallas, etc.

L'absence est permise si les symptômes sont peu accusés, ou bien si le traumatisme est trop violent.

L'intervention est la règle presque générale; si les symptômes sont localisés, l'indication est toute posée, le lieu de la trépanation tout déterminé. Si les symptômes sont diffus, on peut trépaner, mais en quel endroit? Albertin recommande de chercher le trait de fracture par une incision exploratrice du cuir chevelu et de trépaner à son niveau. Vallas, s'appuyant sur ce fait que ce sont les phénomènes cérébraux surtout qui guident l'intervention, pense qu'il faut trépaner d'emblée au niveau de la zone décollable de la dure-mère, et même, s'il est nécessaire, faire la trépanation bi-pariétale; la recherche du trait de fracture serait alors inutile.

Dans toutes ces interventions, il est impossible de s'attaquer au rocher, d'aller relever les fragments, enlever des esquilles; le traitement direct d'une fracture du rocher est donc illusoire.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. — Nous n'insisterons pas sur le traitement de la méningo-encéphalite des abcès du cerveau, thrombose des sinus, des troubles moteurs consécutifs, de l'épilepsie jacksonienne, etc.; il n'offre ici rien de spécial. Les complications tenant aux lésions pétreuses mêmes sont, pour le plus grand nombre, impossibles à traiter. Une lésion du moteur oculaire externe, du trijumeau, de l'oreille interne, sont sans traitement.

L'otite moyenne devra être soignée par de fréquents lavages.

La paralysie faciale secondaire sera traitée suivant la cause; si elle est d'origine otitique, la désinfection de la caisse s'impose; si elle est due à une compression, on attendra, tout en électrisant les muscles de la face pour leur conserver leur contractilité.

La paralysie faciale primitive est considérée jusqu'à maintenant comme sans traitement. La faradisation est inutile, la dégénérescence ne peut être retardée; les mouvements synergiques réapparaissent, mais la face reste toujours déviée. Tout récemment, deux auteurs, Faure et Furet, ont tenté d'anastomoser la branche externe du spinal à la branche périphérique du facial; jusqu'ici, cette anastomose spino-faciale n'a pas été couronnée de succès.

IX

Bibliographie. — ALT. *Arch. d'otol.*, 1896. — ALBERTIN. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1898. — ARAN. Recherches sur les fractures du crâne, *Arch. de méd.*, 1844. — AUGER. Soc. de chir., 1881. — BERGER et Mlle KLUMPKE. *Revue de chir.*, 1887. — BERGER. Soc. de chir., 1888. — BERGMANN. *Centralbl. f. Chir.*, 1880. — BINAUD. Blessures de l'oreille par armes à feu, *Arch. de méd.*, 1883. — BOULLET. *Plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal*, Th. de Paris, 1878. — BRAQUEHAYE. Th. de Bordeaux, 1894. — BROCA-MAUBRAC. *Traité de chirurgie cérébrale*, 1898. — CAIRON. Th. de Paris, 1889. — CAZENAVE. *Arch. d'otol.*, 1892. — CATHALA. *Essai sur les fractures du rocher*, Th. de Paris, 1875. — CHARCOT. Paralysie faciale auriculaire, *Mercredi méd.*, 1890. — CHAUVEL. *Essai sur les fractures du crâne*, Th. de Paris, 1864. — CHASSAIGNAC. *Lésions traumatiques du crâne*, Paris 1842. — CHEBOLDAEFF. *Signes orbitaires des fractures de la base du crâne*, Th. de Paris, 1893. — CHEVALLEREAU. *Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à un traumatisme du crâne*, Th. de Paris, 1879. — CHIPAULT. *Chirurgie opératoire du système nerveux*; in *Traité* Le Dentu et Delbet. — COCART. *Symptômes des fractures de la base du crâne*, Th. de Paris, 1898. — CONNER. Blessures par armes à feu, *Encyclopédie chirurgicale*, t. II. — DALEINE. *Traitement des paralysies faciales otitiques*, Th. de Paris, 1894. — DEMONS. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 1880. — DEMOULIN. Paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher, *Gaz. hebd.*, 1888. — DUPLAY. Valeur de l'otorragie comme signe des fractures du rocher, *Progrès méd.*, 1876. — DURET. *Étude expérimentale sur les troubles cérébraux*, 1878. — ESPRIT. *De la non-intervention dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de petit calibre*, Th. de Paris, 1887. — FÉLIZET, 1873. — FORGUE. *Gaz. des sc. méd. de Montpellier*, 1893. — FURET-FAURE. Traitement des paralysies faciales intra-rocheuses. *Gaz. des hôpit.*, et *Revue neurol.*, 1898. — GALLEZ. *Trépanation du crâne.* — GANGOLPHE. Paralysie du moteur oculaire externe, *Lyon méd.*, 1888. — GAUTHIER. *Écoulement de sang par l'oreille d'origine traumatique*, Th. de Paris, 1879. — GENOUVILLE. Fracture de la base du crâne avec strabisme interne, *Arch. d'ophtalm.*, 1893. — GÉRARD-MARCHANT. In *Traité* Duplay-Reclus. — IVERSIN. *Contribution à l'étude des articulations de la tête*, Th. de Lyon, 1890. — JACOBI. *Arch. f. Ophtalm.*, 1867. — JOSSILEVITCH. Th. de Paris, 1898. — LAGRANGE. Paralysie du droit externe après fracture du rocher, *Arch. de Bordeaux*, 1894. — LE BAIL. Th. de Paris, 1873. — LE DIBERDER. *Paralysie faciale tardive*, Th. de Paris, 1869. — LEGOUEST. *Traité de chirurgie d'armée*, 1872. — LEPLAT. *Esquilles pénétrantes dans les fractures du crâne*, Th. de Paris, 1898. — LEVESQUE. *Cas de fracture des deux rochers*, Th. de Paris, 1878. — MALAFOSSE. *Fracture du crâne par contre-coup*, Th. de Lyon, 1890. — MOTY. Soc. de chir. — NANCRÈDE. *Encyclopédie chirurgicale*, t. III. — NIMIER. *Gaz. des hôpit.*, 1889. — PANAS. Paralysie de la sixième paire consécutive aux traumatismes du crâne, *Arch. d'ophtal.*, 1881. — PARIS. *Valeur de l'otorragie dans les cas de fracture du rocher*, Th. de Paris, 1898. — PERRIN. Soc. de chir., 1878. — PUIG. *Essai sur les blessures de l'oreille par armes à feu*, Th. de Lyon, 1887. — RECLUS. Déchirure du facial, Soc. de chir., 1887. —

RICHET. *Anatomie médico-chirurgicale.* — SAUCEROTTE. Acad. de méd. — TERRIER et PÉRAIRE. *L'opération du trépan*, 1895. — TERRILLON. Soc. de chir., 1878. — TRÉLAT. Soc. anat., 1852. — VÉRITÉ. *Guérison des fractures du rocher*, Th. de Paris, 1867. VINCENT. *Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne*, Alger 1884.

LES RÉVOLTES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS (1)

ET LE MOYEN DE LES PRÉVENIR

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,

Médecin en chef de Ville-Évrard.

IV

En présence de cette attitude, quelle était la conduite à tenir? Convenait-il de recourir à la répression immédiate des rebelles au nom de la dignité du service et de l'exemple, de lancer sur eux une trentaine de gardiens et, au prix même d'une lutte violente, de s'emparer des révoltés pour les mettre en chambres d'isolement? Nous avons jugé plus sage de laisser nos conjurés achever en paix leur partie, souper et se coucher, puis de nous emparer d'eux isolément tandis qu'ils seraient au lit. Certes, si le personnel de surveillance avait couru un danger quelconque, il aurait fallu intervenir coûte que coûte; mais puisqu'il n'en était rien, ne valait-il pas mieux épargner les malades, les laisser s'apaiser et entreprendre la lutte, s'il était nécessaire, dans les conditions les plus douces? Ainsi il fut fait. Après le coucher, on mit six gardiens par aliéné afin de rendre toute résistance impossible. En présence de ce brusque déploiement de forces, un n'essaya même pas de résister, deux protestèrent en paroles plus qu'en actes, seul G..., qui avait mené toute l'affaire, se défendit avec énergie et violence. On dut l'enlever de force. En opérant de cette façon, en moins de cinq minutes, nos quatre hommes furent isolés dans des chambres séparées. Nous eûmes ainsi la satisfaction dans cette échauffourée, qui aurait pu dégénérer en rixe sanglante avec un personnel moins doux et moins dévoué, de n'avoir aucun accident sérieux à regretter, seulement des contusions et des écorchures sans gravité aux gardiens; aucun des six révoltés ne fut touché.

Il était difficile de conserver ces six malades à Ville-Evrard. Les garder au quartier des dangereux obligeait, pour ne pas s'exposer à de nouvelles révoltes, de les tenir dans des chambres d'isolement et de ne les laisser libres qu'un par un, à tour de rôle. Les disperser dans les diverses sections du service, c'était placer des malades indociles au milieu d'autres inoffensifs et calmes ou infirmes qui auraient eu à souffrir de cette promiscuité. En province, il aurait fallu choisir entre ces deux maux, mais une troisième solution s'offrait dans la Seine qui possède de nombreux établissements : en envoyer un à Bicêtre, un à Vaucluse, un à Villejuif, un à Sainte-Anne et en garder deux. Ainsi il fut fait. Mais cette solution a eu l'heur de ne pas plaire à un collègue de province, M. Doutrebente, qui a écrit : « M. Marandon de Montyel, faisant l'historique d'une révolte d'aliénés survenue dans son service, a trouvé le moyen facile d'en éviter le retour en obtenant de l'administration le droit d'en disperser les émeutiers dans les autres asiles de la Seine! Nous recommandons ce moyen à tous nos confrères qui voudraient appliquer systématiquement le non restreint ou *open door*. Se débarrasser de tous les aliénés dangereux, évadeurs, ou suicideurs, en faveur de ses collègues, est un procédé étrange, mais pratique au suprême degré. Soyons indulgents, que diable, pour ceux qui ont le courage ou la naïveté de ne pas opérer de même. »

Six aliénés sont dangereux uniquement parce que, réunis ensemble, ils complotent; pris isolément, séparés les uns des autres, tout danger sérieux disparaît; nous les dispersons dans cinq asiles et nous les rendons par là inoffensifs et on écrit, avec une assurance qui confond, que, par un procédé étrange mais pratique au suprême degré, nous nous débarrassons de tous nos aliénés dangereux, évadeurs ou suicideurs, en faveur de nos collègues. L'amour immodéré pour la contrainte, le restreint, la cellule et la camisole de force serait-il encore tel chez certains qu'ils ne nous pardonneraient pas d'avoir perdu une si belle occasion d'en user largement? Je le crois d'autant plus volontiers que mon accusateur est un des plus acharnés défenseurs des vieilles institutions. Cependant il aurait pu savoir que non seulement tous les aliénistes, dans la Seine, ont approuvé la mesure, loin de s'en plaindre, mais que l'un d'eux, le docteur Dubuisson, dans son rapport annuel, a exprimé le regret que cet envoi dans d'autres services de malades qui ne se plaisent pas là où ils sont et s'insurgent ne fût pas largement pratiqué et, à l'appui de son dire, il raconte précisément que l'insurgé qu'il reçut de Ville-Evrard a rapidement guéri chez lui, ce qui ne serait certainement pas advenu s'il n'avait pas été transféré. Sans doute, il est des cas rares où il faut de toute nécessité recourir pour un temps court à la cellule et au maillot, je ne dis pas à la camisole, car je n'en use plus depuis longtemps, mais mieux vaut encore ne pas y recourir et changer le malade de service, quand le changement aura pour effet de rendre inutile toute contrainte.

Et maintenant, quel est le meilleur moyen de prévenir ces révoltes d'aliénés dans les asiles? Pour trouver le remède, il suffit de considérer le mobile qui pousse nos malades à comploter et à se révolter. C'est presque toujours le désir de la liberté, si cher et si ancré au cœur de l'homme qu'il surgit même dans la folie. Le confortable de nos asiles, de ceux de la Seine surtout, est grand; la plupart des aliénés sont mieux dans nos établissements qu'ils n'étaient chez eux; sans doute, mais ils sont prisonniers et la privation du bien suprême les rend indifférents à toute autre chose. Qu'on leur accorde alors de cette liberté tant regrettée toute la part compatible avec leur état mental. Jusqu'ici, en France, on est parti de cette idée fausse que tout aliéné est dangereux, et alors on a bouclé indistinctement tout le monde; cependant l'expérience réalisée à l'étranger et dans mon service même de Ville-Évrard, depuis neuf ans, prouve, au contraire, qu'un tiers seulement de ces malades commet des méfaits et que les deux tiers peuvent être laissés libres s'ils sont surveillés; même parmi ceux qui sont nuisibles, on en trouve peu qui le soient sans discontinuer. Profitons alors du répit que laisse le mal pour, sinon ouvrir complètement les portes, du moins les entre-bâiller et, par là, atténuer d'autant le chagrin que cause la réclusion, supprimer les révoltes que celle-ci suscite.

Nous avons établi plus haut que, seuls, les aliénés qui ont conservé leurs facultés syllogistiques, les monomanes, les épileptiques dans l'intervalle de leurs crises, les alcooliques dont le délire éthylique s'est dissipé, les fous moraux,

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 447.

sont capables de comploter et de se révolter, et il se trouve précisément que ce sont ces aliénés, qui sentent le plus le poids de l'internement, auxquels il est possible d'octroyer une très grande liberté avec un peu de surveillance. Rien n'empêche donc de les envoyer travailler dans les champs en plein air sous la garde de gardiens vigilants, de les autoriser à villégiaturer hors de l'asile avec des parents ou des amis sûrs qui se chargent de veiller sur eux, voire même de leur accorder des congés de plusieurs jours au sein de leur famille. Ainsi, je procède depuis dix ans dans mon grand service où il y a 160 épileptiques et je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique. En procédant ainsi, on supprime la cause la plus active des complots et des révoltes. Reste sans doute toujours la rébellion pour cause de scandale, la rébellion pour attirer l'attention des autorités et fournir de la copie aux journaux, mais ce mobile est exceptionnel et c'est seulement par suite de circonstances particulières, avons-nous expliqué, qu'il fut le point de départ de la mutinerie de Ville-Evrard. L'aliéné qui veut un éclat pour faire parler de lui, s'attaque directement au médecin, mais ne cherche pas d'ordinaire des complices parmi des gens qu'il estime aussi fous qu'il se croit lui-même sain d'esprit.

L'hospitalisation des aliénés est en train de subir une transformation complète. Toute la nouvelle génération est convaincue de l'erreur de nos pères qui firent de l'isolement de l'aliéné, de sa séparation du reste du monde, la condition indispensable de sa guérison. Cette méthode néfaste a incurabilisé au contraire plus de malades qu'elle n'en a guéri et à elle, en grande partie, nous devons le stock considérable de chroniques qui encombrent nos asiles. Certes, nous ne voulons en rien exposer la société, et la liberté que nous réclamons, indispensable à notre avis, pour rendre la raison au fou, sera une liberté surveillée, et il se trouve que par cette méthode, non seulement on obtiendra un nombre considérable de guérisons, mais on supprimera les révoltes dans les asiles.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le thiocol.

Le thiocol (ortho-sulfo-gaïacolate de potassium), renfermant environ 60 p. 100 de gaïacol, est une poudre blanche, finement cristalline, d'une saveur légèrement salée, mais nullement désagréable; se conservant parfaitement dans des flacons en verre de couleur; soluble dans quatre parties d'eau froide ou une partie d'eau chaude, ou encore dans l'alcool étendu à 50 p. 100; insoluble dans l'éther et dans les corps gras.

Si l'on ajoute à sa solution aqueuse une goutte de perchlorure de fer, on obtient une coloration violette, qui se change en jaune blanchâtre par l'addition d'ammoniaque. Cette réaction est très importante à noter, car il existe un isomère du thiocol qui est toxique, et qui, soumis au même réactif, prend une teinte nettement caractéristique, semblable à celle du vin de Bordeaux rouge.

D'après les expériences faites sur les animaux, chiens et lapins, par MM. Rossbach, à l'Institut médico-chimique de l'école supérieure de Berne, et Jacquet, professeur de clinique médicale à l'Université de Bâle, le thiocol administré, soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées, n'est pas toxique ; il amènerait une augmentation du poids du corps. Il n'aurait aucune influence pernicieuse sur l'hématopoïèse. Bien au contraire, dans la plupart des cas observés, on aurait noté une augmentation du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine.

De plus, MM. Rossbach et Jacquet ont observé que le thiocol est assimilé avec une facilité surprenante dans la proportion de 70 p. 100.

La facilité avec laquelle il est absorbé dans l'économie permet de l'employer à doses élevées; c'est ainsi qu'on pourra le prescrire à la dose quotidienne de 10 à 15 grammes, même pendant un temps assez long, sans avoir aucun inconvénient à enregistrer.

Il est indiqué comme le gaïacol. Chez le tuberculeux, il ne détermine ni malaises, ni troubles gastro-intestinaux; même à hautes doses, il n'occasionne jamais de diarrhée; il n'est donc pas caustique. Il a surtout pour effet de tarir les sécrétions bronchiques. (*Presse méd.*)

THÉRAPEUTIQUE

Poudre composée pour injections vaginales
(M. W. B. House).

Alun pulvérisé	āā	30 grammes.
Acide borique en poudre		
Borax pulvérisé		
Sulfate d'hydrastine		60 centigr.
Acide phénique	āā	xx gouttes.
Essence de cannelle		

Mêlez. — Usage externe. Pour chaque injection, on fait dissoudre une cuillerée à café de cette poudre dans un demi-litre d'eau. (*Sem. méd.*)

Pommade contre le rhumatisme articulaire aigu.

Salicylate de soude	30	grammes.
Iodoforme	10	—
Vaseline	100	—
Extrait de jusquiame	5	—

Mêlez. — Usage externe. (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1899. — Présidence de M. Pozzi.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. POIRIER résume la discussion qui vient d'avoir lieu. Il rappelle les différentes communications de ses collègues et insiste particulièrement sur l'évolution de beaucoup d'entre eux, qui se sont ralliés à l'opinion qu'il a soutenue. Chose incroyable, dit-il, la lumière a jailli de cette discussion et, somme toute, à la fin presque tout le monde s'est trouvé d'accord sur les principaux points de la question du traitement chirurgical de l'appendicite. Aussi M. Poirier croit-il pouvoir terminer cette discussion par les propositions suivantes :

a. Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite;

b. L'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, aussitôt qu'elle est reconnue;

c. Quand il y a un gâteau, on peut attendre pour opérer plus tard à froid, mais il est peut-être plus sage d'opérer de suite;

d. Dans la péritonite généralisée, suite d'appendicite, il faut opérer d'urgence. Les quelques cas heureux qui ont été rapportés par plusieurs collègues ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet;

e. Plusieurs chirurgiens soutiennent qu'il vaut mieux, autant que possible, opérer à froid. M. Poirier estime qu'il peut être bien dangereux d'attendre;

f. Le diagnostic de l'appendicite n'est pas toujours facile au début;

g. Le manuel opératoire doit varier suivant les cas. Le procédé que M. Poirier a proposé sous le nom de procédé *à posteriori* n'est applicable que dans les cas d'abcès profonds.

Plusieurs chirurgiens ont soutenu qu'il ne fallait pas prolonger les manœuvres pour rechercher et exciser l'appendice. M. Poirier estime qu'il vaut mieux, autant que possible, pratiquer une opération complète et réséquer l'appendice.

M. Reclus a fait observer que les éventrations s'observaient plus particulièrement après les opérations à chaud. M. Poirier n'a pas remarqué que les éventrations fussent si fréquentes, et d'ailleurs ce ne serait pas une raison suffisante pour s'abstenir d'opérer des cas d'appendicite aiguë;

h. Il n'est que juste de remarquer que c'est au professeur Dieulafoy que revient le mérite d'avoir démontré toute l'importance du traitement chirurgical précoce de l'appendicite.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUBERCULOSES TESTICULAIRES

M. BAZY rappelle l'opinion défendue par son maître Terrillon, opinion que vient de défendre, de nouveau, M. Berger. Il semble en effet, théoriquement, que la castration doive être le traitement de choix des tuberculoses testiculaires. M. Berger a déclaré n'avoir jamais vu de récidive dans le testicule restant après une castration. M. Bazy pense qu'il a eu affaire à une série heureuse. On sait, en effet, combien sont variables les tuberculoses testiculaires. M. Bazy cite ici plusieurs exemples dans lesquels, après la castration d'un côté, le testicule ou l'épididyme de l'autre côté a été pris de suppuration. On peut donc voir des récidives de la tuberculose après la castration. M. Bazy se déclare partisan des opérations partielles, qui ont au moins l'avantage de laisser un testicule moral. De même qu'on n'ampute pas le bras pour une tuberculose du coude, il n'y a pas de raison de sacrifier la totalité du testicule pour une tuberculose partielle.

M. FÉLIZET fait une communication sur la tuberculose chez les enfants. Il a, dans son service, relevé cinquante-huit cas de tuberculose testiculaire. Il résulte de ces observations que la vaginale est rarement prise. C'est surtout l'épididyme qui est le point de départ de la tuberculose, qui se propage ensuite au testicule. La castration radicale est plutôt indiquée chez l'enfant que chez l'adulte. Quant au traitement de la tuberculose bilatérale, il est extrêmement délicat. On ne peut raisonner pour l'enfant de la même façon que pour l'adulte. Celui-ci a le droit de préférer la mort à la suppression de ses organes sexuels. Pour l'enfant, il vaut mieux encore sacrifier ses testicules et lui sauver la vie.

PRÉSENTATIONS

Anévrysme diffus. — M. ROUTIER présente un jeune homme de vingt-neuf ans qui, à la suite d'un coup de fusil dans la cuisse droite, a eu des troubles trophiques et a vu se développer un anévrysme diffus artérioso-veineux. M. Routier appliqua une bande d'Esmarch et lia les quatre vaisseaux au-dessus et au-dessous. Depuis, ce malade n'a plus de troubles trophiques.

Fractures du radius. — M. G. MARCHANT présente un jeune garçon qui, à huit ans, se fit une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Cet os s'en trouva arrêté dans son développement tandis que le cubitus continua à se développer normalement; il en résulta une déviation très accentuée et très gênante de la main. M. Marchand fit une résection du cubitus de 2 centimètres, de façon à replacer la main dans une position rectiligne. L'opération eut un plein succès.

M. FÉLIZET a vu des cas analogues pour les membres inférieurs.

Paralysie du trijumeau. — M. GÉRARD-MARCHANT présente une femme qui était atteinte d'une névralgie du trijumeau. Il se proposait de lui pratiquer la résection du ganglion de Gasser, lorsqu'il entendit la communication de M. Guinard qui le poussa à tenter la résection du nerf maxillaire supérieur. Il a donc pratiqué cette opération chez cette femme le 25 novembre dernier. Cette malade est améliorée mais non guérie.

M. GUINARD cite un cas analogue où il a fait d'abord, sans succès, la résection du maxillaire supérieur, puis ensuite la résection du ganglion de Gasser qui a été suivie de guérison.

M. POIRIER fait observer que, chez le malade de M. Marchant, on trouve confirmées les trois objections qu'il a faites au sujet de cette opération. Il a donc eu raison de chercher un procédé opératoire plus économique.

Gastrostomie. — M. MONOD présente un malade auquel il a fait, il y a un an, une gastrostomie. Ce malade se trouve très bien. M. Monod veut prouver par là que la gastrostomie, c'est-à-dire la simple fixation de l'estomac à la peau, constitue un excellent procédé. Les procédés les plus simples sont encore les meilleurs.

MM. SCHWARTZ et SEGOND sont de cet avis et citent à l'appui l'un l'exemple d'un cancéreux qui a vécu dix-huit mois avec la bouche stomacale, l'autre l'exemple d'un homme, non cancéreux, qui porte sa bouche stomacale depuis seize ans et qui ne veut pas qu'on la lui ferme.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle avoir posé depuis longtemps les règles de la gastrostomie sans sonde. Il faut que la fistule soit placée aussi haut que possible et jamais tourmentée par aucune sonde.

Appendicite. — M. FAURE présente un appendice qui a été enlevé à la quinzième heure après le début d'accidents, d'ailleurs légers, d'appendicite. Il a trouvé deux abcès dans le ventre et un appendice perforé. Ce malade avait eu préalablement deux petites crises d'appendicite.

Tumeurs multiples de l'estomac. — M. TUFFIER relate l'observation d'un malade qui présentait tous les signes d'un cancer de l'estomac. Il fit la laparotomie et trouva deux tumeurs l'une sur le pylore, l'autre sur la petite courbure. Il fit une pylorotomie, reconnut que la tumeur pylorique n'était pas cancéreuse et fit alors une pyloroplastie. Il enleva la tumeur de la petite courbure et referma la plaie stomacale en la recouvrant d'épiploon. Il s'agissait probablement d'ulcérations. L'examen histologique sera fait.

M. POIRIER a enlevé, il y a quatre semaines, un estomac qui portait un ulcère et, sur la face postérieure, une seconde tumeur qui était une péritonite enkystée.

M. HARTMANN estime que, quand on trouve deux tumeurs dans l'estomac, il n'est pas rationnel d'en enlever une et de laisser l'autre. A la place de M. Tuffier, il aurait enlevé les deux tumeurs.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 50. — MARDI 2 MAI 1899. 72e ANNÉE. MARDI 2 MAI 1899. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er mai 1899.

La *Gazette des Hôpitaux* vient de perdre son directeur : M. le docteur Ernest Le Sourd a succombé cette nuit, à l'âge de soixante-cinq ans, après deux jours de maladie.

Sous le coup de la douleur qui nous frappe, nous, ses collaborateurs et ses amis, nous ne pouvons retracer aujourd'hui cette longue carrière toute d'honneur et de travail. Après tant d'années d'une vie parfaitement heureuse, passée au sein d'une nombreuse famille, pleine pour lui d'amour et de respect, notre ami, il y a deux ans, a été cruellement frappé par la mort de sa fille, l'une des victimes du Bazar de la Charité. Depuis ce temps, sa santé s'était altérée, ses forces morales et physiques étaient atteintes et il cherchait dans un travail acharné, sinon la consolation, du moins l'oubli de sa peine. Épuisé par ce labeur incessant, la moindre atteinte devait lui être fatale. On eût dit que, par une sorte de douloureuse prescience, notre cher directeur sentait que les jours lui étaient mesurés car, depuis quelque temps déjà, il s'était adjoint deux de ses fils, internes de nos hôpitaux, qui collaboraient avec lui à la direction de cette *Gazette* qu'il aimait tant et à qui il avait consacré le meilleur de lui-même.

Dans notre prochain numéro, nous essaierons de rappeler ce que fut le docteur Le Sourd, cet homme de bien, ce galant homme qui a su transmettre à ses fils les traditions d'honneur qu'il tenait lui-même de son père, également directeur de ce journal ; nous ne pouvons aujourd'hui qu'adresser à Madame Le Sourd et à ses enfants l'hommage de notre profonde et douloureuse sympathie.

LA RÉDACTION.

Les obsèques de notre regretté Directeur auront lieu mercredi prochain, à midi, à Saint-Thomas-d'Aquin. On se réunira à l'église. Suivant sa volonté, il n'y aura ni fleurs, ni couronnes, ni discours.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

En été, tout le monde le sait, la musique du Luxembourg fait une concurrence déloyale aux cours de la Faculté de médecine ! Souvent, les professeurs altérés sont contraints de dévoiler les mystères les plus troublants de la pathologie, devant des bancs à peu près vides, et que garnissent seulement, par places, quelques vieux messieurs généralement peu peignés et de profession plutôt indéterminée. Aux approches du printemps, les médecins des hôpitaux semblent déserter la Société médicale. Quelques fidèles, toujours les mêmes, viennent vers cinq heures, mélancoliquement, et, peu de temps après, s'en vont, tristement, comme ils étaient venus. (Il faut ajouter, pour être tout à fait exact, que dans les plus rudes journées de l'hiver, c'est presque exactement la même chose.) On pense aux moyens de remédier à cet état de choses, assez triste, et l'on a grandement raison.

M. Antony rapporte l'observation de deux soldats, guéris tous deux, de **surdi mutité hystérique**, laquelle, par sa persistance, avait un moment fait penser à quelque lésion cérébrale grave.

Les procédés employés dans les deux cas furent identiques ; et comme il est interdit aux médecins militaires de se servir de l'hypnotisme, il est intéressant de dire la méthode thérapeutique suivie.

L'un de ces malades (Italien de la légion étrangère), fort intelligent et instruit, fut soumis à un traitement électrique prolongé. Tous les matins on le soumettait pendant quelques instants à l'action de l'électricité statique et des étincelles étaient tirées de la partie antérieure du cou. Puis on électrisait les oreilles, en plaçant le pôle positif sur la nuque et les rhéophores négatifs au niveau des oreilles ; le courant galvanique fut porté jusqu'à 15 milliampères. Après plusieurs séances, le malade parvint à prononcer quelques lettres, *a* et *o*, à voix basse ; quand toutes les lettres furent sues, on passa à la prononciation des syllabes ; ces progrès acquis, on commença l'éducation de l'ouïe ; après plusieurs séances, le malade parut ressentir une impression analogue à celle d'un souffle, puis comme des vibrations ; enfin, les progrès furent plus rapides, et après une dizaine de jours, il fut à même de prononcer des mots de deux syllabes. Quelques jours plus tard, le malade recouvra toute la mémoire et désormais il entendit et parla sans difficulté.

L'histoire de l'autre sujet est fort analogue à la précédente.

M. Netter apporte des pièces anatomiques qui proviennent d'un enfant mort de **méningite cérébro-spinale**; les lésions sont fort apparentes et rien, à ce propos, n'est particulier; ce qui fait l'intérêt non douteux de ce cas, c'est qu'il s'est agi d'une méningite cérébro-spinale primitive, en ce sens qu'aucune lésion suppurative quelconque, antérieure à sa production, n'a été retrouvée et que l'examen bactériologique direct a permis de déceler la présence, comme agent pathogène *unique*, du *staphylococcus pyogenes aureus*. L'expérimentation a démontré la virulence de ce micro-organisme. Inoculé à un lapin, il a déterminé des abcès en différents organes, au niveau du rein et de l'endocarde.

C'est là un fait curieux, car au premier examen, M. Netter avait cru qu'il avait affaire au meningococcus de Weichselbaum; si bien qu'on peut se demander s'il n'y a pas quelque rapport entre le méningocoque intra-cellulaire et le staphylocoque doré, de même que l'on voit, toujours dans la méningite cérébro-spinale, des analogies qui vont par gradation insensible, du pneumocoque au streptocoque. Ce sont là questions sur lesquelles l'auteur se propose de revenir.

M. Delpeuch montre des pièces anatomiques qui proviennent d'une jeune fille, infantile, quoique d'une taille fort au-dessus de la moyenne, et atteinte de **rétrécissement mitral très serré**.

SEPTICÉMIE DIPHTÉRIQUE

Par le docteur H. Braun, chef de clinique chirurgicale, et Georges Thiry, préparateur de la Faculté de médecine de Nancy.

I

Adèle G..., âgée de six ans, entre à l'hôpital le 5 janvier 1899 dans la soirée.

Elle est malade *depuis six jours* : fièvre, mal de gorge, abattement.

L'interne de garde ayant remarqué des fausses membranes dans la gorge, et une légère dyspnée, fait de suite une injection de 20^{cc} de sérum antidiphtérique (1).

Nous voyons l'enfant quelques instants après son entrée : c'est une fillette chétive; elle est très pâle, abattue, indifférente à tout ce qui l'entoure. La température est de 38 degres; le pouls rapide; la respiration un peu fréquente, mais sans cornage; la voix est un peu voilée.

Nous examinons la gorge : le voile du palais, les piliers, les deux amygdales sont recouverts d'une fausse membrane grisâtre et sanieuse, très adhérente.

Nous recommandons de grands lavages de la gorge à l'eau boriquée additionnée d'acide citrique, l'enlèvement des fausses membranes, le badigeonnage avec un pinceau imbibé de naphtol camphré.

6 janvier. La nuit a été bonne, mais l'enfant est toujours abattue. Température 37°6, pouls rapide mais fort, urines en quantité normale.

Le nettoyage de la gorge est difficile et incomplet, à cause de l'adhérence des fausses membranes et de la résistance de la malade.

Injection de 10^{cc} de sérum antidiphtérique.

(1) Ce sérum, ainsi que celui qui fut employé dans la suite, était récent, c'est-à-dire âgé de moins de trois mois.

7 janvier. Même état relativement satisfaisant. L'enfant s'alimente avec du lait, l'abattement est moindre. Il reste sur l'amygdale droite une fausse membrane, de la surface d'une pièce de 50 centimes, qui résiste à l'écouvillonnage.

8 janvier. État général satisfaisant. Température 38 degrés. Vers midi, afin de faire tomber ce qui reste de la fausse membrane, on fait une injection de 10^{cc} de sérum antidiphtérique. Quelques instants après, l'état de l'enfant change *subitement*, elle tombe dans un état de prostration : la pâleur augmente, les yeux deviennent hagards, le pouls bat 140 à la minute.

Il n'y a aucune émission d'urine pendant l'après-midi.

9 janvier. L'état de la malade devient de plus en plus inquiétant. Température 38°6, pouls 150; l'enfant est agitée, saute de son lit. Depuis la veille, anurie presque absolue, à peine une cuillerée à café d'urine dans l'après-midi.

On fait une première injection de 90^{cc} de *sérum artificiel* de Hayem vers dix heures du matin, et une autre vers sept heures du soir.

Vers huit heures du soir l'enfant meurt subitement, il n'y a eu aucune émission d'urine dans la soirée.

L'examen bactériologique des fausses membranes montre sur sérum coagulé des colonies de bacilles de Lœffler, de streptocoques et de staphylocoques.

Autopsie. — L'autopsie est faite trente-huit heures après la mort. Le corps est bien conservé. La température est d'environ 10 degrés. Nous remarquons quelques taches ecchymotiques aux jambes et aux cuisses.

La *trachée*, le *larynx* et le *pharynx* sont normaux, ils ne présentent ni fausses membranes, ni rougeur.

Les *poumons* sont sains, sauf un peu de congestion à la partie postérieure et un léger emphysème à la partie antérieure. Pas d'adénopathie bronchique, léger épanchement séreux dans la plèvre.

Le *cœur* montre des vaisseaux très dilatés et comme injectés. Dans le péricarde existe un épanchement séreux considérable. Le cœur droit est rempli de caillots noirâtres. A la coupe, le myocarde est pâle, jaunâtre, mais d'une consistance ferme.

Le *sang* est absolument noir, liquide, légèrement poisseux; il tache fortement les doigts; les vaisseaux, anormalement dilatés, en sont remplis.

Le *foie* est congestionné et augmenté de volume, de couleur rouge sombre, de consistance normale, un peu gras à la coupe. Pas de taches blanches.

La *rate* est volumineuse, rouge violacé, de consistance très ferme, elle pèse 36 grammes. A la coupe, il s'en écoule un sang noir.

Les *reins* volumineux, pâles, se laissent facilement décortiquer. La surface du rein est lisse et montre nettement par place les étoiles veineuses de Verheyen. A la coupe, il s'échappe un sang noir abondant. Les pyramides sont très congestionnées. Le rein droit pèse 54 grammes et mesure 7^{cm}5 sur 4^{cm}5, le rein gauche pèse 48 grammes et mesure 7 centimètres sur 4^{cm}5. La vessie est absolument vide.

Les *ganglions* abdominaux, bronchiques et rétro-maxillaires ont un aspect normal.

Les *centres nerveux* n'ont pu être examinés.

Nous faisons l'examen histologique du foie et du rein.

Sur des coupes du *foie*, nous remarquons une congestion intense des capillaires, et de nombreux petits foyers hémorragiques.

Sur des coupes du *rein*, nous voyons que tous les capillaires sont dilatés et remplis de globules, à un tel point qu'on les dirait injectés. Il y a de nombreux foyers hémorragiques interstitiels. Les glomérules sont bourrés de globules rouges et augmentés de volume. Les cellules de l'épithélium sont gonflées, au point d'obstruer parfois totale-

ment la lumière du canal glandulaire; en d'autres points, les canaux sont remplis de débris épithéliaux.

Toutes ces lésions du rein nous pouvons les résumer par les mots : hémorragies, vaso-dilatation, glomérulite et néphrite intense.

Les frottis montrent de nombreux bacilles de Lœffler et des streptocoques.

Les organes et le sang ensemencés sur sérum coagulé nous donnent les résultats suivants :

ORGANES.	Bacille de Lœffler. Sérum ordinaire.	Streptocoques. Sérum au bouillon.	Staphylocoque doré. S. au bouillon glycériné.	DIVERS.
Pharynx	+	+	+	Espèces indéterminées.
Larynx	+	+	+	Id.
Sang du cœur	+	+	+	Coli-bacille.
Liquide péricardique.	0	+	+	B. pyocyanique (1), Sarcines.
Poumons	+	+	+	Sarcines jaunes.
Foie	+	0	0	Id.
Rate	+	+	+	Id.
Reins	+	+	+	0.
Vessie	+	+	0	Coli-bacille. Sarcines.

(1) Il s'agit très probablement d'une contamination accidentelle; dans ces derniers temps, de très nombreuses cultures de B. pyocyaneus ont été faites au laboratoire, et nous n'avons observé ce bacille que sur un seul sur six des tubes ensemencés avec le liquide péricardique.

Les tubes ensemencés avec une très petite quantité d'organes et de sang, c'est-à-dire avec le fil de platine, montrent après dix-huit, vingt-quatre et quarante-six heures à 37 degrés de très nombreuses colonies bien caractérisées de bacilles de Lœffler et de streptocoques. Les colonies de staphylocoques sont rares sur le sérum ordinaire et le sérum au bouillon de Lœffler, mais plus abondants (3 à 5 au maximum par tube) sur le sérum au bouillon glycériné. Ces diverses espèces présentent les caractères de culture et de coloration habituels. Les bacilles donnent nettement la réaction de Crouch. Sur les tubes ensemencés avec le sang du cœur et avec la rate, ils présentent de nombreuses formes d'involution et des formes géantes ramifiées, qui, en second passage redonnent les formes habituelles.

Un cobaye moyen inoculé sous la peau avec 1^{cc} de culture pure du bacille (bouillon de Lœffler peptonisé à 2 p. 100; culture de vingt-quatre heures et de réaction alcaline) présenta seulement un œdème léger; après être resté hérissé et souffrant quelques heures, il se remit entièrement.

Un cobaye semblable, inoculé dans les mêmes conditions, avec la même culture, mais qui reçut en un autre point 5^{cc} de sérum, ne présenta *aucun œdème*. L'inoculation simultanée du bacille et du streptocoque isolé à un troisième cobaye ne provoqua qu'un œdème léger, à peine plus marqué que le très léger œdème causé par le bacille seul (1^{cc} de chaque culture). Le bacille qui a servi aux inoculations venait des cultures de rate. Deux mois après, les animaux vont bien, il n'y a pas eu de perte de poids sensible.

Au contraire, chez l'enfant de dix ans observé par M. Barbier (obs. CMLX), qui fut également atteint d'anurie au cours d'une diphtérie infectieuse mortelle, le bacille de Lœffler qui existait avec des streptocoques dans les poumons, les ganglions carotidiens, le bulbe et la protubérance (tandis que le sang, la rate, le cerveau et les reins restaient stériles), se montra très virulent pour les cobayes.

En somme, nous nous croyons en droit de conclure à une *septicémie diphtérique*, avec association de strepto-staphylococcie. Au cours de cette diphtérie, cliniquement de gravité moyenne, alors que l'état général semblait satisfaisant, *subitement* après une injection de sérum survinrent des accidents graves, dont une anurie qui dura trente-deux heures. Cette coïncidence, malgré le *post hoc*, nous engageait à incriminer franchement l'injection d'avoir fermé le rein, si l'autopsie n'était venue nous montrer que le rôle du sérum était mal défini dans la pathogénie complexe de cette anurie diphtérique.

Dans l'étude suivante, nous entreprendrons de passer rapidement en revue les principaux cas de septicémie diphtérique déjà publiés. Les observations cliniques recueillies et les recherches expérimentales entreprises sur ces sujets, nous permettront de mieux interpréter cette observation, malheureusement bien incomplète pour des causes indépendantes de notre volonté.

Présence du bacille de la diphtérie dans les organes. — Les recherches expérimentales sur les animaux de laboratoire et les observations de bactériologie clinique aux autopsies, s'accordent pour prouver que dans la diphtérie pure des animaux ou de l'homme, la présence du bacille de Klebs-Lœffler dans les organes est exceptionnelle tandis que, dans la strepto-diphtérie ou la staphylodiphtérie, le bacille se retrouve fréquemment dans le sang et dans les organes.

I. *Recherches expérimentales.*

1. Roux et Yersin (p. 637) précisent, en les confirmant les expériences de Lœffler. Ils ont inoculé sous la peau une série de cobayes et les ont sacrifiés, de deux heures en deux heures, à partir du moment de l'inoculation, afin de savoir si avant la mort il ne se faisait pas en quelque point du corps de l'animal une culture plus ou moins abondante, mais de courte durée. Au point d'inoculation, où l'œdème est déjà manifeste au bout de quatre heures, les bacilles augmentent de nombre jusqu'à la sixième ou la huitième heure. Un certain nombre sont enfermés dans les cellules. Bientôt leur nombre décroît et au moment de la mort du cobaye il y en a moins qu'il n'y en avait six ou huit heures après l'inoculation. L'ensemencement du sang et des organes ne montre pas de bacilles; l'œdème et la sérosité péritonéale, quand l'injection a été faite sous la peau de l'abdomen, donnent seuls constamment des cultures. Une seule fois chez un cobaye pendu après la sixième heure, la pulpe du foie a donné une culture. Il n'y a plus de microbes dans le sang des lapins inoculés dans les veines seize heures après cette inoculation. Lorsqu'ils ont succombé de la trente à la trente-sixième heure, l'ensemencement des organes est stérile, mais en semant la rate de lapins sacrifiés cinq à six heures après l'inoculation, on obtient des cultures surtout si on a mis, avant l'ensemencement, la rate à l'étuve pendant une demi-journée ou une journée.

2. Bardach (1895), dans ses études sur la diphtérie, note que le bacille peut, quand sa virulence est très renforcée, se retrouver très souvent en cultures pures dans le foie, la rate et le sang du cœur. (Lapins inoculés avec 4 à 5 centimètres cubes de culture très virulente dans la veine de l'oreille, causant la mort souvent après quarante-huit heures.) Zarniko, en 1889, avait déjà observé plusieurs cas de passage du bacille dans les organes des cobayes et Klein, en 1890, dans les organes des chats. Smith (1898) a trouvé des bacilles diphtériques dans l'urine de deux cobayes inoculés, l'un quelques jours et l'autre quelques heures avant l'examen et l'ensemencement. « Ces faits font penser que, dans les diphtéries hémorragiques au moins, il doit y avoir des bacilles dans l'urine et que, par l'examen de l'urine, on peut se rendre compte de la présence du bacille

dans le sang. » Barlow (1898), chez l'homme, a ensuite rencontré des bacilles diphtériques dans l'urine. Le pouvoir pathogène ne fut pas essayé, mais les bacilles donnaient la réaction de Neisser, acidifiaient le bouillon glucose en vingt heures et ne poussaient pas sur gélatine et à la température ordinaire.

3. Les recherches de Cuoghi Costantini confirment les expériences de Roux et Yersin et de nouveaux faits prouvent et expliquent la septicémie diphtérique. Chez des cobayes morts en quarante-huit heures environ après l'injection sous la peau ou dans le péritoine de 2 centimètres cubes de culture pure sur bouillon âgée de 2 jours, on ne retrouve des bacilles qu'au point d'inoculation, ni l'examen direct ni les ensemencements du sang ou de la rate n'en décèlent.

Chez des cobayes soumis pendant vingt-quatre à soixante-douze heures à l'action de fortes doses de toxine diphtérique, puis inoculés ensuite avec la dose mortelle de 2 centimètres cubes de culture pure, on ne retrouve pas non plus de bacilles dans le sang ou la rate.

Des cadavres de lapins diphtériques abandonnés vingt-quatre heures à 13-14° ou à 37° ne présentent pas à l'autopsie de bacille dans la rate et le sang; il n'y a pas d'envahissement, de diffusion du bacille post mortem.

Ces expériences confirment celles de Barbier, qui avait laissé des cobayes morts de diphtérie inoculée et avait toujours vu après vingt-quatre heures l'ensemencement des viscères rester stérile.

Quand on inocule aux lapins sous la peau ou dans le péritoine 2 centimètres cubes de culture ou bouillon de bacille de Klebs-Lœffler, puis dans le péritoine une inoculation de 2 centimètres cubes de culture de streptocoque ou de staphylocoque doré, les lapins meurent en deux à trois jours. Si on les sacrifie un jour ou deux après l'inoculation, les ensemencements du sang et de la rate donnent de nombreuses colonies de bacilles et de streptocoques ou de staphylocoques. Donc l'infection streptococcique ou staphylococcique a pour effet d'amener une dissémination du bacille dans l'organisme, probablement parce que les toxines du streptocoque et du staphylocoque (leucocidine de Van de Velde) provoquent la dégénérescence des leucocytes.

Quand on inocule des cobayes avec 2 centimètres cubes de culture pure de bacille de Klebs-Lœffler, puis vingt-quatre heures après avec 3 centimètres cubes de solution d'atropine à 10 p. 100 ou de solution de chlorhydrate de pilocarpine à 5 p. 100, les cobayes meurent en deux ou trois jours et le sang et la rate ensemencés redonnent des cultures de bacilles virulents. En outre les leucocytes présentent des altérations variées (1).

4 lapins reçurent dans le péritoine 2 centimètres cubes de culture pure puis dans les veines 4 centimètres cubes d'une solution de NaCl à 10 p. 100. Ils succombèrent en quarante-huit heures et chez l'un d'eux la dissémination du bacille fut constatée.

4. Les expériences de Metin entreprises sur les conseils de Roux et poursuivies en France en même temps que celles de Cuoghi Constantini en Italie, aboutissent à des constatations semblables.

Le bacille ne pullule pas dans les organes lorsqu'il a été introduit isolément dans l'organisme du lapin (inoculations sous-cutanées) et pour qu'on le retrouve après la mort il faut d'une part ne faire l'autopsie que tardivement et d'autre part qu'il soit associé au streptocoque ou au staphylocoque.

Chez le cobaye après inoculations sous-cutanées de bouillon de dix-huit à vingt-quatre heures, dans l'exsudat œdémateux du point d'inoculation, le nombre des bacilles paraît diminuer dans la première heure puis augmente jusqu'à la huitième heure où il atteint son maximum, et diminue ensuite jusqu'à la mort où ce nombre n'est pas plus grand qu'une heure après l'inoculation. Lorsqu'on met la rate à l'étuve on ne trouve sûrement de bacilles que lorsqu'elle est extraite au moins six heures après l'inoculation.

Le bacille inoculé dans le sang du lapin (1 centimètre cube d'une émulsion en bouillon stérilisé faite avec une culture de vingt-quatre heures sur sérum pour éviter l'action de la toxine) disparaît dans un intervalle compris entre une demi heure à une heure après l'inoculation. Passé ce temps, le bacille est englobé par les phagocytes, où on peut le retrouver mal coloré dans les premières heures, « puis il se transforme en granulations éosinophiles deux heures environ après l'inoculation. » Les bacilles peuvent être si réduits en nombre, qu'il est impossible de les mettre en évidence à l'examen direct; dans certains cas même, les ensemencements de sang, six heures après l'inoculation, restent stériles; de même, dans la rate et les autres organes, les bacilles sont très rares dans les premières vingt-quatre heures; à ce moment on peut ensemencer une grande quantité de pulpe de l'animal sacrifié sans obtenir de culture. Mais à mesure que l'empoisonnement progresse et que la mort approche, les bacilles sont plus fréquents, mais toujours cependant à l'état d'unités isolées, et c'est après la mort de l'animal que la pullulation se fait véritablement.

L'inoculation d'un mélange de bacilles de Lœffler et de streptocoques ou de staphylocoques est plus sévère que l'inoculation du bacille seul, le bacille ne disparaît ni du sang, ni des organes, mais on le retrouve toujours quand il est associé, à quelque moment qu'on puise le sang dans l'oreille ou dans l'exsudat du point d'inoculation.

(*A suivre.*)

UN CAS DE PARALYSIE DE LANDRY

Par M. le docteur Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille.

Il s'agit d'un ouvrier, âgé de trente-six ans, non syphilitique, non alcoolique, qui n'a eu ni refroidissement récent, ni maladie infectieuse. Il est pris sans prodromes, sans cause appréciable, de fourmillements, d'engourdissement, de faiblesse dans les deux pieds. Le lendemain, il ne peut marcher, les jambes fléchissent. A partir de ce moment, cette paralysie bilatérale progresse rapidement et symétriquement, de bas en haut, et atteint les groupes musculaires dans l'ordre indiqué par Landry.

Dans la soirée, la paralysie flasque des deux jambes est complète. Nous voyons le malade deux jours après le début de cette affection. Etat général bon, pas de fièvre, intelligence normale, paralysie complète et flasque des deux membres inférieurs, abolition presque complète des réflexes rotuliens, pas de convulsions, pas de contracture, contractilité musculaire nette et énergique sous l'influence de courants induits de moyenne intensité, sensibilité à la piqûre, à la température légèrement émoussée, masses musculaires des cuisses et des jambes douloureuses à la pression, pas d'atrophie, pas de troubles trophiques, intégrité des sphincters, urines normales. La paralysie suit une marche rapidement ascendante, mais respecte la face.

Le lendemain, elle atteint les doigts, les mains, les avant-bras; pendant la nuit, elle gagne les muscles des deux

(1) Barsky (A.) recommande la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie (*Semaine méd.*, 1895, CCLIV, n° 64) et aussi Waldstein (*Semaine méd.*, 1895, XCVIII). Elsæsser préconise l'atropine (*Therap. Monatsch.*, août 1895). — Voir également *Semaine méd.*, 1894, p. 204; — Salomonsen et Madsen et Roger. Applications de sérums sanguins, 1896, p. 40. Cong. de méd. de Nancy.

épaules, puis des deux bras. Au niveau des membres inférieurs, la sensibilité au contact et à la douleur est diminuée. Les muscles du cou, de la nuque et du tronc ne sont pris que quelques heures plus tard. Alors surviennent des phénomènes de paralysie bulbaire ; déglutition difficile, presque impossible, voix faible, chuchotée, respiration embarrassée, crise de dypsnée et de suffocation ; la paralysie des inspirateurs et du diaphragme en particulier fait de rapides progrès ; mort par asphyxie quatre jours après le début de cette paralysie ascendante aiguë.

Autopsie. — Congestion des poumons, des reins, des centres nerveux. L'examen histologique de la *moelle* montre un aspect vacuolaire anormal des cellules des cornes antérieures, mais la conservation des pièces dans le liquide de Muller n'a pas permis d'appliquer la méthode de Nissl à la recherche des modifications dégénératives, de la chromatolyse, de la désintégration moléculaire de la substance achromatique, etc., décrites par Œttlinger, Marinesco, Ballet, Remlinger, Bailey et Ewing, Marie, Piccinino, Mills et Spiller, etc.

Les *méninges spinales* sont épaissies. Ce sont les lésions de *névrite périphérique* qui prédominent sur la couche transversale de quelques nerfs rachidiens, on voit une assez grande quantité de tubes nerveux dégénérés. Sur un certain nombre de points du sciatique et du médian, la myéline est fragmentée ; elle a disparu par place, ailleurs, elle a un aspect granulo-graisseux. Parfois le cylindre axe est interrompu et entouré de boules réfringentes. Pas de multiplication des noyaux.

En résumé, la polynévrite n'est pas douteuse et, étant donné l'aspect anormal de la moelle, il est probable que l'emploi de la méthode de Nissl aurait décelé des lésions dans les cellules des cornes antérieures. C'est plutôt un défaut de technique, qu'une absence réelle d'altérations qui souvent a fait affirmer l'intégrité des nerfs et surtout de la moelle dans la maladie de Landry. Elle est parfois d'origine infectieuse comme dans les cas de Galleta. On voit, sur les coupes de la *moelle* de notre malade, quelques rares bacilles minces auxquels l'absence de culture et d'inoculation, ne permet pas d'attribuer un rôle pathogène.

THÉRAPEUTIQUE

De l'ergotinine dans le traitement des hémorragies utérines. (CHAHBAZIAN.)

Ergotinine	1 centigramme.
Acide lactique	2 centigrammes.
Eau de laurier-cerise	10 grammes.

Un gramme de cette solution, c'est-à-dire le contenu d'une seringue de Pravaz, contient 1 milligramme de l'alcaloïde.

La dose ordinaire à injecter est de v gouttes ; cette quantité produit un très grand effet et rapide du côté de l'utérus ; xv gouttes sont le maximum ; autrement, elle pourrait provoquer des vomissements. (*Journ. de méd. de Paris.*)

BEAUTÉS ADMINISTRATIVES

M. Ranson, conseiller municipal de Paris, à l'occasion de la discussion de l'Assistance publique, a fourni des preuves des dilapidations qui s'opèrent dans les fournitures et la comptabilité de cette administration.

La *Gazette hebdomadaire* cite le rapport de M. Ranson car, dit-elle, les chiffres sont plus éloquents que toutes les phrases :

« *Boucherie.* — La surveillance et le contrôle font absolument défaut dans ce service. Cela tient à ce que le directeur ainsi que l'économe sont en même temps directeur et économe de la cave, de telle sorte que ni la boucherie, ni la cave ne sont surveillées.

Depuis le 1er janvier 1894, la régie directe a remplacé l'adjudication. Les achats sont faits par trois pourvoyeurs, nommés par l'administration et qui reçoivent pour ces acquisitions les commissions suivantes :

Par bœuf acheté : à la Villette, 3 francs ; en province, 6 francs.

Par veau acheté : à la Villette, 1 fr. 50 ; en province, 4 francs.

Mouton : prix uniforme, 0 fr. 40.

Ce système entraîne des frais de courtage considérables ; le projet de budget les évalue à 49 375 francs, sur lesquels le pourvoyeur de bœufs touche, pour sa part, plus de 32 900 francs.

A ces sommes, il convient d'ajouter les frais de transport (24000 francs), ceux de conduite dans Paris (11 525 francs), plus les commissions payées au directeur de la régie de la Villette et au commissionnaire des cuirs (4 500 francs), soit un total de 89 250 francs. Malgré ces énormes rétributions, le service des achats est loin d'être satisfaisant. Des plaintes sont parvenues et des faits de la plus haute gravité, sur lesquels le rapport ne s'explique pas, ont été signalés et reconnus exacts ; ils appelleront peut-être une sanction sévère.

En s'approvisionnant directement aux Halles, on réaliserait facilement une économie de plus de 200 000 francs.

Cave. — La surveillance est insuffisante, le directeur et l'économe étant en même temps directeur et économe de la boucherie à Vaugirard. D'autre part, on peut être un excellent boucher et un détestable sommelier, et réciproquement ; il semble logique de mettre à la tête de chaque service un professionnel compétent. La bière et le champagne sont directement achetés par chaque établissement, suivant ses besoins ; aussi voit-on le prix de la bière varier de 0 fr. 25, à 0 fr. 30, à 0 fr. 35, 0 fr. 50 et même 0 fr. 80, suivant l'établissement ; de même la bouteille de champagne revient ici à 0 fr. 90 et là à 2 francs. Une dépense de cette importance (83 000 francs) devrait être rattachée au service de la cave, qui en ferait les livraisons à chaque hôpital suivant ses besoins.

Comestibles. — Tel qu'il fonctionne, ce service est tellement défectueux qu'une amélioration serait impossible en conservant la forme actuelle.

Ici, pas de règle unique, tout semble avoir été livré au hasard et le contrôle devient absolument impossible.

Certains articles, les légumes, les œufs, par exemple, sont mis en adjudication ; d'autres, comme le beurre, la volaille, sont achetés pour une année par des marchés de gré à gré ; enfin, le poisson, le gibier, les fruits sont achetés au cours du jour, directement aux producteurs et aussi par des intermédiaires qui n'ont d'autre mandat que celui qu'ils se sont attribué : il en résulte une notable augmentation de prix et un écart considérable entre les marchandises vendues par les producteurs et celles fournies par les intermédiaires.

Ces acquisitions se font sans contrôle d'aucune sorte ; certains frais qu'il serait facile d'éviter viennent s'ajouter au prix d'achat. C'est ainsi que les panniers qui contiennent les fruits (environ 8000 par an), et valant en moyenne 1 fr. 75, ne sont pas rendus, ce qui oblige le vendeur à majorer le prix de la marchandise, et de ce fait une somme importante, en augmentant le prix de revient, vient nécessairement grever le budget d'une somme considérable.

Le poisson est toujours vendu par la même maison et le fournisseur écoule sa marchandise, quelle qu'elle soit, toujours la même, si ses pourvoyeurs lui envoient toujours la même chose. C'est ainsi qu'un établissement a reçu du congre pendant sept jours consécutifs.

Le beurre, qui est payé 3 francs le kilogramme, est de qualité inférieure, contient beaucoup trop d'eau et donne un goût détestable aux aliments; les œufs, que l'on fait venir de Russie (?), se ressentent toujours du voyage et n'ont jamais la fraîcheur désirable, surtout lorsqu'ils sont destinés à des malades.

Le pavillon des Halles est insuffisant, les marchandises y sont mal installées et le contrôle presque illusoire, faute d'éclairage.

L'impossibilité pour les voitures d'y accéder avant dix heures ne permet pas l'approvisionnement des établissements pour le déjeuner, de telle sorte que certaines marchandises qui doivent être consommées fraîches, le poisson par exemple, ne sont nécessairement servies aux malades que le lendemain, alors qu'elles sont déjà avariées.

Il importe de se préoccuper au plus tôt de cet état de choses.

Pour l'approvisionnement comme pour la boucherie, le remède paraît être le même : créer, à proximité des Halles, un magasin où les produits achetés seraient transportés dès le matin. Ce moyen permettrait aux hôpitaux de s'approvisionner avant dix heures.

En outre, les achats seraient effectués par des professionnels, assistés d'une commission de contrôle qui pourrait être composée des directeurs et économes des établissements hospitaliers.

De l'avis d'hommes compétents, ce système, outre le choix et la qualité de la marchandise, produirait une économie qu'ils évaluent à plus de 15 p. 100, ce qui représenterait l'énorme somme de 393 201 francs.

Approvisionnement. — A l'heure actuelle, il reste encore en magasin près de 4000 couvertures de laine grise, dont la plus grande partie a été achetée en 1890, lors de l'épidémie d'influenza.

Il est regrettable qu'il en ait été commandé d'autres avant l'écoulement du stock ancien, car il résulte de ce fait qu'une partie de ces couvertures, rongées par les mites, se trouvent aujourd'hui hors d'usage, et que, si l'on n'y prend garde, le reste se trouvera bientôt dans le même état.

La même observation peut s'appliquer aux gilets de laine et de flanelle, et aux camisoles de laine, dont une grande quantité existe en magasin depuis trois ans.

Il conviendrait sans doute de tenir compte, au moment de la commande, de la proportion des tailles nécessaires immédiatement et que la livraison fût faite en deux séries, c'est-à-dire, par exemple, en février et mars, et ensuite en août et septembre.

Ce système aurait le très grand avantage de permettre de mieux connaître les besoins suivant les tailles; on éviterait ainsi un long emmagasinage, toujours nuisible à la conservation des effets. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 MAI 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 MAI 1899, à une heure. — 1er (1re série) : MM. Delens, Blum et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Reclus, Poirier et Retterer; — (3e série) : MM. Rémy, Sébileau et Legueu.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Gaucher et Gilles de la Tourette; — (2e série) : MM. Fournier, Landouzy et Teissier; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Lancereaux et Dupré; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 9 MAI, à une heure. — Anatomie pathologique, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Rémy et Méry.

1er (1re série) : MM. Mathias-Duval, Quénu et Retterer; — (2e série) : MM. Guyon, Rémy et Poirier.

3e (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Bonnaire et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Troisier, Widal et Launois; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Thoinot; — (3e série) : MM. Hutinel, Achard et Thiroloix.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Chantemesse et Vaquez; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Albarran et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier; — (2e série) : MM. Raymond, Charrin et Roger; — M. Marfan, suppléant.

MERCREDI 10 MAI, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 1er : MM. Poirier, Retterer et Sébileau.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Teissier et Dupré; — (2e série) : MM. Joffroy, Lancereaux et Gilles de la Tourette.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Mauclaire; — (2e série) : MM. Blum, Broca (Aug.) et Walther; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Widal; — M. Delbet, suppléant.

VENDREDI 12 MAI, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 1er (1re série) : MM. Ch. Richet, Humbert et Sébileau; — (2e série) : MM. Rémy, Poirier et Retterer.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Teissier et Dupré; — (2e série) : MM. Lancereaux, Gaucher et Wurtz; — (3e série) : MM. Joffroy, Gilles de la Tourette et Widal.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Reclus et Delbet; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Méry; — M. Walther, suppléant.

SAMEDI 13 MAI, à une heure. — 1er : M. Rémy, Quénu et Thiéry.

2e (oral, 1re partie) : MM. Cornil, Poirier et Retterer.

3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Troisier et Thiroloix.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Vaquez et Langlois; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Richelot et Faure; — (2e partie) : MM. Joffroy, Marfan et Ménétrier; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecine (composition écrite) : MM. Legry, 20; Bruhl, 18; Bezançon (F.), Carnot, Sergent et Soupault, 17; Laffitte et Michel, 16; Achalme et Mangin-Bocquet, 15; Bergé, 14.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 3 mai 1899.

LE SOURD

C'est encore sous l'émotion de l'adieu suprême que nous écrivons ces lignes ; mais il nous faut sortir de notre abattement et tâcher de rappeler à nos lecteurs cette douce et belle figure, tout empreinte de bonté et de dignité, tâche plutôt douce après tout, car retracer l'existence de notre cher et regretté Directeur, c'est revivre quelques instants avec lui et s'imprégner à nouveau du charme qui émanait de toute sa personne.



Né à Angers le 10 août 1834, Le Sourd débuta dans la carrière médicale en 1852, en s'engageant comme aide-chirurgien de marine, et c'est à ce titre qu'il fit les campagnes de Crimée et d'Italie. Quoique d'une santé plutôt délicate, son énergie morale lui fit supporter vaillamment toutes les fatigues de ces deux campagnes qui furent si rudes pour nos marins. Rentré à Paris, il achevait ses études quand il fut soudainement appelé (mars 1864) à prendre la direction de la *Gazette des hôpitaux* par la mort imprévue de son père qui, depuis 1848, l'avait administrée avec tant de succès et l'avait élevée à un haut degré de prospérité. Le jeune étudiant ne se dissimula pas les difficultés de sa tâche et il se mit à l'œuvre avec la volonté qui était un des traits principaux de son caractère et qui ne s'est jamais démentie jusqu'à sa dernière heure. Ce travail incessant porta bientôt ses fruits et, rapidement, le jeune directeur passait sa thèse de doctorat et arrivait à occuper une des premières places du journalisme médical.

Grand, mince, élancé, de manières distinguées, la figure douce et fine encadrée de longs favoris que l'âge commençait à blanchir, le regard pénétrant et bon, il tenait à la fois du magistrat et du marin. D'une amabilité de l'ancien temps, d'une parfaite affabilité avec tous ses confrères, d'une infinie bonté avec les inférieurs, d'une charité discrète autant que généreuse, il inspirait l'estime et commandait de suite une respectueuse déférence. Travailleur infatigable, en dehors des occupations qu'exigeait la direction du Journal, il s'intéressait particulièrement aux choses de l'histoire, de la littérature et de l'histoire naturelle.

Il eut le rare bonheur de rencontrer une femme bien digne d'être l'épouse d'un aussi parfait galant homme, et qui se consacra tout entière à l'éducation de six enfants, constituant la famille la plus heureuse qu'on puisse concevoir. Le Sourd, père de famille idéal, savait apprécier son bonheur et le proclamait lui-même bien haut à ses amis, lorsqu'il y a deux ans, un premier et cruel malheur vint s'abattre sur cette famille si étroitement unie et plonger notre cher Directeur dans le plus sombre chagrin : sa fille chérie trouva la mort dans les flammes du Bazar de la Charité, et nous avons encore présentes à la mémoire les cruelles angoisses par lesquelles passèrent ce père et ses fils cherchant dans les décombres les restes mutilés de la pauvre disparue. Quel contraste avec la veille, où tous étaient réunis dans la plus charmante et la plus douce intimité ! Le Sourd ne se releva jamais complètement de cette terrible secousse, et l'on peut dire qu'il en meurt aujourd'hui. Il trouva, cependant, quelques consolations dans les succès si mérités de ses cinq fils, dont il suivait si paternellement les progrès et qu'il laisse aujourd'hui ayant tous atteint le but qu'ils poursuivaient, les deux aînés internes des hôpitaux, un autre sorti de l'École nationale d'agriculture de Montpellier, un quatrième ayant obtenu le diplôme d'archiviste-paléographe et le cinquième, depuis quelques mois, élève à l'École polytechnique.

Au milieu des nombreuses préoccupations que ne pouvait manquer de lui susciter l'éducation de ses enfants, le docteur Le Sourd n'en a pas moins dirigé chaque jour, avec une scrupuleuse ponctualité, la *Gazette*, qui était devenue pour lui une seconde famille. Il avait pour elle les mêmes préoccupations et les mêmes soucis de dignité qu'il avait

pour l'autre. Nous ne saurions jamais oublier, nous, ses collaborateurs, les réunions si pleines de charme où Le Sourd nous exposait comment il comprenait le journalisme médical, quel souci il avait de son indépendance et de son honorabilité. S'appliquant toujours et en toutes circonstances à écarter les polémiques personnelles, il se jetait dans la mêlée chaque fois que les intérêts généraux de la médecine étaient en jeu. Nul ne fut plus jaloux de la dignité professionnelle et, au milieu des attaques incessantes auxquelles le corps médical est en butte, Le Sourd fut toujours au premier rang pour prendre en mains ses intérêts et le défendre contre les calomnies, d'où qu'elles vinssent. Ennemi de la réclame et du charlatanisme, il ne manquait jamais de rappeler au droit chemin ceux qui tentaient d'en dévier.

Tout en restant respectueux des traditions de l'ancien journalisme, Le Sourd savait marcher avec son temps et, au moment où les sciences médicales prirent un si grand essor, il institua les « Revues générales » qui, en mettant au point les questions d'actualité, contribuaient à maintenir le journal dans la marche ascendante vers le progrès.

C'est cette ligne de conduite, si honnête et si droite, que la *Gazette* a suivie avec Le Sourd pendant trente-cinq années et qu'elle continuera à suivre grâce à son heureuse et féconde impulsion. Aussi quand, de nouveau, le nom de Le Sourd va se trouver au bas du Journal, cela ne signifiera pas seulement qu'un fils succède à son père, mais qu'une tradition se continue.

LA RÉDACTION.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il n'est pas un praticien qui, ces temps derniers, n'avait à chaque instant à répondre à cette question : Docteur, est-il vrai qu'il y a la peste à Paris? Tout en posant la question, beaucoup de personnes, semblant bien informées, affirmaient qu'il y avait eu 7 cas de mort parmi les employés d'un des plus grands magasins de Paris. La peste, ajoutait-on, y avait été transportée par des tapis d'Orient. Quand on nous posera maintenant cette question, nous pourrons, en nous appuyant sur l'Académie, déclarer en toute certitude que ces bruits alarmants ne sont nullement fondés. En effet, M. Le Roy de Méricourt a mis l'Académie en demeure de donner, à ce sujet, son opinion. M. Léon Colin a répondu en faisant connaître le résultat d'une enquête sur place qui a démontré : 1° qu'il n'y avait eu aucun cas de mort parmi les employés du magasin incriminé; 2° que l'état sanitaire y était excellent; 3° que les tapis, avant d'arriver au magasin, passaient tous à l'étuve; 4° enfin qu'il ne restait absolument rien de ces bruits complètement faux.

M. Pinard a fait le plus grand éloge d'un travail de M. Pecker (de Maule) qui a organisé, dans ce petit village, une assistance très efficace pour les femmes enceintes dans le dernier mois de la grossesse. Nous ne pouvons que nous associer aux félicitations très légitimes qu'a reçues de l'Académie notre confrère de Maule.

M. Motais (d'Angers) a lu un travail sur la myopie dans les lycées.

M. Chipault a donné lecture d'une note sur quelques perfectionnements apportés au traitement de la scoliose par la réduction suivie d'immobilisation en bonne position.

MM. Doyon (d'Uriage) et Pamard (d'Avignon) ont été élus membres associés nationaux. Nous sommes heureux d'en féliciter nos deux sympathiques confrères.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur PONCET.

Anévrysme artério-veineux (artère et veine fémorale) de la racine de la cuisse droite, datant de treize ans. — Absence de troubles fonctionnels. — Tolérance à peu près parfaite de la lésion.

Par M. Alexis CARREL, interne des hôpitaux.

On a rarement l'occasion de suivre, pendant un long espace de temps, l'évolution d'un anévrysme artérioso-veineux, soit, parce que l'étendue et la gravité des lésions nécessitent un traitement immédiat, soit, au contraire, en raison parfois de la bénignité de l'affection, qui n'oblige pas le malade à revenir à l'hôpital. Et cependant, le pronostic et le traitement de cette maladie ne peuvent être établis d'une façon rationnelle, que s'il est possible de savoir quelle sera la marche ultérieure de la lésion. De la plupart des observations d'anévrysmes artério-veineux du membre inférieur, on peut conclure avec Delbet, qu'un traitement actif doit être institué, parce qu'ils s'accompagnent constamment de troubles fonctionnels ou trophiques tels, qu'ils constituent une véritable infirmité, et que leur extension progressive peut amener des accidents graves.

Cependant, il existe des cas, dont le pronostic est moins sévère, aussi bien au point de vue fonctionnel, qu'à celui de l'aggravation progressive de la lésion, et qui, pendant de longues années, sont tolérés de façon parfaite. Ce phénomène, rare au membre supérieur, est absolument exceptionnel au membre inférieur, et l'observation, qui suit, est, à notre connaissance, la seule où un anévrysme artério-veineux du membre inférieur ait été compatible avec une intégrité à peu près absolue de la fonction.

D'autre part, nous avons eu la bonne fortune de voir les modifications produites dans l'état du malade, douze ans après son premier séjour dans le service de M. le professeur Poncet. A cette époque, c'est-à-dire au mois de février 1886, M. Vallas, alors interne de M. Poncet, avait présenté ce malade à la Société de médecine. Celui-ci quitta l'Hôtel-Dieu cette même année, et n'y revint qu'au mois de novembre 1898.

Voici d'abord l'état du malade en 1886, d'après l'observation de M. Vallas.

Le 6 juin 1885, un jeune homme, cultivateur, âgé de dix-neuf ans, jouait avec un camarade, qui portait un couteau à la main, lorsque, par suite d'un faux mouvement dont il ignore la cause, il reçut un coup de cette arme à la racine de la cuisse droite. Une hémorragie considérable se déclara aussitôt, et, par l'ouverture étroite de la plaie, le sang jaillissait avec une telle force qu'ayant appliqué la main sur sa blessure, il reçut des éclaboussures de sang, jusque sur le visage, comme s'il avait posé le doigt sur un robinet largement ouvert. Il perdit connaissance, et probablement à la faveur de cette syncope et de la compression produite par les caillots, l'hémorragie s'arrêta spontanément.

Au bout de 15 jours environ, la tumeur sanguine qui

s'était formée au pli de l'aine s'était résorbée ; mais le malade s'aperçut alors, en portant la main sur le trajet de ses vaisseaux fémoraux, d'un frémissement particulier, qui l'inquiéta beaucoup, lui et ses parents. Après avoir pris l'avis de plusieurs médecins il entra, le 1er février 1886, sept mois après l'accident, dans le service de M. le professeur Poncet.

Voici dans quel état il se présenta alors :

Sur la limite externe du triangle de Scarpa, au niveau du droit antérieur de la cuisse, par conséquent en dehors du trajet des vaisseaux, on constate une petite cicatrice blanche, linéaire, distante de 7 centimètres de l'arcade de Fallope. La cuisse n'est pas déformée, les saillies et dépressions de la région sont normales.

Si, alors, on porte le doigt sur les vaisseaux, on perçoit un frémissement vibratoire ou thrill continu, très intense. Au-dessous du niveau de la plaie, c'est-à-dire du côté de la périphérie, ce thrill s'atténue rapidement et disparaît bientôt, tandis que, du côté central, on le sent encore très nettement, sur les vaisseaux iliaques externes, aussi loin qu'on peut les atteindre avec le doigt.

L'auscultation du pli de l'aine révèle l'existence d'un souffle continu avec redoublement systolique; le souffle est très fort, son maximum est à quelques centimètres au-dessous de l'arcade; à ce niveau, il suffit d'approcher l'oreille nue à 2 centimètres de la peau, pour l'entendre distinctement. Il se propage le long des vaisseaux, dans toute la partie sous-diaphragmatique du corps ; on l'entend à la jambe, sur le dos du pied, sur la paroi abdominale et à l'épigastre. On le perd au-dessus du cœur et dans les vaisseaux du cou, où on n'entend qu'un souffle systolique dû à l'anémie.

Au-dessus du point lésé, les vaisseaux sont manifestement dilatés, mais uniformément, et il est impossible de délimiter les contours d'une tumeur.

Les veines superficielles du membre supérieur droit ne sont pas variqueuses. Pas d'œdème.

Le pouls de la pédieuse est notablement plus faible du côté malade que du côté sain.

Les troubles fonctionnels sont nuls. Le malade n'accuse pas de fourmillements, pas de faiblesse, seulement une tendance plus grande au refroidissement, et encore n'a-t-il constaté ce symptôme, que depuis que son attention a été attirée sur ce point.

La sensibilité est intacte.

Il n'y a pas de différence de longueur dans les membres inférieurs, mais on constate une légère atrophie suivant l'épaisseur; à 10 centimètres au-dessus de la rotule, on trouve :

Circonférence de la cuisse droite (malade)	34c
Circonférence de la cuisse gauche	36c

De même pour la jambe, au milieu du mollet :

Mollet droit	36c5
Mollet gauche	28c5

Le système pileux est également développé des deux côtés.

Il s'agissait donc, en résumé, d'un anévrysme artério-veineux de la racine de la cuisse, chez un jeune homme, sans tumeur appréciable, et qui ne s'accompagnait d'aucun phénomène pathologique; à peine existait-il un léger degré d'atrophie. En présence de cette tolérance parfaite, M. Poncet s'abstint de toute intervention, conseilla au malade de porter un cuissard, et d'éviter les longues marches et les travaux pénibles, précautions que, d'ailleurs, celui-ci négligea de prendre.

Il sortit de l'hôpital, et y revint douze ans après; c'est alors que nous avons pu observer les faits suivants :

Le 12 novembre 1898, c'est-à-dire treize ans après le début de l'affection, Louis R... est venu se montrer à M. le professeur Poncet. C'est à présent un homme d'apparence assez vigoureuse, et qui ne semble pas souffrir de son anévrysme artério-veineux. Depuis sa sortie de l'hôpital en 1886, il n'a suivi aucun traitement et n'a pas tenu compte des conseils qu'on lui avait donnés à cette époque. Il a repris presque immédiatement son pénible métier de cultivateur, et a pu se livrer à tous les travaux d'une exploitation agricole, sans fatigue, et sans douleur ; jamais il n'a porté ni bandage, ni cuissard d'aucune sorte.

Il y a quelques semaines, à la suite d'une forte contusion du genou droit, s'est développé un hygroma de la bourse prérotulienne; c'est pour cette raison, que le malade est venu à l'Hôtel-Dieu.

Voici quel est son état, treize ans après l'accident initial :

A la partie inférieure du triangle de Scarpa, on voit une petite tuméfaction, siégeant au niveau de l'artère et de la veine fémorales, sans que la cuisse soit déformée. Par la palpation, il est possible de délimiter une tumeur du volume d'une noix, présentant un thrill très intense avec renforcement systolique, qui se propage dans les vaisseaux de la cuisse, et que l'on sent encore d'une façon très nette sur les vaisseaux iliaques externes.

On entend également un souffle continu avec redoublement systolique, dont le maximum se trouve au niveau de la petite tumeur, et qui se propage le long des vaisseaux de la jambe, du pied et de l'abdomen.

Le réseau veineux superficiel est légèrement dilaté ; il n'existe pas de varices proprement dites : jamais d'œdème, même après de longues marches et des travaux fatigants. Pas d'ulcérations, ni de troubles trophiques d'aucune sorte. La peau a un aspect normal, et le système pileux est également développé des deux côtés.

La température est plus élevée de 2 degrés, du côté malade que du côté sain.

La sensibilité, dans toutes ses modalités, est entièrement intacte.

La force musculaire est conservée.

Il n'y a pas de différence de longueur entre les membres inférieurs, mais on constate une véritable hypertrophie du membre malade, tandis qu'il existait au contraire, il y a treize ans, un léger degré d'atrophie. La circonférence de la cuisse droite mesurée au niveau du tiers supérieur, dépasse de cinq centimètres celle de la cuisse gauche, et de même, la circonférence de la jambe à 10 centimètres au-dessous de l'interligne est de 30 centimètres à gauche, de 32 centimètres à droite.

Il n'existe aucun trouble fonctionnel. Les mouvements du membre droit se sont toujours faits avec la plus grande facilité; jamais de raideur ni de fatigue; cependant, le malade souffre davantage du froid de ce côté que du côté gauche. Le thrill continu ne l'incommode nullement; il a remarqué cependant qu'à certaines époques, il augmentait beaucoup d'intensité.

Il n'a pas cessé un seul jour les travaux pénibles de sa profession, et malgré l'absence complète d'appareil et de soins, il n'a jamais souffert de son anévrysme; il lui est arrivé de faire, sans fatigue, des marches de 40 kilomètres.

En somme, les modifications survenues dans l'état du malade, pendant ce long espace de temps, sont peu consi-

dérables : une petite tumeur s'est formée au niveau de la pointe du triangle de Scarpa, mais son extension est insensible ; elle paraît même stationnaire depuis quelques années : le thrill et le souffle n'ont pas varié, le réseau veineux est légèrement dilaté, mais il n'existe aucun trouble trophique, à l'exception de l'hypertrophie qui a succédé à l'atrophie du début, et *le malade supporte sa lésion avec une aisance parfaite*.

Cette tolérance, chez un individu qui n'a pris aucune précaution tout en menant une vie très active et très pénible, est un *phénomène remarquable dans l'histoire des anévrysmes artério-veineux du membre inférieur*, qui s'accompagnent toujours de troubles plus ou moins graves, soit dans la nutrition, soit dans le fonctionnement des membres. (M. Poncet l'attribue, en partie, au jeune âge du sujet.)

Les muscles s'atrophient; la jambe se place en attitude vicieuse. Le gonflement œdémateux prend des proportions éléphantiasiques; il se forme des ulcères rebelles, et les malades se plaignent de douleurs névralgiques extrêmement vives, comme dans le cas publié par Reynier, où elles étaient dues à la compression du sciatique poplité interne. Chez les malades de Larrey et de Beling, les troubles ont nécessité l'amputation.

Une tumeur anévrysmale de la racine de la cuisse, dont l'observation est rapportée par Morrison, avait acquis le volume d'un utérus gravide de 3 mois, entraînant l'impotence de tout le membre. Mais, le plus souvent, il s'agit de troubles trophiques, qui font obstacle au bon fonctionnement de la jambe et de la cuisse; c'est la règle, dans cette catégorie d'anévrysmes artério-veineux.

Notre observation montre que cette règle n'est pas absolue, et que, même pour les anévrysmes du membre inférieur, l'évolution peut être également bénigne. Dans le cas actuel, M. Poncet n'a proposé à ce malade aucune intervention chirurgicale. Elle n'était justifiée du reste par aucun symptôme.

SEPTICÉMIE DIPHTÉRIQUE (1)

Par le docteur H. Braun, chef de clinique chirurgicale, et Georges Thiry, préparateur de la Faculté de médecine de Nancy.

II

II. *Bactériologie clinique*.

Les faits autrefois signalés de passage du bacille dans les organes étaient considérés comme tout à fait exceptionnels et ils étaient diversement interprétés. Il nous faut arriver aux travaux de Frosch, entrepris sur les conseils de Koch et de Kutscher (dix-neuf observations), puis aux dix-huit observations françaises recueillies à l'hôpital Trousseau par MM. Barbier, Richardière et Ullmann, en collaboration avec M. Tollemer, chef du laboratoire de diphtérie de cet hôpital et par les élèves de M. Barbier, MM. Ch. Guyotte, A. Henry, et surtout E. Cocurat, pour voir enfin se dégager, aussi nettement, des observations cliniques elles-mêmes que des recherches de laboratoire entreprises par Cuoghi Constantini et Melin, ce fait nouveau si important que : dans les autopsies de cadavres de diphtériques, le bacille de Klebs-Lœffler se trouve très souvent dans les organes et le sang associé aux streptocoques ou aux staphylocoques.

1. Les cas de présence du bacille dans les poumons furent les premiers connus. Il en est fait mention, dès 1885, dans la thèse de Darier sur la broncho-pneumonie dans la diphtérie. Darier étudie d'abord 11 broncho-pneumonies par les méthodes histologiques, puis, la même année, 4 cas nouveaux par les cultures et isole 4 fois le streptocoque, associé deux fois à des staphylocoques et trois fois au bacille de Klebs-Lœffler. Netter, dans la broncho-pneumonie diphtérique, trouva constamment le streptocoque pyogène. Sa constance peut être, dit-il, érigée à l'état de règle; 4 fois sur 7, il obtint des cultures de bacille de Klebs-Lœffler. Flexner publie, en 1893, deux cas de broncho-pneumonie diphtérique : dans l'un, il trouva par les cultures et à l'examen direct le bacille dans le sang du cœur et dans les plus petites bronches, et dans le second le bacille en très petit nombre, associé à de très nombreux pneumocoques dans les alvéoles pulmonaires. Wright rapporte 13 cas de bacille dans les poumons; 10 fois il y avait broncho-pneumonie, cependant il ne lui semble pas que le bacille en soit l'agent. Belfanti note, sur 26 cas de broncho-pneumonie diphtérique, 21 fois la présence du bacille dans le poumon, 4 fois seul et 17 fois associé, le plus souvent avec le streptocoque, parfois avec le staphylocoque doré, rarement avec le bacille de Friedlaender. Le bacille de Lœffler ne manquait que 5 fois. D'après l'auteur, ce bacille seul, sans association, serait capable de causer la broncho-pneumonie, mais cependant, sur les coupes, il n'est pas toujours possible de le distinguer des streptocoques. En inoculant, sous la peau ou dans la trachée, des cobayes avec le bacille ou avec sa toxine, Belfanti reproduisit des broncho-pneumonies, mais sans pouvoir retrouver le bacille ou d'autres organismes.

En 1895, Ohlmacher publie l'observation d'un homme mort de pneumonie, à l'autopsie duquel il trouva un abcès du cerveau à pneumocoques, et dans le poumon, pas de diplocoques encapsulés, mais des bacilles diphtériques.

Kantack et Stephens, en 1896, sur 19 autopsies de cas cliniquement graves, trouvèrent 19 fois de nombreux bacilles dans les poumons, 13 fois, il y avait eu broncho-pneumonie et 14 fois croup, croup compliqué 12 fois de broncho-pneumonie. Les auteurs concluent à la nécessité d'une intervention sérothérapique énergique pour tenter de prévenir cette invasion si fréquente du poumon, parce que, disent-ils, si cet organe s'infecte, la quantité de poison devient énorme.

En 1897, Ehret signale dans les crachats, dans les cavernes et dans les poumons de diabétiques tuberculeux, des bacilles pseudo-diphtériques.

Récemment, Schütz, étudiant les crachats de 30 tuberculeux avec bacilles de Koch, nota 18 fois « des formes bactériennes analogues au bacille de Lœffler », dont une fois dans le tissu pulmonaire lui-même.

Lœffler avait déjà trouvé le bacille dans des coupes de poumons et obtenu des cultures avec la muqueuse stomacale, mais il estima qu'il y avait eu contamination post mortem et, en 1890, il répète ce qu'il avait déjà affirmé auparavant (1883) au congrès de Wiesbaden, que les bacilles se trouvent seulement dans les fausses membranes, et qu'ils ne passent ni dans le sang, ni dans les organes internes.

2. Escherich, 1896, signale la présence du bacille dans les reins de deux enfants ayant succombé à une angine diphtérique simple; Babès, dès 1889, avait vu deux cas de bacilles dans les organes associés avec d'autres micro-organismes; Kolisko et Paltauf (1889), une fois dans la rate.

Spronck, en 1890, rencontre le bacille dans la peau du cou à une certaine distance de la plaie chez les trachéotomisés. Howard étudie, en 1893, une endocardite ulcéreuse aiguë « due au bacille de Klebs-Lœffler » (?) chez un malade de 44 ans. A l'autopsie, il isola en culture pure de la rate, des reins, du foie, de la valvule mitrale, un bacille qui se

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 466

montra toutefois sans action pathogène pour le cobaye et le lapin. En 1894, Wright rapporte 14 autopsies où il trouva souvent le bacille dans les poumons, et de plus 3 fois dans le foie, 2 fois dans la rate, 5 fois dans les ganglions cervicaux ou bronchiques, 1 fois dans les reins, 1 fois dans le sang du cœur, 2 fois dans les ganglions mésentériques. Dans deux cas il l'isola de la muqueuse stomacale et une fois du tissu rétro-œsophagien. Outre la diphtérie, dans 7 de ces cas, il y avait septicémie streptococcique. Sur 160 cobayes injectés, l'auteur examina :

155 fois	le foie	et y rencontra	19 fois le bacille,
152 —	la rate	—	15 — —
151 —	les reins	—	4 — —
153 —	le sang du cœur	—	7 — —

Cependant, il ne pense pas que la présence du bacille dans les organes internes influe sur la marche clinique de l'affection. Dans tous les cas, on n'obtient que peu de colonies. Wright rapporte aussi un cas d'endocardite ulcéreuse aiguë et de tuberculose pulmonaire où il trouva sur les valvules des bacilles de Lœffler virulents, et dans le poumon des bacilles non virulents, sans que cette espèce fût présente dans le pharynx ou le larynx.

La même année, Booker rapporte une observation de fausses membranes du larynx, de la trachée et des bronches avec pharynx normal et présence du bacille dans la rate, les ganglions sous-maxillaires, le poumon, le sang du cœur; Fédérici signale le bacille dans le sang de 5 cadavres diphtériques.

Wright n'avait vu que 2 fois sur 14 le bacille dans la rate; en 1896, Kantack et Stephens le trouvent 10 fois sur 14 examens de rates; ils attribuent ce résultat à l'emploi d'un milieu de culture plus propice, à savoir du liquide d'ascite fortement alcalinisé et additionné de 5 p. 100 de glycérine, de 1 1/2 p. 100 d'agar et de 1 p. 100 de glucose. Dans tous les cas où il y avait du bacille dans la rate, on en trouvait aussi dans le poumon.

Martin a très souvent, aux autopsies, recherché les bacilles dans les voies respiratoires, en particulier dans le parenchyme pulmonaire, il les y a très souvent rencontrés; dans tous les cas il y avait une inflammation du poumon qui se présentait sous forme de broncho-pneumonie lobulaire. Plusieurs fois, c'est dans le poumon que Martin a rencontré la plus grande quantité de bacilles. Dans ces observations, il n'y avait pas de fausse membrane dans la gorge et très peu dans la trachée: c'est le parenchyme pulmonaire qui était le siège principal de l'infection. Martin pense même que, dans certains cas, le poumon peut être envahi primitivement et que la trachée et le larynx ne sont pris que secondairement. Méry (cité par Sevestre) a souvent trouvé le bacille dans les ganglions cervicaux et bronchiques.

G.-H. Lemoine rapporte un cas d'angine à bacille de Klebs-Lœffler chez un adulte paludique, où l'examen de la gorge avait montré des streptocoques, et où le sang de la cavité ventriculaire gauche, ensemencé à la dose de 5 centimètres cubes sur 8 tubes de sérum, donna à l'état pur sur un des tubes des colonies de bacille de la diphtérie.

3. Mais ce sont surtout les observations suivantes, au nombre de 47, qui prouvent la fréquence du passage du bacille dans les organes, et attirent l'attention sur son association constante dans ces cas avec des streptocoques ou des staphylocoques.

Frosch, dans 10 examens sur 15, constate la présence du bacille de Klebs-Lœffler, avec des streptocoques ou des staphylocoques dans les organes internes et le sang. Il employa les cultures et ensemençait la plus grande quantité possible d'organes, il faisait des prises en divers points de chaque organe.

Kutscher se servit du même procédé d'examen que Frosch pour étudier la répartition des bacilles dans les organes, et il les rechercha, de plus, par les méthodes histologiques (méthode de Gram modifiée). Sur 9 cas, il rencontra 8 fois le bacille dans les poumons, 3 fois dans des sécrétions laryngées, 4 fois dans la rate, 1 fois dans les reins; chaque fois accompagné de streptocoques ou de staphylocoques.

En 1896, Nowak, dans 22 autopsies pratiquées aussitôt que possible après la mort, isola, sur agar glycériné, 21 fois des streptocoques, 9 fois associés au bacille de Klebs-Lœffler virulent, et 1 fois au staphylocoque. Une fois à côté du streptocoque se trouvait un bacille morphologiquement semblable au bacille diphtérique, mais s'en distinguant par l'abondance de ses cultures, l'absence des formes d'involution spéciales et son innocuité pour le cobaye.

Puis, en un temps relativement court, nos maîtres de l'hôpital Trousseau, MM. Barbier et Tollemer, du 22 juin au 5 novembre 1897, observent 14 cas de bacilles dans les organes internes, et Richardière, Tollemer et Ullmann, 4 cas du 14 novembre au 11 décembre de la même année, toujours aussi il y eut association. Neuf des observations de M. Barbier sont étudiées au point de vue des hémorragies dans la diphtérie, par M. A. Guyotte (n°s 933, 947, 961, 992, 922, 960, 987, 1038, 1026); trois autres (922, 947, 960) sont étudiées, en temps qu'association streptococcique, à grands accidents septiques, par un autre de ses élèves, M. A. Henry; toutes ces observations françaises, au nombre de 18, sont résumées dans une belle étude d'ensemble, par M. Cocurat. Sur ces 18 observations, dans une seule (960), M. Barbier signale de l'anurie en même temps que le bacille et le streptocoque dans le poumon, les ganglions carotidiens, le bulbe, la protubérance, tandis qu'au contraire, les reins, le cerveau, le sang, la rate restaient stériles. C'est ce fait qui nous a engagé à relater une observation nouvelle, et il n'est peut-être pas sans intérêt d'ajouter que c'était la première fois que nous recherchions le bacille de Klebs-Lœffler à l'autopsie. *(A suivre.)*

CAPACITÉ NOURRICIÈRE

Par le docteur F. LEDÉ.

L'auteur, membre du comité supérieur de protection des enfants du premier âge, a fait à l'Académie de médecine une communication sur la *capacité nourricière* d'un département ou d'une commune. Ce terme est nouveau et étonne quelque peu à première lecture, il a pourtant un sens tout pratique et l'auteur définit ainsi la capacité nourricière : c'est l'aptitude pour une commune de rechercher ou d'attirer des nourrissons.

Il n'est pas étonnant que notre confrère ait continué ses recherches sur la protection de l'enfance et, en sociologie, il devait obtenir des résultats féconds et réels. Certainement, un jour on découvrirait une partie des raisons qui font qu'une commune ou une partie d'un département se livre à l'élevage des nourrissons, soit au sein, soit au biberon, et le docteur Ledé a posé les bases sociologiques de l'élevage. La plus importante est relative à la superficie moyenne de terrain occupée ou exploitée par chaque habitant d'une commune, la population et la superficie totale d'une commune donnent cette surface moyenne; d'autre part, le nombre des nourrissons placés librement par les parents fournit le troisième facteur qui permet d'obtenir l'indice sociométrique de la capacité nourricière d'une commune.

Tant que la superficie moyenne occupée par chaque habi-

tant n'est pas inférieure à 0 hect. 034, la commune sera apte à recevoir des nourrissons, et en recherchera. Si la superficie moyenne est inférieure à 0 hect. 034, la commune exportera des nourrissons, c'est ce qui est observé pour les parties centrales des grandes villes où la population atteint son maximum de densité.

L'indice sociométrique de la capacité nourricière sera donc élevé dans les grandes agglomérations (Orléans, 823,50; Lille, 289,286; Toulouse, 476,923), tandis qu'il diminuera avec l'augmentation de la superficie moyenne occupée par chaque habitant pour devenir presque nul lorsque cette superficie sera de 4 ou 5 hectares (Viervielle, 0,0006; Les Chatellières Notre-Dame, 0,0004).

Cette étude sociologique a des conséquences pratiques inéluctables qui doivent donner à la protection de l'enfance un nouvel essor. Puisque les enfants sont placés surtout dans les agglomérations, rien ne s'oppose alors à ce que les pouvoirs dirigeants exigent l'inspection médicale régulièrement instituée et surtout effective, la vaccination obligatoire des nourrissons, la stérilisation du lait, l'assistance médicale pour les soins aux nourrissons malades, si la nourrice ou les parents refusent d'y pourvoir; et enfin l'organisation des commissions locales de protection de l'enfance.

Que nous voilà loin des idées de jadis, où, lorsqu'on plaçait un enfant en nourrice, on croyait le confier à une femme habitant une chaumière, possédant une chèvre ou une vache et isolée dans la campagne. Cette fin de siècle nous réserve bien des surprises et nous enlève bien des préjugés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1899. — Présidence de M. Panas.

COMMUNICATIONS

A propos des bruits de peste à Paris. — M. Le Roy de Méricourt, en raison de la persistance avec laquelle on a prétendu que des cas de peste s'étaient produits à Paris, croit utile que l'Académie veuille bien éclairer l'opinion publique sur ce point.

M. Léon Colin est à même, en raison de ses fonctions de président du Comité des épidémies, de renseigner l'Académie à ce sujet.

Un haut fonctionnaire recevait, il y a une dizaine de jours, une lettre anonyme l'informant de la mort de cinq employés de la maison du Bon Marché et attribuant cette mort aux germes de peste introduits par des tapis d'Orient.

L'enquête faite immédiatement par M. le préfet de police lui permettait de démentir cette nouvelle. Il n'y avait eu, dans cet établissement, ni mort, ni malade.

Dans les visites que fit M. Colin depuis, à plusieurs reprises, à ce magasin, il put constater, à son tour, que l'état sanitaire en était demeuré parfait, aussi bien chez les employés manutentionnant les tapis (toujours passés à l'étuve d'ailleurs) que chez tous les autres.

Le médecin de la maison, M. Claisse, lui a, de plus, appris combien avaient été rares et exceptionnellement bénignes dans ce personnel, les atteintes de grippe qui, par l'apparition de quelques formes graves, auraient pu donner lieu à de nouvelles lettres anonymes aussi erronées, pour ne pas dire plus, que la précédente.

M. Colin pense que l'incident doit être considéré comme clos; en parler davantage serait peut-être donner satisfaction aux auteurs de semblables correspondances.

De la puériculture. — M. Pinard dit que, malgré les progrès réalisés, il reste un grand chemin à parcourir, avant que chaque femme enceinte reçoive l'assistance maternelle. La loi de 1893, qui assimile, au point de vue de l'assistance médicale, les parturientes aux malades — en supposant qu'elle soit appliquée partout — n'est qu'un rudiment, car elle ne vise que le moment de l'accouchement. Il y a donc là une lacune qu'un de nos confrères de Maule, M. Pecker, vient de combler avec un plein succès.

Il a créé l'assistance médicale à domicile avec les seules ressources du pays. Un mois avant l'accouchement, chaque femme est conseillée et guidée par des gardes de bonne volonté, recrutées dans la société locale, et très au courant de l'hygiène de la grossesse et de la première enfance. On prête le matériel nécessaire pour la pratique aseptique des accouchements; il en est de même du linge; mais chemises et layettes sont données en cas de nécessité. Après la délivrance, la femme est hygiéniquement surveillée pendant un mois, et une garde payée la remplace pendant ce temps-là dans les soins du ménage.

M. Pinard ne croit pas que l'on puisse voir une plus belle manifestation de solidarité sociale que cette Œuvre des dames maulaises, dont le tact et le dévouement font des « sœurs de la maternité ».

LECTURE

Sur quelques perfectionnements apportés au traitement de la scoliose par la réduction suivie d'immobilisation en bonne position. — M. Chipault lit une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de notre regretté Directeur ont eu lieu aujourd'hui mercredi, à midi, à Saint-Thomas-d'Aquin, au milieu d'une affluence considérable de confrères et d'amis.

— Par décret, en date du 26 avril 1899, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Audibert, Mainguy et Le Quinquis, en remplacement de MM. Quennec, Auzillon, démissionnaires, et Aunac, mis en non-activité.

— Par décision ministérielle, en date du 1er mai 1899, M. de Fornel, médecin en chef de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite à titre d'ancienneté de services et par application de la mesure sur la limite d'âge, à compter du 2 mai 1899.

— M. Dourtal, médecin de première classe, du port de Lorient, a été désigné au 3e tour pour embarquer sur le *Condor* (Crète), en remplacement de M. le docteur Casanova, qui termine le 13 mai courant deux années d'embarquement.

— M. Rolland, médecin de deuxième classe, du port de Rochefort, est désigné pour servir au 14e d'infanterie de marine au Sénégal, en remplacement de M. le docteur Mesny, qui termine le 12 juin prochain sa période de séjour colonial.

M. Rolland prendra passage snr le paquebot partant de Bordeaux le 2 juin prochain.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Bégouin est nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 16 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, à partir d'aujourd'hui, 49, rue Saint-André-des-Arts.

REVUE GÉNÉRALE

L'asthme des foins et les rhinites spasmodiques vaso-motrices.

Par le docteur J. MOLINIÉ (de Marseille).

Bien que l'asthme des foins soit à l'heure actuelle une maladie d'observation courante, et qu'un grand nombre de travaux aient été consacrés à son étude, l'activité des auteurs jointe à la richesse des matériaux n'a point abouti à l'établissement des notions définitives, à l'édification de théories incontestées.

Bien au contraire l'incertitude a paru subir une aggravation proportionnelle au nombre des auteurs qui ont voulu la dissiper, et dans le cadre de cette affection il n'est pas un coin qui ne soit matière à discussion. La pathogénie, l'étiologie et la symptomatologie de l'asthme des foins font l'objet de vives controverses, l'accord n'a pu intervenir sur le nom qu'il convenait de donner à cette manifestation morbide et, si on a fini par reconnaître ses droits au titre d'entité morbide, ce n'a été qu'à la condition de laisser dans l'ombre bien des attributs de sa personnalité.

De tous les problèmes dont foisonne cette étude, un d'entre eux s'impose d'emblée à notre examen, dont la solution constitue l'idée directrice destinée à coordonner ce travail.

C'est le rapport qu'il convient d'établir entre l'*asthme des foins* et certains autres phénomènes ayant avec lui de nombreuses analogies et que nous groupons sous la dénomination de *rhinites spasmodiques, vaso-motrices.*

Si l'on parcourt les définitions données de l'asthme des foins on voit que les auteurs dépeignent cette affection sous les traits suivants : *Un catarrhe aigu des muqueuses nasale, oculaire et bronchique, survenant périodiquement pendant la floraison des graminées.*

C'est dire que le retour périodique pendant la saison estivale constitue la condition *sine qua non* et l'essence même de l'affection.

Or, l'observation de tous les jours permet de reconnaître l'existence des phénomènes oculo-nasaux à type spasmodique, ne différant de l'*asthme des foins* que par l'absence de périodicité et de régularité saisonnière. Ces faits, connus par Guéneau de Mussy, ont été longuement étudiés par lui et décrits au côté de l'asthme des foins sous le titre générique de *rhino-bronchite spasmodique*; mais ils ont subi, depuis, le destin contraire et ont été rejetés de ce groupe pour occuper une place intermédiaire entre l'*asthme vrai* et l'*asthme des foins*.

Pour notre part, loin de vouloir ignorer l'existence de ces phénomènes, nous avons au contraire le désir d'en poursuivre l'étude parallèlement à celle de l'*asthme des foins*, avec l'intention de démontrer que les manifestations qui constituent ces deux ordres de phénomènes, ne constituent pas deux affections distinctes, mais deux formes d'une même affection que des lois identiques régissent et que dominent des influences communes.

I

Historique. — Heberdeen paraît être le premier auteur qui ait reconnu et signalé l'existence de l'*asthme des foins*, « un catarrhe aigu des muqueuses nasale, oculaire et bronchique, disait-il, revenant annuellement et durant un mois avec violence. »

Mais le premier travail d'ensemble est dû à Bostock, qui a tracé de l'affection un tableau descriptif peu modifié depuis. Ce n'est donc pas la *symptomatologie* de cette affection qui présente dans la succession des années quelques variations, c'est le destin des diverses théories pathogéniques qui accapare tout l'intérêt d'une étude historique.

I. Pendant toute une première période (1819 à 1860), de Bostock à Guéneau de Mussy, on considère l'asthme des foins comme une maladie saisonnière provoquée par certaines influences extérieures exerçant sur l'organisme une action pernicieuse, et selon la nature du facteur incriminé on créa une dénomination appropriée à l'influence causale admise.

Bostock, atteint de cette maladie lorsque les premières chaleurs de l'été apparaissaient, l'appelait *catarrhus æstivus*. Gordon (1829) qui était sensible à l'action du foin l'appelait *hay asthma*; Hliostson avait adopté le terme de

hay fever, Cheyne celui de *bronchorrhœa æstiva*, Hing celui de *summer æstiva*. Ces dénominations ne paraissant pas suffisantes, on créa celles de *pollen catarrh*, de *pollen poisonning*, de *peach cold*, *rose cold*, *ragweed fever*, etc. Cette terminologie indique d'abord que presque tous les produits de la végétation estivale étaient considérés comme des agents causaux, ensuite que les Anglais étaient presque seuls à connaître et à étudier cette affection.

II. En effet, les premiers travaux que l'on voit paraître en dehors de l'Angleterre portent une date postérieure. C'est seulement en 1862 que Phœbus fait en Allemagne la première mention de cette maladie.

En France, tandis que Straus (1872) conteste son existence, Guéneau de Mussy en fait une étude magistrale, pleine d'aperçus neufs et originaux. Il montre que les facteurs étiologiques incriminés jusqu'à lui n'ont qu'un rôle secondaire, et que la diathèse arthritique se retrouve à la base de toutes les manifestations. C'est encore lui qui met en relief les accidents sans périodicité et qui crée une dénomination dégagée de toute théorie préconçue, celle de *rhino-bronchite spasmodique*, servant à désigner tous ces phénomènes.

On peut dire que les travaux de Guéneau de Mussy ont exposé la question dans toute son ampleur, et que les auteurs qui l'ont traitée après lui ont souvent égaré la discussion ou bien l'ont ramenée sous un angle plus étroit.

III. C'est ainsi que, dans la période consécutive, la découverte d'un nouveau facteur étiologique prit une importance démesurée à laquelle on sacrifia toutes les notions jusque-là acquises et reconnues pourtant exactes. Dally (de Pittsburg) ayant reconnu que quelques malades atteints de l'asthme des foins étaient porteurs de lésions nasales, quelques auteurs en conclurent qu'il devait en être de même dans tous les cas. Les travaux de Hack, sur les rapports entre les névroses respiratoires et les lésions du nez, contribuèrent par leur retentissement à engager les esprits dans cette voie. La conséquence d'une pareille théorie fut de concentrer toute l'attention dans le nez et de diriger sur ce malheureux appendice toutes les ressources de l'art chirurgical.

IV. Une réaction était fatale; elle eut en France pour champion, MM. Leflaive, Dreyfus-Brisac, Lermoyez. Mais on peut dire qu'elle fut injuste et excessive, car ces auteurs nièrent les faits pourtant incontestables de guérison par un traitement nasal, et voulurent ensuite faire de l'asthme des foins une maladie salutaire et dyscrasique, une manifestation exclusive de l'organisme, à laquelle les influences extérieures étaient étrangères. Un d'entre eux considère même l'affection comme une maladie salutaire et providentielle destinée à libérer l'organisme des produits excrémentitiels.

Mais peu à peu, le calme se rétablit et à l'heure actuelle on n'est pas éloigné de s'entendre, en examinant sans parti pris tous les facteurs étiologiques, et en assignant à chacun d'eux la place exacte qui lui revient dans la genèse de l'affection. Les accès de rhinite spasmodique ont été l'objet de la part de Mac Donald (de Londres), John Mackenzie (de Baltimore), de Sajous (de Philadelphie), de recherches consciencieuses et éclairées. Dans cette voie, ils ont été suivis par Natier, Ruault, Joal, Moure, Garel, Vassal, et nous-même avons déjà consacré un premier travail à l'étude de cette affection. Il en est résulté une multitude de faits nouveaux permettant d'établir des théories non sur des vues de l'esprit, mais sur l'observation clinique.

II

Symptomatologie. — Vers la fin d'avril ou au commencement de mai, quelquefois à une époque plus tardive ou plus précoce, selon l'individu et selon le climat, le malade sujet à l'*asthme des foins* ressent quelques troubles prémonitoires précédant l'éclosion de la crise.

Tantôt c'est un picotement dans le nez, tantôt un peu de sécheresse dans la gorge, une brûlure dans les yeux, une sensation de froid à la pointe du nez (Mac Donald). D'autres fois on peut observer un léger malaise, un peu de céphalalgie sus-orbitaire, de pesanteur à la région frontale.

Puis à l'occasion d'une cause futile (promenade aux champs, exposition au soleil, ou impression sensorielle quelconque), survient un éternuement; un second apparaît aussitôt, puis un troisième, enfin une série ininterrompue. Nulle puissance ne peut juguler cet accès, ou même en modérer l'intensité. C'est en vain que le malade tente d'en arrêter le cours, en retenant sa respiration, en pinçant son nez, en fixant un objet quelconque, la série des éternuements se continue sans trêve, obsédante et tenace au point d'obliger le malade à abandonner ses occupations.

En même temps, les paupières se gonflent, les muqueuses s'injectent, la figure se congestionne, le nez devient turgescent et laisse écouler une sécrétion limpide et abondante.

Puis, après un délai variable, le calme se rétablit, les éternuements s'espacent et finissent par cesser. Mais la sécrétion peut persister profuse et séreuse, obligeant encore le malade à se moucher à tout instant; la quantité de mouchoirs ainsi mouillés devient prodigieuse, certains malades parlent de deux ou trois douzaines mises hors d'usage en une ou deux heures.

L'accès terminé, il reste un peu d'obstruction nasale, un peu de rougeur des conjonctives, de pesanteur dans la tête, mais le plus souvent aucun trouble grave ne persiste.

Chez quelques sujets, l'asthme des foins peut prendre un caractère de gravité plus considérable par l'adjonction, aux symptômes oculo-nasaux, de troubles respiratoires. Après quelques éternuements apparaît une dyspnée respiratoire considérable, une oppression bronchique angoissante.

En un mot, les crises d'asthme font suite aux éternuements et augmentent d'intensité pendant que s'atténuent les autres symptômes; généralement les troubles asthmatiques sont de gravité moyenne et de courte durée, et s'apaisent assez rapidement; point digne d'intérêt, ces phénomènes n'apparaissent jamais d'emblée et sont toujours précédés d'éternuements; ils ne débutent pas pendant la nuit.

Que l'on ait affaire à la forme oculo-nasale ou à la forme bronchique, l'asthme des foins est constitué par l'ensemble de ces crises, et leur répétition pendant la période estivale constitue toute la maladie. Ces accès peuvent varier de fréquence et d'intensité, quelquefois ils apparaissent tous les trois ou quatre jours, d'autres fois plus souvent, et laissent généralement après eux un peu d'enchifrènement et d'obstruction aux fosses nasales. Les crises peuvent être très pénibles, et au contraire très bénignes chez d'autres sujets.

On ne peut absolument pas prévoir le moment où se reproduisent les accès, ni déterminer la règle qui préside à leur apparition, mais cependant quelques malades ont pu saisir les circonstances qui favorisent leur éclosion.

Quelques-uns incriminent la lumière solaire, d'autres sont pris en traversant un champ, d'autres en respirant des plantes fraîches ou plus particulièrement l'odeur des foins.

Les graminées sont considérées comme les plantes les plus nocives et c'est le pollen de ces fleurs qui joue le rôle prépondérant. Blackley sur sa propre personne et sur un certain nombre de personnes a reproduit des accès en agitant à leur insu dans une pièce fermée des plantes de cette famille.

Mais on ne saurait attribuer ce rôle exclusivement à cette famille, d'autres agents végétaux ont sur certains sujets une influence qui a été prouvée d'une façon aussi démonstrative. Le lis, la lavande, les roses, le muguet, les fleurs de pêcher, d'amandier provoquent respectivement chez certains sujets les accès d'asthme des foins. L'absinthe romaine (*artemisia grandifolia*) est particulièrement redoutée. En Amérique, indépendamment des produits de la végétation certains malades accusent la fumée, l'odeur du chemin de fer, la lumière intense, la poussière, d'être des agents provocateurs, tandis que la pluie aurait selon eux un rôle modérateur.

Certains malades tâchent de se soustraire à cette action, en fuyant ces circonstances nuisibles. Les changements de climat sont souvent favorables, surtout le séjour dans des endroits élevés. La *durée* de l'asthme des foins est très variable, certains sujets en souffrent pendant trois semaines, mais la généralité pendant un mois et demi; nous avons connu des malades qui étaient sujets aux crises pendant cinq mois. Mais en dehors de cette période les malades jouissent d'une immunité absolue et sont absolument à l'abri des crises jusqu'à la saison estivale suivante.

Ce phénomène, qui a été invoqué pour fixer l'autonomie de l'*asthme des foins*, n'a qu'une valeur relative, car si les sujets voyagent et vont dans une contrée pendant la saison printanière, ils s'exposent à éprouver une fois de plus les crises d'asthme des foins.

Symptomes objectifs. — On a prétendu que les malades étaient porteurs de lésions nasales et qu'il y avait un lien de causalité entre les lésions et les phénomènes observés. Nous pensons que cette affirmation est moins la conséquence d'une observation consciencieuse qu'un pressant désir de justification doctrinale.

Dans un précédent travail, nous avons rapporté 37 observations d'asthme des foins, tous les malades qui en font l'objet ont eu leurs fosses nasales examinées, sur ce nombre 14 seulement étaient porteurs de lésions nasales.

En réalité, la moitié à peine des malades présente des altérations objectives du nez, dont voici par ordre de fréquence l'énumération : hypertrophie des cornets, déviation de la cloison, oblitération de l'orifice postérieur des fosses nasales, présence de polypes, végétations adénoïdes.

Pour les malades atteints de la forme asthmatique, on peut constater pendant la crise des râles sibilants ou ronflants, généralisés à toute la poitrine; les lésions caractéristiques de congestion peuvent coexister ou préexister à l'asthme des foins, mais n'ont pas d'influence sur la reproduction des accès; par contre, elles peuvent subir une aggravation passagère ou durable consécutive à l'asthme des foins.

Du côté des urines on a noté des modifications dans la quantité et la composition de cette sécrétion. Malheureusement les observations sont peu nombreuses parce que la plupart des malades sont des citadins occupés par leurs affaires, qui ne consentent guère à recueillir les urines pour les soumettre à l'examen.

Les faits les plus intéressants ont été rapportés par Leflaive qui a fait les remarques suivantes. La quantité d'urine excrétée diminue dans une proportion notable; de 1500 à 1800 grammes elle tombe à 1000 et 1200; l'urée qui était de 30 à 35 grammes descend à 24 et 29, de plus on note pendant les crises la présence de l'indican.

Sans vouloir tirer de ces faits des conclusions en faveur d'une théorie, on ne peut nier que ces constatations sont très intéressantes, et il serait désirable que ces recherches dans ce sens soient reprises.

Rhinites spasmodiques, vaso-motrices. — Le début de cette affection se fait brusquement, en pleine santé; sous une influence, tantôt connue, d'autres fois simplement soupçonnée ou même absolument ignorée, le sujet prédisposé ressent quelques sensations intra-nasales, suivies d'éternuements. Ceux-ci d'abord isolés se multiplient, s'appellent les uns les autres, deviennent de plus en plus fréquents, de plus en plus violents. En même temps, un flux séreux abondant s'écoule du nez, augmente par la sécrétion lacrymale qui prend une proportion exagérée. Le nez devient rouge et congestionné, les fosses nasales s'obstruent, les muqueuses s'injectent, les yeux sont larmoyants. Ces troubles durent 10, 20, 30 minutes ou même une heure et plus suivant le sujet. Peu à peu, les éternuements s'espacent et finissent par cesser. Les autres symptômes peuvent disparaître aussi soudainement qu'ils étaient venus. Mais quelquefois la sécrétion nasale persiste, abondante et limpide.

Beaucoup de malades traduisent cet état en disant qu'ils sont atteints d'un rhume de cerveau subit, débutant par des éternuements, mais remarque importante, la sécrétion nasale ne prend pas l'aspect muco-purulent qui caractérise le coryza habituel au moment de sa terminaison.

Si dans la majorité des cas tout se borne à ces symptômes, il arrive quelquefois que les crises ne se terminent pas d'une façon aussi simple. Certains sujets éprouvent de l'oppression bronchique, tantôt à un faible degré, tantôt d'une façon intense. En réalité on observe des accès d'asthme succédant aux accès d'éternuements.

Environ un septième des malades est atteint de la forme asthmatique. Comme on peut s'en rendre compte, la caractéristique de ces accès rentre d'une part dans leur soudaineté, de l'autre dans leur fugacité. Leur retour n'est soumis à aucune loi, leur apparition échappe à toute fixité, défie toute prévision.

Néanmoins quelques malades connaissent les circonstances qui entourent chez eux l'éclosion de la crise. Souvent c'est à l'occasion d'une promenade aux champs, en allant à la chasse, en traversant une prairie que l'accès éclate; ou bien c'est la senteur de quelques fleurs (lis, muguet, lavande), ou de fruits (coings, raisins), qui excite les éternuements. Chez d'autres sujets l'éclat de la lumière solaire fait surgir la rhinite spasmodique avec son cortège de symptômes vaso-moteurs. L'un d'eux ne peut aller sur une route blanche, sans être pris aussitôt. Un autre est atteint par la réverbération du soleil sur un mur blanc en face de la pièce où il travaille; un officier de marine m'a déclaré ne pouvoir faire le point, car en fixant la lune sur l'horizon pour saisir la hauteur du soleil, il est pris d'éternuements, aussitôt que les premiers rayons pénètrent dans son œil.

Les variations de la température sont les causes les plus fréquentes de pareils accès; chez les uns, la sensation de chaleur les fait naître; chez d'autres c'est l'impression du froid. En entrant dans une salle de spectacle, l'atmosphère surchauffée peut saisir le sujet et faire éclater l'accès; inversement, certains malades sont atteints en se déshabillant ou bien au sortir du lit; le fait de passer d'une pièce chaude dans une pièce froide produit les mêmes effets.

Les changements atmosphériques peuvent être bien nocifs, le vent du sud est incriminé par certains sujets; la température fraîche est généralement favorable.

Toute impression capable d'atteindre l'organisme par une voie sensorielle ou sensitive quelconque peut donner naissance aux troubles spasmodiques.

Tantôt c'est du côté de la muqueuse nasale que porte l'impression. Beaucoup de sujets incriminent la poussière; un professeur de mathématiques était pris lorsqu'on agitait le torchon destiné à essuyer le tableau noir et qui était imprégné de particules de craie; pour d'autres personnes la poudre de riz en suspension dans l'air est la cause des accès, tandis que le fait de se trouver dans un appartement où les poussières sont soulevées donnent lieu aux mêmes phénomènes.

Les odeurs sont incontestablement la cause d'accès intenses; les parfums, les essences, rose, foin coupé, violette, chypre, corylopsis, peuvent donner lieu à des crises.

D'autres fois, ce sont des odeurs pharmaceutiques, le camphre, l'ipéca, la poudre d'héliotrope; citons encore l'odeur des vieux livres, de la corne brûlée, etc.; les odeurs minérales, pétrole, gaz d'éclairage.

Les impressions tactiles peuvent produire les mêmes effets, les attouchements, le passage d'une main au-devant du nez, la respiration sur la figure de personnes étrangères; le choc, le fait d'introduire le spéculum dans les narines, ont été tour à tour incriminés par des sujets différents.

Voici une observation démontrant l'influence des stimulations cutanées dans la production de la rhinite spasmodique. Une de nos malades atteinte de rhinite spasmodique, après avoir fait une toilette élégante, finit par reconnaître que les crises étaient provoquées par les faux cheveux qu'elle mettait sur le front, et les crises qui avaient résisté à tous les traitements disparurent après la suppression de cette pratique.

L'ingestion d'aliments peut provoquer des phénomènes semblables; nous avons rapporté antérieurement un cas où les accès suivaient l'ingestion de fraises; dans la famille du malade, deux autres sujets étaient atteints d'éternuements en mangeant, l'un des cerises, l'autre de l'oseille fraîche ou préparée.

Natier rapporte une observation de rhinite spasmodique due également à l'ingestion de fraises.

Les émotions peuvent donner naissance à des phénomènes semblables; une frayeur, la vue d'un objet répugnant, d'un animal malfaisant sont des causes signalées par quelques auteurs.

La crainte, l'appréhension, l'exemple, les impressions psychiques sont des causes qu'on ne peut mettre en doute.

Un de mes malades faillit être refusé au baccalauréat ès sciences, parce que, embarrassé par la question de l'examinateur, il se mit à éternuer pendant vingt minutes sans pouvoir répondre.

Les images visuelles rappelant le souvenir de la cause incriminée peuvent provoquer les accès. On connaît l'histoire de cette jeune fille qui, voyant au salon un tableau représentant une coupe de foin, fut prise d'un accès comme elle en avait lorsqu'elle se trouvait dans un champ.

Mac Donald rapporte l'observation d'une dame qui était prise d'accès en respirant l'odeur des roses, et chez laquelle on provoqua une crise en montrant une rose artificielle.

C'est à une impression psychique que doit être rapportée la cause des soi-disant cas de contagiosité de la rhinite spasmodique. Lorsque plusieurs personnes sujettes à cette affection se trouvent réunies, et que l'une d'elles prend un accès, il n'est pas rare de voir les autres éternuer à leur tour de la même manière.

Si certains sujets ont pu reconnaître l'influence de certains facteurs, d'autres sont, au contraire, dans l'ignorance la plus complète des causes de leurs accès.

La grande caractéristique de ces phénomènes de rhinite spasmodique réside dans leur irrégularité et leur fugacité; parfois, cependant, le retour des phénomènes peut prendre quelquefois un certain caractère de périodicité. Un de nos malades était pris *tous les soirs* à la même heure, et la crise disparaissait pendant la nuit. Dans un autre cas, le sujet faisant une promenade à la campagne tous les dimanches, avait une rhinite *hebdomadaire*.

Un droguiste recevant tous les ans des roses de Provence, influencé par l'odeur des roses, était pris d'une rhinite *annuelle*.

La durée des accès est très variable : de quelques minutes chez certains sujets, elle peut être de plusieurs jours chez d'autres, et même (exceptionnellement) de plusieurs semaines.

La sensibilité du patient aux sources d'irritations, aussi bien que l'intensité et la durée des excitations, impriment aux crises leur caractère de stabilité ou de fugacité.

Les conséquences sont généralement nulles et, la sécrétion tarie, l'organisme retrouve la santé parfaite. Chez les nerveux, il peut persister un peu de dépression mentale ou cérébrale, mais ces phénomènes eux-mêmes sont transitoires.

Symptomes objectifs. — L'examen du nez, durant l'attaque, montre une congestion de la muqueuse, caractéristique de tout catarrhe aigu. En dehors des crises, on a signalé (Mac Donald) la pâleur des cornets inférieurs, mais aussi, dans quelques cas, des lésions analogues à celles que nous avons relatées dans l'asthme des foins, c'est-à-dire hypertrophie des cornets, polype, déviation de la cloison, etc.

III

Étiologie. — Les chapitres précédents ont déjà mis en lumière un grand nombre de facteurs étiologiques. Dans ce chapitre, nous les grouperons pour en faire, après une vue d'ensemble, l'examen individuel.

Nous voyons qu'ils sont de deux ordres : 1° facteurs intrinsèques; 2° facteurs extrinsèques.

Parmi les premiers, citons : la *race*. On sait aujourd'hui que toutes les races, y compris la race nègre, peuvent souffrir de cette maladie.

Le *sexe*. — Tous les sexes paient leur tribut aux rhinites spasmodiques, le masculin cependant dans une plus large mesure.

Diathèse arthritique. — La plupart des malades sont des arthritiques au sens large du mot; on peut observer différentes manifestations de cette diathèse selon les sujets. Chez

l'un on rencontre le rhumatisme, chez l'autre les coliques hépatiques, la goutte, le diabète, l'urticaire, la gravelle, l'eczéma, etc.

Ainsi s'explique le fait que l'asthme des foins et la rhinite spasmodique ne s'observent que dans une certaine classe de la société, et que les populations rurales et ouvrières en sont exemptes.

Les *neurasthéniques* payent un large tribut à l'affection, et par contre, les grandes névroses (hystérie, hystéro-épilepsie, etc.) prémunissent contre l'asthme des foins (Joal).

L'*hérédité* de la diathèse arthritique entraîne l'hérédité de l'asthme des foins. On retrouve, en effet, chez les ascendants et les collatéraux, des manifestations spasmodiques qui peuvent prendre l'allure périodique ou irrégulière d'un sujet à l'autre.

Lésions nasales. — Celles-ci se retrouvent dans la moitié des cas, qu'il s'agisse d'asthme des foins ou de rhinite spasmodique intermittente.

Hyperesthésie nasale. — On a signalé la sensibilité anormale et exagérée de la muqueuse nasale chez les malades atteints d'asthme des foins (Moure, Ruault, Natier), cette hyperesthésie peut être diffuse ou localisée à certaines zones.

Hyperesthésie de la zone du trijumeau. — Cette anomalie de sensibilité n'est pas localisée simplement à la muqueuse nasale, mais peut s'étendre à tout le domaine innervé par le trijumeau.

Facteurs extrinsèques. — Citons parmi eux les agents extérieurs suivants :

Influences cosmiques, dont l'action, quoique obscure, est si manifeste : les climats tempérés favorisent l'éclosion des accès ; le froid et la grande altitude les font disparaître.

La *lumière*, la *chaleur*, les *poussières* ont un rôle causal que nous avons signalé au chapitre de la symptomatologie.

Agents végétaux. — Ceux-ci ont paru, à un moment, dominer toute l'étiologie de l'*asthme des foins* et des *rhinites spasmodiques*, il paraissait même que dans le règne végétal, l'influence du *pollen* eût un rôle non seulement prépondérant, mais exclusif. Blackley a démontré que les *inhalations de pollen* produisaient, chez lui et chez certains malades, des accès dont l'intensité était proportionnée à la quantité de *pollen* répandue dans l'atmosphère. Cependant, bien des malades échappent à l'influence de cet agent.

Toutes les plantes qui fleurissent au printemps peuvent avoir une action nocive : la rose, la fleur de pêcher, le lis, la lavande, le muguet, l'absinthe romaine, provoquent individuellement, chez certains malades, des crises régulières ou sans périodicité.

Les plantes sèches, les poudres odorantes ont la même action, et nous avons connu des malades atteints sous l'influence de l'iris, de lycopode, du camphre, de l'héliotrope, du foin sec.

Les odeurs ont un effet semblable, parmi elles citons : les essences les plus diverses, les odeurs animales, les viandes faisandées, la corne brûlée, les odeurs du règne minéral : gaz d'éclairage, pétrole, goudron, éther, phénol, etc. En résumé, une impression *olfactive* quelconque peut, chez un sujet prédisposé, être le point de départ d'une crise spasmodique.

Traumatismes, excitations cutanées. — L'influence de ces circonstances a été signalée dans la symptomatologie, et constitue avec les *émotions*, les *influences psychiques*, des causes occasionnelles très puissantes.

L'*ingestion d'aliments* peut (quoique plus rarement) provoquer les accidents. Les fraises et l'oseille restent jusqu'ici les seuls aliments dont l'action nocive ait été constatée. Il s'agit, dans ces derniers cas, d'accès à origine gastrique, n'ayant qu'une vague ressemblance avec les cas d'origine gustative ou olfactive, dans lesquels les accès sont consécutifs à la gustation de soupe trop chaude ou de liqueurs (kirsch, kummel, chartreuse, vermouth). Telles sont les circonstances qui favorisent l'apparition de l'asthme des foins et des rhinites spasmodiques. Nous pouvons insister sur ce fait que la diathèse est la même dans tous les cas, et que les causes occasionnelles sont communes aux deux affections.

Nous avons maintenant les bases nécessaires à une étude comparative entre l'asthme des foins et les rhinites spasmodiques et nous pouvons en commencer la discussion.

Parallèle entre l'asthme des foins et les rhinites spasmodiques. — Doit-on séparer l'asthme des foins des autres formes de rhinite spasmodique irrégulière, et les considérer comme deux maladies distinctes ?

Oui, répond la majeure partie des auteurs français (Leflaive, Lermoyez, Ruault, etc.). « Le soleil, la poussière ne suffisent pas à créer le rhume des foins, et lorsqu'ils déterminent les accidents analogues, on peut être sûr qu'il ne s'agit pas de rhume des foins véritable, mais d'hyperexcitabilité réflexe nasale, banale, simulant une affection dont elle est très différente » (Ruault). A l'appui de cette manière de voir, les séparatistes font valoir les arguments suivants :

1° L'asthme des foins est une maladie annuelle, apparaissant périodiquement avec une invariable fixité ; la rhinite spasmodique est, au contraire, sujette à la récidive et apparaît à des dates indéterminées.

2° La durée de l'asthme des foins est de quelques semaines, et son allure peut rappeler celle des maladies cycliques ; les accès de rhinite spasmodique sont, au contraire, caractérisés par la soudaineté et la brièveté.

3° Les circonstances étiologiques sont difficiles à saisir dans l'asthme des foins, elles semblent procéder d'une puissance occulte et mystérieuse, tandis que l'apparition des rhinites spasmodiques est souvent liée à une influence causale nette, précise, saisissable. A ces trois arguments on peut opposer la réfutation suivante :

La périodicité, pour être habituelle dans l'asthme des foins, n'est cependant pas absolue.

La *durée* de l'asthme des foins n'est pas non plus un caractère différentiel, puisque, pouvant être très courte dans cette affection, elle peut être très longue chez certains sujets atteints de rhinite spasmodique.

Enfin, si les circonstances étiologiques ne sont pas absolument identiques, elles sont tout au moins de même nature et s'exercent sur des organismes prédisposés à ces accidents par la même diathèse.

D'ailleurs, ces arguments des dualistes ont un commun défaut : ils prennent pour base d'individualité, des caractères qui ne sont pas véritablement intrinsèques, qui ne sont que des modalités de l'affection, au lieu d'en être l'essence même.

Pour comparer ces deux affections, il faut étudier les symptômes et les manifestations morbides en elles-mêmes, plutôt que le moment où elles se produisent. Nous voyons alors que, abstraction faite du temps et du lieu, les phénomènes offrent une similitude absolue. Les accès déterminent la congestion des conjonctives, la rhinorrhée séreuse

existe dans les deux affections avec le même caractère de spasmodicité, et en outre les troubles d'oppression bronchique viennent dans une égale proportion compliquer les symptômes oculo-nasaux.

L'étiologie permet de relever les mêmes facteurs : âge, sexe, diathèse, lésions nasales, influences cosmiques, et il est permis de penser que ces éléments communs, donnant lieu à des symptômes identiques, n'ont pas pour résultat de créer deux maladies distinctes.

En faveur de l'unité des deux affections, on peut dire encore qu'il n'existe vraiment pas de limite de séparation entre l'asthme des foins et les rhinites spasmodiques, car, si les cas extrêmes sont nettement tranchés, certains cas de transition ne peuvent être placés avec plus de raison dans un groupe plutôt que dans l'autre.

L'unité des rhinites spasmodiques nous paraît suffisamment établie par ces raisons. Il y aurait donc avantage à supprimer le terme d'*asthme des foins*, qui ne s'applique qu'à une partie des phénomènes, de même que les dénominations de *rhume des foins*, *asthme d'été*, *hay asthma*, *hay fever*, etc. qui préjugent la nature de la maladie ou veulent établir le bien fondé d'une théorie.

Il serait avantageux de leur substituer le titre générique de *rhinite spasmodique*, et de distinguer la forme *périodique* et la forme irrégulière ; outre que cette dénomination serait plus rationnelle, elle serait un hommage rendu à Guéneau de Mussy, d'autant plus légitime que cet auteur a fait connaître le premier la signification des phénomènes et en a discerné la portée.

IV

Pathogénie. — Les diverses opinions exprimées peuvent se ramener à quatre théories :

A. Théorie pollénique. — Soutenue par Blackley, qui considère l'asthme des foins comme une réaction de l'organisme aux inhalations de pollen. Nous avons vu que certains sujets échappent à l'action de cet agent et par là même infirment la théorie.

B. Théorie microbienne. — Exposée par Helmholtz, qui découvrit l'existence dans le nez de vibrions. Ceux-ci, hôtes habituels des fosses nasales, devaient acquérir, sous l'influence des premières chaleurs, une activité et une nocivité qui se traduisaient par les phénomènes d'asthme des foins. En même temps qu'il découvrait les vibrions, Helmholtz leur opposait les injections de quinine dans le nez.

Après lui, Patton, du Mississipi, et Binz ont tenté de renouveler ces expériences. Cornil et Chatellier, en France, ne sont pas éloignés de cette manière de voir, basée, selon eux, sur l'examen de pièces histologiques. Disons que l'isolement et la nature de ces micro-organismes n'ayant pas été obtenus, il serait prématuré de leur attribuer un rôle pathogénique quelconque.

C. Théorie arthritique. — Guéneau de Mussy, qui en est l'auteur, démontra le premier que la rhinite spasmodique était une manifestation de la diathèse arthritique, mais tout en attribuant à cette diathèse un rôle prépondérant, il ne niait pas l'influence des circonstances extérieures.

Par contre, certains auteurs français, particulièrement M. Leflaive, ont voulu faire de l'asthme des foins une maladie exclusivement dyscrasique, à laquelle aucun agent extérieur ne servait de point de départ.

D. Théorie nasale. — Daly (de Pittsburg), auteur de cette théorie, fit dépendre les phénomènes d'une lésion nasale. Cet auteur pense que la compression des extrémités nerveuses pruduite par leur contact avec d'autres portions des fosses nasales, leur donne une sensibilité anormale, cause initiale des phénomènes. Cette manière de voir était appuyée aussi sur les résultats favorables fournis par un traitement local.

Ces quatre théories contiennent chacune une part de vérité, mais ne peuvent individuellement s'appliquer qu'à un nombre limité de cas; nous allons essayer, en conciliant toutes les opinions émises, de formuler une théorie capable de fixer la signification des phénomènes, et de montrer le lien qui coordonne leur évolution.

A. Tout d'abord nous allons examiner une à une les manifestations dont l'ensemble constitue la *rhinite spasmodique*. Nous voyons aussitôt que les altérations pathologiques sont nulles et que les troubles sont purement fonctionnels, que les symptômes observés se réduisent à trois principaux : l'*éternuement*, le *larmoiement*, la *rhinorrhée*, auxquels vient parfois s'adjoindre un quatrième : l'*asthme*.

Or, ces quatre phénomènes sont des phénomènes réflexes, et en outre le point de départ de ces réflexes réside le plus souvent dans la muqueuse nasale.

Cela est manifeste pour l'éternuement, le larmoiement et la sécrétion nasale, il suffit de chatouiller la pituitaire, de priser une poudre irritante, pour provoquer chez un sujet normal une crise ébauchée de rhinite spasmodique.

Mais pour l'asthme, peut-on admettre l'origine nasale ou réflexe? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. Les travaux de Stock ont assez mis en relief les cas d'asthme liés à une lésion nasale, chacun de nous a assez souvent rencontré des malades ayant de l'oppression bronchique lorsque leur nez s'obstrue. Les expériences de Julius Lazarus démontrent expérimentalement ce fait et prouvent surabondamment l'origine nasale de l'asthme. (Cet auteur curarise et trachéotomise un chien; fait la respiration artificielle. Si on irrite les cornets, on constate une résistance à la pénétration de l'air. La section des vagues fait cesser la résistance, l'irritation du bout périphérique la reproduit.)

Dès lors nous pouvons comprendre qu'une multitude de personnes peuvent être atteintes de rhinite spasmodique par suite d'une impression produite sur la muqueuse nasale.

Mais en dehors de cette catégorie de malades, il en existe un plus grand nombre dont les accès sont liés à une cause occasionnelle extra-nasale. Comment se produit la manifestation morbide?

Certains auteurs pensent que les excitations étrangères à l'organe nasal viennent s'y répercuter, qu'elles produisent l'érection du tissu caverneux et que cette modification secondaire devient le point de départ des accès.

Une expérience de Féré vient appuyer cette opinion; la voici rapportée en quelques mots : certaines personnes sont atteintes d'éternuements sous l'influence de la lumière solaire. On avait pensé jusqu'ici que les nerfs ciliaires véhiculaient l'impression au cerveau, et constituaient la voie centripète du réflexe. Il n'en est rien. La lumière vive produit une sécrétion lacrymale abondante, cette sécrétion en pénétrant dans le nez produit un chatouillement de la muqueuse nasale, dont le résultat est de provoquer l'éternue-

ment. A l'appui de sa démonstration, M. Féré s'expose à la lumière intense après avoir fixé par une pince les points lacrymaux, l'action de la lumière est alors nulle. Mais si on enlève les pinces, il se produit un éternuement dû à l'irruption des larmes dans les fosses nasales. L'éternuement est donc, dans le cas présent, la résultante d'une double action réflexe. Cette double action réflexe serait, selon certains auteurs, mise en marche dans les cas de rhinite spasmodique à cause initiale extra-nasale.

B. En réalité ce mécanisme n'a été prouvé que pour un cas spécial, et on ne saurait sur un fait particulier baser une théorie générale. D'ailleurs cette condition n'est pas indispensable pour expliquer ces phénomènes.

Les observations et l'expérimentation démontrent à tout instant que les phénomènes réactionnels identiques dans le domaine d'un nerf n'ont pas pour condition nécessaire un simple réflexe toujours le même. Les vomissements sont dus aussi bien à des troubles gastriques qu'à des images visuelles, le vertige peut être provoqué par des lésions de l'oreille aussi bien que par un trouble stomacal, les convulsions peuvent avoir pour origine un trouble intestinal aussi bien qu'une méningite.

Mais ce n'est pas tout, l'observation expérimentale va plus loin, elle permet de constater d'autres phénomènes plus importants concernant les impressions centripètes. Une impression périphérique peut cheminer dans le domaine nerveux qui lui est propre, sans provoquer de réaction dans ce domaine, et faire éclater des phénomènes violents lorsque par son irritation elle atteindra des noyaux particulièrement irritables. Ce phénomène, désigné sous le nom « d'enjambement nucléaire » (P. Bonnier), rend très bien compte des circonstances en apparence contradictoires qui entraînent l'apparition des accès spasmodiques.

D'un côté, en effet, on sait que, chez les neuro-arthritiques, certains noyaux de substance grise, entre autres les noyaux du pneumo-gastrique et du trijumeau, sont particulièrement irritables; on connaît de l'autre les nombreuses relations de ces centres avec les nerfs craniens, avec les ganglions sympathiques et aussi avec les nerfs rachidiens par l'intermédiaire de la moelle.

Des fibres commissurales unissent l'olfactif, l'optique, l'auditif, au trijumeau et au pneumo-gastrique, des faisceaux blancs font communiquer les masses grises de la moelle avec les noyaux bulbaires, ceux-ci sont en outre en étroit rapport de continuité et de contiguité, si bien qu'une irritation peut aisément irradier de l'un vers l'autre. On voit par là combien nombreuses et variées peuvent être les voies centripètes, et combien multiples sont les sources d'un même réflexe. Que ce soit l'éclat d'une lumière intense, l'irritation mécanique de la muqueuse nasale, ou une odeur particulière; que ce soit une impression périphérique ou un trouble psychique ou même une sensation mal définie de la vie de relation qui constitue la cause initiale des accès, c'est toujours dans les noyaux du trijumeau ou du pneumo-gastrique que ces variations iront retentir et produire leur maximum d'effet.

C. Ces nerfs de la septième et neuvième paire sont incontestablement les deux grands vecteurs des impressions centrifuges, et dans leur sphère d'innervation sont localisés la pluralité des phénomènes. Le trijumeau, par les fibres sécrétoires qu'il contient, tient sous sa dépendance le larmoiement et la rhinorrhée, tandis que le pneumo-gastrique est le principal agent qui met en jeu les nombreux muscles concourant à l'acte physiologique de l'éternuement et au réflexe de l'asthme bronchique.

Mais certains auteurs pensent, en outre, que les ganglions sympathiques supérieurs interviennent dans la production des phénomènes sécrétoires. Les connaissances physiologiques, concernant l'action de ces nerfs, permettent d'admettre cette opinion comme vraisemblable, mais la façon dont intervient le grand sympathique reste néanmoins problématique.

Physiologiquement, ce nerf exerce une action vasoconstrictive lorsqu'il est excité; or dans l'espèce son excitation donnerait lieu à des résultats contraires à ceux de l'expérimentation, puisque les troubles se traduisent par un excès de sécrétion. Aussi, certains auteurs pensent-ils que les fibres vaso-dilatatrices sont seules excitées, tandis que d'autres (John Mackenzie, Sajous) pensent que le ganglion sympathique supérieur est frappé d'inhibition, puisque les phénomènes observés sont semblables à ceux qui résultent de sa section.

Quoi qu'il en soit du mode d'intervention de ce nerf, nous pensons avoir expliqué, d'une part, la sélection arthritique et la multiplicité des causes occasionnelles, par notre théorie que nous pouvons ainsi résumer : *Le syndrome de la rhinite spasmodique est constitué par un ensemble de phénomènes réactionnels vaso-sécrétoires, éclatant à l'occasion d'une excitation périphérique ou centrale, chez des sujets atteints d'irritabilité nucléaire du fait de la diathèse arthritique.*

V

Traitement. — Le traitement de diverses formes de rhinites spasmodiques doit s'inspirer des conceptions pathogéniques énoncées plus haut, et tâcher de rompre quelques chaînons de ce cercle pathogénique, qui va de l'impression initiale à la manifestation morbide.

Il est de toute nécessité de lutter d'abord contre la diathèse, et de modifier l'arthritisme dans son essence et ses manifestations.

Chez les pléthoriques, on prescrit une hygiène alimentaire sévère, la suppression des boissons alcooliques, la ration des aliments, les exercices modérés, les purgatifs et les émissions sanguines.

Les eczémateux pourront être soulagés par l'administration interne de l'arsenic, aux goutteux il faut ordonner le colchique et insister sur une thérapeutique hygiénique spéciale.

Aux névropathes on prescrira les reconstituants, les glycéro-phosphates, l'extrait fluide de kola, le valérianate d'ammoniaque.

Les saisons thermales complètent utilement la thérapeutique et la diététique déjà instituées. On prescrira les eaux du Mont-Dore, de la Bourboule, d'Uriage, de Brides, de Néris, selon que l'on se trouvera en présence d'arthritiques obèses, eczémateux, constipés, hémorroïdaires ou déprimés.

Il faut, en outre, agir sur les agents extérieurs et modifier la façon dont ils se mettent en relation avec l'organisme. C'est avec raison que l'on a conseillé, aux malades atteints de la forme estivale, le séjour dans les endroits frais, dans les appartements clos et situés au nord, et l'absence de promenades à la campagne.

Lorsqu'on a pu saisir la relation qui unit une circonstance

extérieure aux manifestations symptomatiques, il y a lieu de supprimer la cause occasionnelle dans la mesure du possible. Les agents irritants : poussières, faux cheveux, poudres odorantes, seront mis à l'écart, de même qu'on s'abstiendra des aliments et des boissons à influence pernicieuse.

Comme traitement local, on a conseillé (Carl Genth) l'application de sublimé à 1/3000 sur la conjonctive.

Mais c'est plus particulièrement sur la muqueuse nasale qu'a porté l'effort des thérapeutes, et les bons résultats obtenus par cette pratique, pour n'avoir été satisfaisants que dans un nombre limité de cas, n'en sont pas moins probants.

On a conseillé les pulvérisations intra-nasales d'huile de vaseline pure ou additionnée de menthol. La lubrifaction de la muqueuse obtenue par cette pratique amène souvent un soulagement notable.

Le chlorhydrate de cocaïne employé en solution à 1/30 ou mélangé à une poudre inerte à 1/10 permet d'obtenir des résultats avantageux. Malheureusement, l'action de ce médicament s'atténue très vite, et la progression des doses nécessaires pour obtenir le même effet provoque rapidement l'intoxication cocaïnique ; cette éventualité doit faire rejeter cet agent comme dangereux.

Tout récemment, Lightwitz a préconisé l'orthoforme contre les diverses formes de rhinite spasmodique; son emploi, en donnant des résultats aussi favorables que la cocaïne, mettrait à l'abri des accidents d'intoxication.

Comme corollaire de cette idée, qu'il se produit des phénomènes de vaso-dilatation dans la rhinite spasmodique, il n'est pas étonnant que l'on ait recherché les substances médicamenteuses ayant un effet vaso-constricteur.

Aussi, c'est sans surprise que nous avons vu recommander l'usage de l'extrait aqueux de capsules surrénales en badigeonnages de la pituitaire.

Mais parmi tous les traitements locaux, une place spéciale doit être réservée aux cautérisations nasales, tant à cause des polémiques que cette méthode a soulevées, que des résultats qu'elle procure.

Ce traitement a pris une vogue considérable après l'apparition de l'ouvrage de Hack sur les névroses réflexes d'origine nasale. Lorsque cet auteur eut démontré que certaines formes d'asthme étaient enrayées par la suppression d'une lésion nasale, on fut amené, par une généralisation hâtive de cette théorie, à appliquer sans discernement cette méthode à l'universalité des cas d'asthme des foins. La guérison n'ayant été obtenue que chez un nombre limité de malades, on en vint à déprécier démesurément ce traitement, après l'avoir prôné avec excès.

A l'heure actuelle, la question peut être considérée comme définitivement tranchée dans le sens que nous allons indiquer. Il existe des malades porteurs de lésions nasales qui ne peuvent faire l'objet d'aucune discussion. En présence d'un sujet atteint de polypes du nez, de déviation de la cloison ou d'hypertrophie des cornets, etc., une intervention est absolument indiquée, n'eût-elle d'autres effets que de permettre une respiration nasale suffisante.

Mais chez les autres, quelle conduite faut-il tenir? Nous avons publié une statistique démontrant que les malades de cette catégorie étaient dans la proportion de moitié susceptibles de tirer un bénéfice sensible de ce mode de traitement.

Aujourd'hui nous maintenons cette affirmation, et nous pouvons affirmer qu'environ 60 p. 100 des malades atteints de rhinite spasmodique étaient soulagés par les cautérisations nasales.

Ce mode de traitement peut trouver l'explication de ses succès dans les trois formules suivantes : dans certains cas l'altération de surface de la muqueuse nasale atténue sa sensibilité et fait ainsi bénéficier du traitement tous les malades sensibles aux poussières, aux impressions lumineuses, à la température sèche, au voisinage du chemin de fer.

D'autres fois la cautérisation agit à la façon d'un révulsif, en produisant une action inhibitoire qui contrebalance l'influence des autres excitations. Enfin, nous pensons que ce traitement agit par suggestion chez les nerveux et les cérébraux.

Au total, la manière dont agit cette méthode importe peu, le résultat seul offre de l'intérêt pour les malades. Aussi nous ne comprenons pas que, dans une maladie qui laisse si peu de prise aux médicaments, on pratique l'abstention systématique, en vertu d'une opposition préconçue.

L'application des cautérisations peut être faite de diverses façons. Au préalable il faut anesthésier la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne au dixième. On applique le cautère sur le cornet inférieur ou même sur le cornet moyen. On peut pratiquer ainsi la scarification linéaire, soit la cautérisation en surface, soit l'ignipuncture.

Sajous (de Philadelphie) substitue au galvano-cautère les badigeonnages de la muqueuse nasale avec l'acide acétique cristallisé, et il loue fort les résultats de cette pratique.

Enfin, tout récemment, Moure (de Bordeaux) a préconisé, contre la rhinite spasmodique, l'arrachement de la muqueuse nasale qui tapisse le cornet inférieur, et dans les cas rebelles aux autres traitements il aurait obtenu des guérisons durables.

Bibliographie. — HEBERDEEN. 1812. — BOSTOCK. On the catarrhus æstivus, *Transl. of med. and chirurg. Soc. of London*, 1828. — GUÉNEAU DE MUSSY. *Cliniques médicales*, t. II. — PHŒBUS. *Der typische Frühsonner catarrh: oder Hay Asthma*, Giessen, 1862. — STRAUS, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 15 février 1872. — DALY (de Pittsburg). *Arch. of laryng.*, vol. III, 1882, p. 157. — HACK (de Fribourg). *Traitement opératoire de certaines formes d'asthme*, édit. franç., 1887. — LEFLAIVE. Asthme d'été, *Traité de médecine* Debove et Achard. — DREYFUS-BRISAC. Asthme des foins, pathogénie et traitement. *Gaz. hebdom.*, 1890. — MAC DONALD. *Hay fever and spasmodic swelling. Treatise of diseases of the nose*, 1892. — John MACKENZIE. *New-York med. Record*, juillet 1884. — SAJOUS. *Periodical hyperesthetic rhinitis Universal and med. Journal*, sept. 1893. — NATIER. *Pathogénie et traitement de l'asthme des foins*, Th. de Paris, 1889. — RUAULT. Pathogénie de l'asthme des foins, *Arch. de laryngol.*, 1889. — JOAL. Recherches pathogéniques sur le rhume des foins, *Revue de laryngol.*, 1895. — MOLINIÉ. *L'asthme des foins et le coryza spasmodique*, Th. de Paris, 1894. — BLACKLEY. *Hay fever*, 2e édit., Manchester, 1880. — RUAULT. Rhume des foins, in *Traité de médecine* Charcot-Bouchard. — HELMHOLTZ cité par Bing. *Virchow's arch.*, 1869. — CORNIL. Soc. méd. des hôpitaux, 1887. — CHATELLIER. Asthme des foins et lésions nasales, Soc. anatomique, 1887. — Fr. FRANCK. *Arch. de physiol.*, 1889. — Julius LAZARUS. *Archif. für Physiol.*, 1889. — FÉRÉ. Éternuements par excitations lumineuses, Soc. de biologie, 1890. — P. BONNIER. Le tabes labyrinthique, *Presse méd.*, 10 juin 1896.

Carl GENTH. *British med. Journ.*, juin 1888. — LIGHTWITZ. L'orthoforme dans les rhinites spasmodiques. *Archives de laryngol.*, 1898. — GAREL. *Rhinoscopie*, 1898. — MOURE. *Traité des maladies des fosses nasales*, Paris; Traitement des rhinites spasmodiques par la décortication du cornet inférieur, *Revue de laryngol.*, *de rhinol. et otol.*, 1898. — VASSAL. *Étude sur les rhinites spasmodiques*, Th. de Paris, 1897.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des éphélides (TOUVENAINT).

1° Lotionner matin et soir la peau du visage avec la mixture suivante :

Sulfophénate de zinc	4	grammes.
Glycérine	60	—

2° Appliquer tous les deux jours une couche de la préparation suivante sur les taches de rousseur :

Précipité blanc / Sous-nitrate de bismuth	ââ 4	grammes.
Glycérolé d'amidon	15	—

Traitement du prurit anal.

M. Brocq prescrit des lavages fréquents avec de l'eau de camomille boriquée ou additionnée de coaltar saponiné. Puis, le malade applique d'abord une pommade calmante avec de la vaseline et de l'oxyde de zinc, et poudre ensuite, en grande abondance, avec de la poudre suivante :

Camphre pulvérisé	2	grammes.
Oxyde de zinc	30	—
Sous-nitrate de bismuth	30	—
Talc	40	—

La poudre est maintenue autant que possible avec du coton hydrophile.

Quand les parties sont moins irritées, il faut faire tous les deux jours des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au 25e. On peut encore ajouter à ces moyens, le soir, l'application d'un suppositoire de beurre de cacao, additionné de cocaïne et d'extrait de belladone. (*Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1899. — Présidence de M. POZZI.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUBERCULOSES TESTICULAIRES

M. TUFFIER rappelle la discussion qui a déjà eu lieu à la Société de chirurgie sur cette question. Il pense qu'il n'y a rien à changer à ce qui a été dit dans cette discussion au point de vue des faits qui en étaient l'objet. Mais depuis, il s'est produit des connaissances nouvelles de la plus haute importance, d'abord la nature parasitaire de la tuberculose et, en second lieu, la notion de la sécrétion interne du testicule.

La nature parasitaire de la tuberculose comporte-t-elle des raisons de modifier le mode de traitement admis par la plupart des chirurgiens? M. Tuffier ne le croit pas. Il est, depuis longtemps, reconnu qu'il y a des formes très diverses. Il y a des cas dans lesquels, après la castration d'un testicule tuberculeux, la récidive se fait de l'autre côté un an après. M. Tuffier en cite plusieurs exemples. Si l'on pousse un peu plus loin l'étude clinique de la tuberculose testiculaire, si l'on recherche ce qu'elle devient quand elle est abandonnée à elle-même, on arrive à cette notion clinique qu'il y a de grandes différences et, qu'en somme, le bilan des formes bénignes est plus considérable qu'on le croit généralement. Il y a des malades qui restent tuberculeux pendant fort longtemps. Toutes les variétés peuvent se présenter. M. Tuffier soigne des malades atteints de tuberculose testiculaire depuis plus de quinze ans et chez lesquels cette tuberculose n'a pas fait le moindre progrès. Il y en a même qui guérissent.

Dans les cas où l'intervention est indiquée, M. Tuffier est partisan des ablations partielles, attachant la plus grande importance à la conservation de la glande testiculaire ou d'une partie de cette glande.

RAPPORTS

Ulcères de l'estomac. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation d'ulcère du pylore dont tous les accidents ont été conjurés par une gastro-entérostomie postérieure.

M. QUÉNU rappelle à ce propos l'observation d'une malade qui avait été examinée par Faisans, par Chauffard et chez laquelle on avait diagnostiqué une cholécystite. Il y a un an, cette malade avait été prise, en pleine santé, d'une douleur syncopale, d'ictère avec décoloration des matières fécales. La digestion était parfaite, il n'y avait eu aucun trouble dyspeptique. M. Quénu opéra cette malade, trouva la vésicule adhérente à l'estomac et, faisant la libération de la vésicule, il vit qu'elle avait déterminé une perforation de l'estomac. Il sutura cette perforation et la malade a bien guéri.

M. TUFFIER n'a jamais vu de récidive des ulcères de l'estomac après la gastro-entérostomie. On ne saurait assez insister sur les excellents résultats de cette opération. C'est là certainement un des bons moyens chirurgicaux dont nous disposons.

M. HARTMANN ajoute que les observations sont d'accord pour montrer les avantages de la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcères de l'estomac. Dans le cas de M. Quénu, M. Hartmann, en même temps que l'excision et la suture de la perforation stomacale, aurait fait la gastro-entérostomie.

M. QUÉNU ne s'élève pas contre la gastro-entérostomie postérieure dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. Il n'a voulu signaler qu'un cas particulier.

Néphrostomie. — M. BROCA fait un rapport sur une observation adressée par M. Chevassou, et dans laquelle il s'agit d'une femme atteinte d'un cancer de l'utérus, qui avait une anurie complète depuis trois jours. M. Chevassou fit d'abord une saignée suivie d'injections de sérum et, quelques jours après, il fit la néphrostomie du côté droit. M. Broca estime que, dans ces cas d'anurie compliquant un cancer de l'utérus, la néphrostomie constitue une très bonne opération.

Gastrectomie. — M. TUFFIER analyse une observation adressée par M. Faure. Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, atteinte de troubles dyspeptiques depuis sa jeunesse. Elle fut prise, un jour, de vomissements noirs qui firent diagnostiquer à M. Landouzy un cancer de l'estomac. M. Faure a limité la tumeur, l'a excisée, a suturé l'estomac et a fait une gastro-entérostomie postérieure. Malgré une broncho-pneumonie, cette malade a bien guéri. Les portions réséquées étaient tellement considérables, que la malade, après l'opération, a dû manger toutes les deux heures et très peu chaque fois.

M. Tuffier, à propos de cette observation, insiste sur un point particulier du manuel opératoire. Toute opération pratiquée sur l'estomac ou sur l'intestin, dit-il, doit être aussi longtemps que possible exploratrice. On ne doit ouvrir l'estomac ou l'intestin que le plus tard possible.

COMMUNICATION

Hydronéphrose. — M. KIRMISSON communique une observation d'hydronéphrose chez un enfant de douze ans. Cet enfant avait eu des coliques néphrétiques. Il n'y avait ni sang, ni pus dans les urines. Il y avait une tumeur dans la région lombaire gauche, tumeur fluctuante, bosselée. Le diagnostic était évident; il s'agissait d'une hydronéphrose. M. Kirmisson fit l'incision lombaire et se trouva en présence d'un feuillet bleuté par transparence, qui ne ressemblait pas à l'atmosphère périrénale. Il fit une ponction; il sortit un flot clair. Il s'agissait d'une forme particulière d'hydronéphrose sous-capsulaire. M. Albarran a pu reproduire cette forme d'hydronéphrose expérimentalement chez un chien.

PRÉSENTATION

Fracture de la clavicule. — M. SCHWARTZ présente un malade qui était atteint d'une fracture de la clavicule avec un énorme déplacement. Il ne vit le malade que douze jours après. Il n'y avait pas de traces de cal. M. Schwartz ouvrit la région dix-huit jours après l'accident. Il trouva deux esquilles et fit la suture des fragments. Le résultat fonctionnel est des plus satisfaisants.

M. QUÉNU rapproche de ce fait celui d'un officier de cavalerie qui se fractura la clavicule dans une chute de cheval. Il enleva également une esquille, fit la suture et le résultat est parfait.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du cœur et du péricarde (1), par les docteurs Félix TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et E. REYMOND, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La chirurgie du péricarde, et surtout celle du cœur, est assez peu connue des praticiens. Aussi les auteurs ont-ils pensé qu'il serait utile de présenter un résumé des travaux publiés jusqu'à ce jour sur cet important sujet, et de faire connaître spécialement ceux du chirurgien russe, Voïnitch-Sianojenski.

MM. Terrier et Reymond débutent par les généralités relatives à la chirurgie dn péricarde; puis ils donnent le manuel opératoire de la chirurgie du péricarde, les indications et les complications de la paracentèse; ils traitent ensuite de la péricardotomie avec ou sans résection des cartilages costaux, du manuel opératoire, des soins consécutifs et des indications.

Pour la chirurgie du cœur, les auteurs étudient successivement le traitement des plaies, les plaies abandonnées à elles-mêmes, leur traitement sans opérations, les sutures du cœur, les interventions sur le cœur en dehors des plaies, etc.

Accompagné de descriptions anatomiques précises et de nombreuses gravures, ce manuel sera utile, non seulement aux chirurgiens, mais encore aux médecins appelés souvent dans ces cas pressants, à pratiquer ces genres d'opérations.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

218. M. VIOLETTE. Contribution à l'étude critique du traitement du tétanos par les antitoxines. — 219. M. LACOSTE. De l'évacuation totale de la plèvre dans les grands épanchements. — 220. M. LE MAGUET. Le monde médical parisien sous le Grand Roi. — 221. M. FACDOUEL. Du scorbut. — 222. M. AYROLES. Salpingo-ovaro-syndèse. — 223. M. GIBERT. De la valeur de la néphrite au cours de la maladie de Raynaud. — 224. M. COURVOISIER. Contribution à l'étude des cholagogues. — 225. M. DUMONT. Le chloral dans la fièvre typhoïde. — 226. M. LAPORTE. Appendicite et colique de plomb.

(1) 1 vol. in-12, 79 fig. Prix: 3 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 avril 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. Breton, médecin principal, en remplacement de M. de Fornel, retraité.

Au grade de médecin principal. — M. Arène, médecin de première classe, en remplacement de M. Breton, promu.

Au grade de médecin de première classe. — M. Denis, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Arène, promu.

— Par décret, en date du 29 avril 1899, M. le médecin de deuxième classe Gombaud a été promu médecin de première classe, en remplacement de M. Percheron, décédé.

— Par décret, en date du 2 mai 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le docteur Michel, médecin en chef, en remplacement de M. le docteur Merlin, retraité.

Au grade de médecin en chef. — M. le docteur Burot, médecin principal, en remplacement de M. Michel, promu.

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Vergos, médecin de première classe, en remplacement de M. Burot, promu.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Dumas, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Vergos, promu.

— Un concours, pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sera ouvert le vendredi 28 juillet 1899, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 26 juin jusqu'au samedi 8 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Queyrat, médecin de l'hôpital Ricord, commencera à cet hôpital, le lundi 15 mai, à quatre heures et demie, un cours particulier de cypridologie (maladies vénériennes). — Ce cours comprendra l'étude clinique, microbiologique et thérapeutique des maladies vénériennes chez l'homme, l'étude de leurs complications immédiates et lointaines, l'étude comparative des maladies vénériennes chez l'homme et chez les animaux. — Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire du docteur Queyrat, tous les matins, de dix heures à midi (111, boulevard de Port-Royal). — Le prix d'inscription est de 50 francs. — Le nombre des inscriptions est limité.

Les microbes et la mort, par le docteur J. DE FONTENELLE, avec 20 fig. dans le texte et 4 pl. en couleurs hors texte. Petit in-18. — Prix : 1 franc. — Paris, Schleicher frères.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 8 mai 1899.

« Université libre des hautes études. — Faculté des sciences magnétiques. — École pratique de magnétisme et de massage sous le patronage de la Société magnétique de France. — Enseignement supérieur libre reconnu par décision du 26 mars 1895. — Diplôme de magnétiseur-masseur-praticien. — La Société magnétique de France... Vu le certificat d'aptitude au titre de magnétiseur-masseur-praticien accordé aujourd'hui par le jury d'examen sur avis conforme des professeurs de la Faculté des sciences magnétiques à M. X.... né à ..., le ... — Vu l'approbation donnée à ce certificat par la direction de ladite Faculté. Ratifiant ce certificat, donne par les présentes, à M. X..., le diplôme de magnétiseur-masseur-praticien. Fait à Paris, le 3 juillet 1897 (suivent les signatures du président du jury d'examen, du président de la Société magnétique de Paris, et du secrétaire) », etc., etc.

C'est sur la foi de ce pseudo-diplôme que X... et Y... exerçaient et exercent peut-être encore leur coupable, mais fructueuse industrie. N'étaient-ils pas couverts par la loi du 30 novembre 1892 et par un jugement ultérieur qui avait innocenté de soi-disant magnétiseurs sous prétexte qu'ils ne prescrivaient ni ne distribuaient aucun médicament?

Le tribunal a cette fois mieux compris son devoir et nous ne pouvons mieux faire que de rapporter quelques-uns des considérants du jugement :

« Attendu que l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 est conçu dans les termes les plus généraux ; qu'il interdit formellement à toute personne non munie d'un diplôme délivré par une Faculté de médecine, de prendre part habituellement ou par direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, sauf le cas d'urgence avérée; que ce texte ne subordonne pas l'existence de l'infraction qu'il prévoit à l'administration des médicaments, mais qu'il frappe, abstraction faite du mode de traitement, tout exercice habituel de l'art de guérir sans diplôme de médecin; que le passage du rapport de M. Chevandier, cité en partie dans les conclusions des prévenus, ne paraît pas avoir la portée que ceux-ci lui attribuent; que ce passage semble avoir simplement pour objet d'indiquer que les pratiques magnétiques, de même que les opérations de massage, ne doivent pas être considérées comme constituant par elles-mêmes l'exercice de la médecine; que, par suite, les expériences magnétiques faites, soit dans un but scientifique, soit pour constituer un simple spectacle, seraient permises à toute personne, même non munie d'un diplôme de médecin, mais que rien n'autorise à admettre que le législateur ait voulu laisser les simples magnétiseurs libres de traiter les maladies au moyen des procédés qu'ils emploient; qu'en effet, M. Chevandier, dans son rapport, répondait à la pétition envoyée par un groupe de magnétiseurs et de masseurs, lesquels demandaient au Parlement d'ajouter au projet de loi sur l'exercice de la médecine un article qui, s'il avait été inséré dans la loi, pourrait faire absoudre les prévenus, et qui était ainsi conçu : « L'action magnétique et le massage étant œuvres exclusivement manuelles, restent dans la thérapeutique naturelle au même titre que les bains, l'air et la lumière ; leurs partisans ne tomberont pas sous le coup des lois ci-dessus tant qu'ils resteront dans leurs attributions »;

Attendu que, ni cet article, ni une disposition analogue, n'a été insérée dans la loi du 30 novembre 1892; que, d'autre part, la commission a rejeté un amendement de M. David, député, tendant à assimiler l'hypnotisme appliqué au traitement des maladies à l'exercice de la médecine; qu'ainsi, il n'y a pas d'argument sûr à tirer des travaux préparatoires;

Attendu, en réalité, que d'après les explications de M. le docteur Cornil dans son rapport au Sénat, le 31 décembre 1891, on a renoncé à énumérer avec précision les actes constituant ou ne constituant pas l'exercice de la médecine et qu'on a préféré « laisser aux tribunaux plus de latitude dans l'appréciation de l'exercice illégal. »

Les considérants suivants méritent également d'être publiés et ils sont l'expression de la saine justice et de la raison :

« Attendu que, si les pratiques sont sans aucun effet

sur la santé, elles peuvent, du moins, empêcher le client qui s'y fie de recourir en temps utile à un médecin dans le cas où une médication prompte et énergique serait nécessaire ; que si, au contraire, ces pratiques agissent sur l'organisme humain et produisent certains résultats, elles ne seraient pas absolument inoffensives et ne devraient dès lors être utilisées pour le traitement des maladies que par des personnes compétentes ; qu'ainsi, dans l'une ou l'autre hypothèse, la prétention des prévenus de traiter les maladies peut compromettre la santé et la vie des citoyens et qu'il y a intérêt public à réprimer leurs actes... »

Le tribunal, comme conclusion, condamne les deux « diplomés de la Faculté des sciences magnétiques » à chacun 300 francs d'amende, solidairement à 195 francs à titre de restitution d'honoraires et à 100 francs à titre de dommages et intérêts envers la partie civile.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Nombreuses sont, cette fois, les communications :

M. Triboulet rapporte un curieux exemple de **sialorrhée** survenue chez une femme de cinquante-quatre ans. L'étiologie de cet accident est difficile à dire. C'est après une grippe d'apparence bénigne, traitée par de petites doses de sulfate de quinine et un régime ioduré, que survint la sialorrhée. Fait curieux, c'est dès le lendemain du jour où fut cessé le traitement par l'iodure de potassium que débuta la sialorrhée qui, pendant un mois, fut si intense, que la malade éliminait 1 litre au minimum de salive filante. La grippe ayant été légère, il semble bien que c'est l'iodure qu'il faut incriminer comme cause probable des troubles salivaires. M. Variot fait judicieusement remarquer, à ce propos, que l'iodure s'élimine souvent très lentement, et que, dans les expérimentations, on peut retrouver l'iode dans les urines, quelquefois trois semaines après la cessation du médicament.

MM. Sicard et Guillain étudient l'**hypotension artérielle au cours de la maladie de Parkinson**. Cette hypotension ne présente aucun rapport avec le tremblement parkinsonnien, l'âge du malade, le début de l'affection ; elle existe dans les formes complètes de la maladie aussi bien que dans les formes frustes : parkinsonniens soudés et trembleurs, parkinsonniens à seule attitude soudée, parkinsonniens trembleurs unilatéraux.

La tension artérielle existe, au contraire, normale chez les autres trembleurs, par hérédité, alcoolisme, saturnisme, hystérie, sénilité ; ou chez les agités musculaires : tiqueurs, choréiques, myocloniques.

La recherche de ce signe peut donc être utile au diagnostic dans certains cas difficiles. La pathogénie de cette hypotension reste incertaine. La pression artérielle est fonction de facteurs multiples. Peut-être peut-on incriminer chez ces malades la rigidité musculaire si spéciale, symptôme primordial et constant qui peut jouer un rôle discret sur la perméabilité des vaisseaux, ou, mieux encore, invoquer, en raison des troubles vaso-moteurs si fréquents dans la paralysie agitante, un trouble dans l'innervation sympathique.

M. Jacquet présente un malade atteint de ce syndrome intéressant, décrit par Weill chez les tuberculeux, et qui consiste en une **hémi-hyperesthésie profonde, associée à des troubles variables des sensibilités cutanée et sensorielle.**

Weill trouva la douleur systématisée des muscles, et parfois des articulations et des os. M. Jacquet trouva plus tard celle des troncs nerveux qui commande la première ; et l'ordonnance systématique de ces hyperesthésies est assez frappante pour qu'on puisse assigner à ces phénomènes le nom de syndrome de Weill. Très fréquent, presque constant chez les tuberculeux, il ne leur est pas exclusif. M. Jacquet attire l'attention sur une particularité de ce syndrome, à savoir : son transfert de l'autre côté sous l'influence d'une irritation localisée à ce dernier. Dans un premier cas, le syndrome de Weill, très net à gauche, se transfère à droite sous l'influence d'une orchi-épididymite droite. Dans un second cas, le syndrome, très complet à gauche et dépendant d'une lésion pulmonaire de ce côté, se transféra brusquement à droite.

L'auteur voit l'explication de ces faits cliniques dans les recherches de Brown-Séquard, sur l'inhibition et la dynamogénie. Une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du côté opposé. Une irritation ultérieure de ce dernier tire à elle l'hyperesthésie. Cela nous explique la fréquence du syndrome chez les tuberculeux : il est dû à l'excitation des nerfs pulmonaires, et surtout à celle des nerfs intercostaux et des ganglions lymphatiques. Sa localisation est donc commandée par celle des lésions mêmes, mais il oscille au gré des poussées congestives et bronchopneumoniques, si fréquentes chez ces malades. Tout ce syndrome est dominé par cette loi :

« Il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme, sans modifier plus ou moins profondément l'équilibre dynamique de la presque totalité du système nerveux » (Brown-Séquard).

M. L. Rénon rapporte une observation de **névrite toxique du pneumogastrique au cours d'une entérocolite aiguë.**

Chez une enfant de huit ans, il a observé une série d'accidents qui lui paraissent ressortir à une névrite du pneumogastrique, et qui se sont développés au cours d'une entérocolite aiguë caractérisée par une éruption morbilliforme et des selles qui contenaient jusqu'à 1 litre par jour de mucosités, sous forme d'une gelée verdâtre, tremblotante, analogue à un amas de grains de raisin décortiqués.

On constatait une dyspnée très violente (60 respirations à la minute), des vomissements incessants, de l'inégalité, de l'intermittence et de l'irrégularité du pouls, qui était très rapide (140 à 150 pulsations à la minute) ; les battements du cœur étaient irréguliers, tantôt précipités en battements d'ailes d'animaux, tantôt lents, sans le moindre bruit de souffle. Le tout s'accompagnait de menaces de syncope et d'asphyxie avec tendance au collapsus. Ces accidents durèrent une douzaine de jours et cédèrent complètement à l'emploi de la diète hydrique. Après quelques jours de poussées légères d'entérocolite, la petite malade est aujourd'hui complètement guérie.

MM. Variot et Devé présentent le cœur d'un enfant de quinze mois. Cet enfant était atteint de **cyanose congénitale.** La lésion trouvée à l'autopsie, prévue à cause de sa fréquence, était un rétrécissement de l'artère pulmonaire avec perforation de la cloison interventriculaire. Le rétrécissement était extrêmement marqué ; pendant la vie, on ne put cependant trouver aucun souffle dans la région précordiale.

M. Léon Bernard rapporte une observation de **pelade, vitiligo et prurigo par auto-intoxication dans le cours d'une néphrite chronique, probablement de même origine.**

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE (1)

Par M. le docteur SÉJOURNET, lauréat de l'Académie de médecine.

La blennorragie, que l'on ne connaissait guère dans la région où j'exerce, il y a vingt ans, y est assez répandue aujourd'hui.

Fille, mais fille bâtarde du progrès, de la civilisation et de la démocratie, cette maladie infectieuse est un produit qui nous vient des expositions universelles ou autres, des concours orphéoniques et du régiment. Une fois importée et installée dans la place, elle gagne peu à peu du terrain et se dissémine.

Je constate même assez souvent qu'elle est un cadeau de noce pour les jeunes mariées qui ne se doutent guère de la provenance de la métro-vaginite qui bientôt les afflige, car il faut bien reconnaître que la plupart des affections génito-urinaires et annexielles de la femme sont un prolongement de la blennorragie de l'homme.

Cette relation si fréquente permet même au médecin qui se trouve en présence d'une femme atteinte de métro-vaginite, de salpingite, de métro-péritonite, en dehors de toute infection puerpérale, et qui veut bien remonter à l'origine du mal, de soupçonner une blennorragie en partie double et de diagnostiquer par contre-coup cette maladie chez le mari.

Il est évident que ces sortes de recherches doivent être faites avec la prudence et la finesse d'un vieux policier, et qu'il faut éviter de faire fausse route, mais il est cependant urgent que le médecin soit éclairé sur la vraie cause de l'affection féminine, afin de couper court à d'incessantes réinoculations qui rendent interminables bien des métrites et font échouer les traitements les plus énergiques et les mieux suivis.

L'an dernier, je soignais une jeune femme, mariée depuis quelques mois, indemne de toute affection puerpérale, pour une métro-vaginite aiguë dont la nature me paraissait suspecte.

Je fis quelques ouvertures au mari et lui tendis la perche pour un aveu, mais il resta sourd à mes avances et je ne poussai pas plus loin.

Après un traitement assez long, la métrite paraissait guérie quand, cinq mois plus tard, je dus intervenir de nouveau. La maladie avait repris de plus belle et la recrudescence avait suivi de près la passagère guérison. Mes doutes au sujet de l'infection du mari prirent plus de consistance après que sa femme m'eût révélé une partie de la vérité, je le pris à part et le confessai. Son histoire était celle de beaucoup d'autres. Il avait contracté la blennorragie depuis six mois, en voyage, et il l'avait rapportée à sa femme. Depuis, il s'était soigné secrètement, consultant pharmaciens et médecins, ingurgitant consciencieusement force capsules de santal ou de copahu, passant d'une spécialité à l'autre, variant les injections et cultivant de bonne foi son virus au contact de celui de sa femme.

Je rompis le cercle vicieux dans lequel évoluait le gonocoque conjugal, en ouvrant les yeux au mari et en le soumettant au régime de la séparation de corps jusqu'à complète guérison des deux parties.

Au bout de huit jours, il n'y avait plus trace d'écoulement chez le mari, grâce aux injections qu'il fit d'après la méthode que j'ai imaginée et que j'exposerai plus loin.

Auparavant je voudrais passer en revue, rapidement, les divers procédés de traitement de la blennorragie qui ont été ou sont encore en usage.

Il y a quelques années, alors qu'on ne connaissait pas l'agent infectieux de la maladie, le gonocoque, il n'y avait qu'un traitement, le traitement dit méthodique; un traitement plus récent consiste en lavages antiseptiques de l'urèthre, au permanganate de potasse (méthode de Janet).

L'ancien traitement, sorte de petit drame en trois actes qui se jouaient en dehors de l'urèthre, se divisait en trois temps.

Le premier temps pendant lequel on respectait l'écoulement du pus blennorragique, comprenait la médication antiphlogistique : les bains, les tisanes émollientes et même les sangsues.

Au deuxième temps, alors que la miction n'était plus douloureuse, après dix ou vingt jours, on prescrivait les balsamiques : copahu, cubèbe, santal, destinés à supprimer l'écoulement.

Troisième temps : après huit jours au moins de ce traitement, si la guérison n'était pas obtenue, et elle l'était rarement, on recourait aux injections. Les produits les plus variés ont été employés à cet effet et ont fait la base de productives spécialités.

Mais elle n'est pas toujours observée, cette division de l'ancien traitement qui pour être dit méthodique n'en est pas plus rationnel; il faut compter avec l'impatience du malade qui voudrait déjà être guéri et avec l'intérêt commercial de quelques soi-disant spécialistes qui brûlent les étapes et s'empressent de jouer les trois actes du drame à la fois.

Le client prendra donc de suite des émollients et des balsamiques et, sans perdre de temps, il fera des injections : voilà la formule confuse et lucrative dans laquelle est le plus souvent négligée l'hygiène qui doit être spécialement prescrite aux blennorragiques. Car quel que soit le traitement suivi, le malade doit observer un régime sévère : exclure de son alimentation les mets épicés, les viandes faisandées, les crustacés, le gibier, les boissons excitantes, le vin, la bière, le thé, le café, les liqueurs et l'alcool; éviter les excès de toutes sortes, les excès de table surtout qui se chargeraient de raviver les gonocoques atténués, de réchauffer l'uréthrite et de faire reparaître l'écoulement.

Ce qui m'étonne, c'est qu'étant donné la pathogénie de la blennorragie, pathogénie révélée par l'existence du gonocoque et bien connue de tous, on continue à prescrire l'ancien traitement aux trois périodes classiques, quand on sait qu'il est généralement très long et souvent inefficace.

Est-ce qu'il n'y a pas mieux à faire? Le traitement ancien est méthodique tant qu'on voudra, mais est-il rationnel? Puisque l'agent de la maladie est un microbe, ne faut-il pas l'attaquer tout de suite et le poursuivre énergiquement avec les armes que nous employons en médecine comme en chirurgie contre tous les microbes, avec les meilleurs antiseptiques dont nous disposons?

Voilà, à mon avis, la seule conduite rationnelle. On m'objectera que le gonocoque, ainsi que le docteur Guiard l'a

(1) *Union méd. du Nord-Est.*

démontré, est très difficile à surprendre et à détruire par les antiseptiques; mais il doit être bien plus difficile à atteindre par la suite, en pleine période d'état et surtout au déclin de la blennorragie, quand le traitement méthodique entreprend son dernier acte, celui des injections.

C'est pourquoi il me paraît rationnel de commencer de suite et dès le premier chatouillement uréthral, le traitement de la blennorrrgie par les injections antiseptiques.

Du reste, en supposant que celles-ci n'atteignent que très difficilement le gonocoque déjà enfoui dans la muqueuse, elles auront toujours l'avantage d'imprégner le canal de produits défavorables à la culture du microbe, de lui couper les vivres et finalement de l'anéantir.

Soutiendra-t-on que les balsamiques sont capables d'en faire autant? Je ne vois pas que les résines et les essences qui entrent dans leur constitution et, entre parenthèses, sont si nuisibles à l'estomac, soient douées des propriétés voulues pour tuer le gonocoque. Elles s'adressent exclusivement à l'élément catarrhal qu'elles améliorent, il est vrai; elles modifient efficacement, je le veux bien, le terrain de culture, mais après quels détours et quel chemin parcouru!

Le mieux, il me semble, est d'attaquer, directement et dès la première heure, l'agent infectieux par les injections antiseptiques. M. Janet n'avait pas attendu cette discussion pour inventer son traitement par des lavages au permanganate de potasse; sa méthode est on ne peut mieux comprise, on ne peut plus rationnelle, mais elle exige l'intervention assidue du médecin et la soumission complète du malade; de plus, elle n'est pas « commode en voyage ».

Depuis longtemps, je pratique pour combattre la blennorragie une méthode d'injections antiseptiques qui n'est peut-être pas nouvelle et que d'autres ont pu imaginer aussi bien que moi, tant son indication est évidente, tant sa raison d'être saute aux yeux!

En effet, dès le début de l'infection blennorragique, il y a des gonocoques dans l'urèthre. Notre premier soin doit être de les attaquer directement afin de les détruire par les moyens dont nous disposons.

Quand le gonocoque a eu le temps de se multiplier librement et que la blennorragie est dans sa période d'état, que le canal suppure et que l'écoulement est abondant, il me paraît encore plus rationnel que jamais de faire dans l'urèthre des injections antiseptiques. En effet, que faisons-nous quand une plaie suppure, quand des trajets fistuleux donnent du pus intarissable, nous aseptisons, nous désinfectons. Pourquoi l'urèthre seul, quand il suppure, échapperait-il à cette règle de chirurgie générale?

Mais pour que l'antisepsie de l'urèthre soit réellement efficace, il faut qu'elle porte son action sur tout le trajet du canal. Aussi je considère l'injection telle qu'on la fait habituellement avec une seringue en verre comme insuffisante, car elle pénètre mal et ne lave pas convenablement le canal. C'est pourquoi, la méthode de M. Janet, qui irrigue largement l'urèthre, est bien comprise, rationnelle et efficace.

Le procédé que j'emploie consiste à porter l'injection antiseptique jusque dans la profondeur du canal et à l'irriguer largement dans toute son étendue.

Je me sers comme liquide à injecter, dès le début de la maladie, d'une solution de sublimé à 0,25 pour 1000 d'eau bouillie que je fais couper au quart de glycérine, pour lui donner plus de consistance, pour la rendre plus adhésive et procurer à la muqueuse uréthrale une imprégnation plus profonde et plus persistante.

Une seringue en verre d'une capacité de 20 centimètres cubes est remplie de cette solution. Pour pouvoir la porter profondément et désinfecter l'urèthre dans tout son parcours, je fais adapter à l'extrémité de la seringue un bout de bougie creuse en gomme des numéros 12 ou 13 de la filière française, bougie dont l'extrémité arrondie a été auparavant percée d'un trou au moyen d'une aiguille à tricoter rougie au feu et dont la longueur (12 centimètres) correspond à la longueur moyenne de la portion spongieuse de l'urèthre. On peut donner à la sonde plus de longueur: 15 à 16 centimètres, par exemple, afin de pouvoir gagner l'urèthre postérieur lorsqu'il paraît lui-même atteint, et on peut supposer qu'il l'est, lorsque le malade rend de temps en temps, par son méat, un flot de pus provenant de la portion prostatique, lorsqu'il éprouve des besoins plus fréquents d'uriner, des douleurs au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine, du ténesme rectal et une tension pénible au périnée.

Voilà la seringue armée d'une sonde qui donnera à l'injection une portée suffisante. Cette sonde doit être lavée intus et extra avec la liqueur de Van Swieten avant et après chaque injection; l'oubli de cette précaution rendrait le traitement inutile, car à chaque introduction de la sonde, l'urèthre serait réinfecté. J'ai même constaté déjà dans plusieurs cas où la guérison se faisait attendre plus de dix jours, que ce retard tenait au défaut d'asepsie de l'instrument.

La sonde ayant été enduite de vaseline boriquée ou salolée, est introduite dans le canal dont le méat a été préalablement désinfecté par un lavage au sublimé, puis elle est enfoncée jusqu'au bout. Alors on pousse doucement le piston de la seringue et en même temps on retire lentement la sonde qui la prolonge, de façon à injecter le contenu du corps de pompe dans toute la longueur du canal.

Cette petite opération se fait dans la première semaine, deux fois par jour, matin et soir, jusqu'à disparition de l'écoulement, puis une seule fois chaque matin de la semaine suivante.

Ce procédé m'a toujours très bien réussi. Dans presque toutes mes observations, il a produit la guérison de la blennorragie prise au début ou dans sa période d'état, en huit ou dix jours.

Dans une de mes dernières observations, il s'agit du malade dont j'ai parlé plus haut, la blennorragie datait de six mois; après huit jours d'injections, l'écoulement avait complètement cessé; pendant les dix jours suivants, malgré la cessation des lavages, pas une goutte de pus blennorragique ne parut au méat. Alors, le malade eut l'occasion de faire la fête, et le lendemain l'écoulement reparut. Il dut, de nouveau, recourir aux lavages et les continuer pendant une semaine; l'écoulement se tarit définitivement, et depuis trois mois la guérison est parfaite.

Ces lavages de tout le canal sont donc aussi utiles dans la blennorragie chronique que dans la blennorragie aiguë, mais ils sont surtout efficaces quand la maladie est prise à son début, et ils le seraient certainement plus encore, si on les utilisait dès les premiers chatouillements uréthraux de la période d'incubation.

La plupart des malades ne trouvent pas que la solution de sublimé à 0,25 p. 1000 soit douloureuse; quand ils s'en plaignent, j'abaisse le titre à 0,20 et même à 0,15, pour le renforcer ensuite.

J'ai donc réduit le traitement de la blennorragie aux

injections, je pourrais dire aux lavages antiseptiques de toute la longueur de l'urèthre.

J'impose une hygiène rigoureuse à mes malades, mais je les dispense de tout traitement interne, car j'ai l'audace de considérer comme superflus tous les balsamiques au cubèbe, au copahu et même au santal, qui continuent à faire fortune, par tradition. Je ne dois pas avoir tous les torts, car ma méthode me donne des résultats rapides, et je le répète, il est rare qu'elle ne guérisse pas la blennorragie en une dizaine de jours.

Ce traitement est moins compliqué que celui de M. Janet, qu'il me serait d'ailleurs impossible d'appliquer dans le milieu où j'exerce, mais il est aussi rationnel, et la pratique me démontre qu'il est aussi efficace.

SEPTICÉMIE DIPHTÉRIQUE (1)

Par le docteur H. Braun, chef de clinique chirurgicale, et Georges Thiry, préparateur de la Faculté de médecine de Nancy.

III

Conclusions. — 1. A l'autopsie des cadavres diphtériques, que l'on retrouve ou non le bacille au niveau de la fausse membrane et de la lésion locale, on peut le rencontrer dans le *sang* et les *organes internes*. On l'a signalé dans des foyers purulents, l'oreille moyenne, la trachée, les bronches, les poumons, le foie, la rate, les reins, les capsules surrénales, le bulbe, la protubérance, le cerveau, les exsudats pleuro-péricardiques, l'œsophage (coupes), les ganglions trachéo-bronchiques, carotidiens, phréniques, et sous-maxillaires; dans l'œdème de la piqûre. Il semble manquer dans les ecchymoses sous-cutanées (Barbier).

2. D'après les observations récentes, la présence du bacille dans les organes est *fréquente*, il s'y trouve associé aux *streptocoques* et aux *staphylocoques*. De même, on ne le retrouve dans les organes des animaux que si on fait cette association. Peut-être même que la fréquence du bacille dans les organes est encore plus grande qu'on ne la soupçonne car, d'après les recherches de Bahmer, le streptocoque pyogène existait dans le sang à l'autopsie, dans 50 p. 100 des cas pris au hasard.

3. Bien que jusqu'ici le bacille de Klebs-Lœffler n'ait jamais, à notre connaissance, été signalé dans le sang pendant la vie, on est autorisé à penser qu'il s'agit d'une véritable généralisation, c'est-à-dire d'une *septicémie diphtérique* (septicémie strepto ou staphylo-diphtérique) et non d'une simple dissémination ou diffusion *post mortem* (Barbier, C. Costantini, Cocurat). Ce serait la preuve clinique chez l'homme du fait expérimental, d'abord étudié par Roux, à savoir l'exaltation de la virulence du bacille sous l'influence du streptocoque. La conception classique de l'intoxication diphtérique n'est pas modifiée, mais la fabrique du poison n'est plus la fausse membrane seule (2).

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1899, p. 466.

(2) Sevestre rapporte que, dans un certain nombre de cas, Martin, en 1895, recherchant l'existence du bacille dans le sang en faisant la prise dans le cœur soit quelques instants après la mort, soit au bout de vingt-quatre heures, a constaté à plusieurs reprises, dans les examens de la seconde série, des résultats positifs, alors que l'ensemencement du sang retiré de suite après la mort avait toujours été stérile. Cette objection aurait plus de valeur si des expériences faites depuis chez les animaux ne semblaient indiquer que ce n'est pas le cas habituel et ne prouvaient que les bacilles ne diffusent pas après la mort chez les animaux sains ou intoxiqués par la toxine.

4. La fausse membrane et ses caractères, les troubles laryngés et l'angine ne peuvent donc représenter « qu'un miroir incomplet et infidèle de la maladie », selon l'expression de Barbier. Une angine légère et d'apparence insignifiante, ou une angine qui semble guérie, devient subitement grave, parce qu'il peut y avoir dans les organes de multiples sources d'intoxication, d'autant plus redoutables qu'elles sont plus cachées et plus étendues (Barbier, Cocurat). La quantité de poison devient énorme. Étant donné l'incertitude et l'absence de tout signe sûr, c'est une obligation morale de se renseigner par tous les moyens et d'appliquer systématiquement aux diphtériques, comme aux septicémiques, tous les procédés d'examen et toutes les méthodes cliniques et expérimentales.

5. Si les bacilles pénètrent dans le sang et les viscères, le *traitement local est insuffisant* et ne peut les atteindre. Il est absolument nécessaire de recourir au *sérum le plus tôt possible* avant leur généralisation (Barbier, Sevestre, Cocurat), et d'autre part, de varier les doses et le nombre des injections, selon les indications cliniques que seule une observation complète et attentive du malade peut donner. Les indications d'augmenter ou de diminuer les doses seront surtout fournies par l'étude de l'état général, mais il faut également tenir compte des résultats fournis par les examens des exsudats, du sang et de ses réactions, des urines; par les courbes du pouls, de la respiration, de la température, de l'albumine relevés plusieurs fois par jour. Il sera bon de noter également, si c'est possible, la quantité d'urine. C'est en intervenant de bonne heure, sans hésitation, à dose suffisante, qu'on préviendra les lésions rénales, et partant l'anurie diphtérique.

PRÉSENCE DU BACILLE DE LŒFFLER DANS LES ORGANES

Babès (V.). *Bakteriologische Untersuchungen über septische Processe des Kindesalters*, Leipzig, 1889. — Barbier (R.). *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 5 nov. 1897, p. 1273. — Barbier et Tollemer. Nouvelles recherches bactériologiques chez les diphtériques. Infection bacillaire, infections septiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, t. XIV, 3e série, 29 oct. 1897, p. 1218-1251. — Barbier (R.) et Ullmann (G.). *La diphtérie*, 1899. — Bardach. Études sur la diphtérie, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895, p. 48. — Barlow (H. W. L.). Diphtheria bacilli in urine, *The Lancet*, 1898, vol. II, n° 23, p. 1471. — Belfanti (S.). Sulle broncopolmoniti differiche, *Sperimentale*, XLIX; Soz. biologica, fasc. II, 1895; Réf. *Centr. f. Bakt.*, XIX, 1896, p. 618. — Booker (W. D.). As to the ætiology of primary pseudomembranous inflammation of the larynx and trachea, *Arch. of Pediatrics*, vol. X, 1893, p. 642; Réf. *Centr. f. Bakt.*, XV, 1894, p. 756. — Bujwid (O.). Diphtheriebacillen in einem Harnsedimente, *Centr. f. Bakt.*, XXI, 1897, p. 394. — Cocurat (F.). *De la présence du bacille diphtérique dans les organes*, Th. de Paris, 12 nov. 1898. — Cuoghi Costantini. Se e come avvenga la setticœmia difterica, ricerche sperimentale, *Policlinico*, 1er juin 1898; Réf. *Semaine méd.*, 1898, p. 303 et *Rev. gén. de path. int.*, 1898, p. 235. — Darier. *De la broncho-pneumonie dans la diphtérie*, Th. de Paris, 1885; Les microbes de la broncho-pneumonie diphtérique, Soc. de biol., 1885. — Ehret. Ueber Symbiose bei diabetischer Lungentuberculose, *Munch. Med. Woch.*, 1897, n° 52; Réf. *Centr. f. Bakt.*, XXIV, 1898, p. 849. — Escherich. *Ætiologie und pathogenese der epidemischen Diphtherie*, Wien, 1894. — Federici (F.). Sulla presenza del bacillo di Lœffler nel sangue dei difterici, *Arch. ital. di clin. med.*, 1894, punt. 1, p. 25; Réf. *Baumgarten's Jahresb.*, 1894, p. 232. — Flexner Simon. Diphtheria with Bronchopneumonia, *The*

John Hopkins Hosp. Bull., n° 30, 1893, april. — FROSCH (P.). (Inst. fur Infections krankheiten in Berlin.) Die Verbreitung des Diphtheriebacillus im Körper des Menschen. *Zeitsch. f. Hyg.*, Bd XIII, 1893, p. 49-54. — GUYOTTE (Ch.). *Des hémorragies dans la diphtérie*, Th. de Paris, 30 juin 1898. — HENRY (H.). *Contribution à l'étude des diphtéries associées, formes streptococciques, grands accidents septiques*, Th. de Paris, 19 nov. 1898. — HOWARD (W. T.). Acute ulcerative Endocarditis due to the bacillus Diphtheriæ, *The John Hopkins Hosp. Bull.*, 1893, n° 30, april; Réf. *Centr. f. Bakt.*, XIV, 1893, p. 631. — KANTHACK (A. A.) and STEPHENS (J. W. W.). The Escape of Diphtheria bacilli into the blood and organs, *The Lancet*, 1896, 25 janv.; Réf. *Centr. f. Bakt.*, XX, 1896, p. 594; *Pathol. Soc. Transact.*, vol. XLVII, 1896, p. 361; *Journ. of Pathol.*, vol. IV, p. 45; Réf. *Baumgarten's Jahresb.*, 1897, p. 277. — KLEIN (E.). Ein weiterer Beitrag zur Ætiologie der Diphtherie, *Centr. f. Bakt.*, VII, 1890, p. 785. — KOLISKO (A.) und PALTAUF (R.). Zum Wesen des Croups und der Diphtherie, *Wien. Klin. Woch.*, n° 8, 1889; Réf. *Centr. f. Bakt.*, V, 1889, p. 735. — KUTSCHER. (Hygienischen Institut zu Giessen.) Der nachweis der Diphtheriebacillen in den Lungen mehrerer an Diphtherie verstorbener Kinder durch gefärbte Schnitt präparate. *Zeit. f. Hyg.*, Bd 18, 1894, p. 167-177. — LEMOINE. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 5 nov. 1897, p. 1272. — LŒFFLER (F.). Untersuchungen über die Bedeutung der Mikro-organismen für die Entstehung der Diphtherie beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe, *Separatabdruck aus den Verhandlungen des Congresses fur Innere medicin.*, Wiesbaden, et *Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt*, Bd II, 1884, 421-499; — Die Ergebnisse seiner weiteren Untersuchungen über die Diphtherie-Bacillen, *Berlin. militar. Gesellsch.*; Réf. *Centr. f. Bakt.*, II, 1887, p. 105. — MARTIN (L.). Examens clinique et bactériologique de deux cents enfants entrés au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants-Malades, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892, t. VI, p. 343. — MÉTIN. Le bacille de la diphtérie pullule-t-il dans les organes? *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898, t. XII, 25 sept. p. 596-604. — MÉRY. Voir SEVESTRE. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 5 nov. 1897. — NETTER. Étude bactériologique de la broncho-pneumonie chez l'adulte et chez l'enfant, *Arch. de méd. exp.*, t. IV, 1892, p. 28-66. — NOWAK (Julian). Blutbefunde bei an Diphtherie Verstorbenen kindern orig., *Centr. f. Bakt.*, XIX, 1896, p. 982-991. — OHLMACHER. Le bacille diphtérique dans le poumon atteint de pneumonie, *New-York med. Journ.*, 27 avril 1895; Réf. SABATIER (Ph.). *L'angine diphtérique*, Th. de Paris, 1896, p. 24. — RICHARDIÈRE, TOLLEMER et ULLMANN. Nouveaux faits de présence du bacille diphtérique dans le sang et dans les centres nerveux bulbo-protubérantiels, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 21 janv. 1898, p. 22-29. — ROUX et YERSIN. Contribution à l'étude de la diphtérie, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888, p. 628-662. — SCHÜTZ. Zür Frage der Mischinfektion bei Lungentuberkulose (Diphtherie und diphtherieähnliche Bacillen in tuberkulösen Lungen), *Berl. Klin. Woch.*, 1898, n°s 14 et 15; Réf. *Rev. gén. de path. int.*, 1898, p. 281. — SEVESTRE. Sur la diphtérie, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 5 nov. 1897, p. 1268-1275. — SMITH. Bacilles diphtériques dans l'urine, *The Lancet*, 19 nov. 1898; Réf. *Rev. gén. de path. int.*, 1899, p. 54. — SPRONCK (C. H. H.). Zur Kenntniss der pathogenen Bedeutung des Klebs Lœffler'schen Diphtherie bacillus, *Centr. f. allgem. Pathol. und path. Anat.*, Bd I, 1890, n° 7; Réf. *Baumgarten's Jahresb.*, 1890, p. 335.; — Die Invasion des Klebs Lœffler'schen Diphtherie bacillus in die Unterhaut des Menschen, *Centr. f. allgem. Path. und path. Anat.*, Bd III, 1892, n° 1; Réf. *Centr. f. Bakt.*, XII, 1892, p. 339. — TRUMPP (J.). Diphtherie oder Pseudodiphtherie-Bacillen im Empyemeiter Orig., *Centr. f. Bakt.*, XX, 1896, p. 721-726. — WRIGHT (J. H.). Studies in the pathology o diphtheria, *Boston med. and surg. Journ.*, 4 et 11 oct. 1894; Réf. *Baumgarten's Jahresb.*, t. X, 1894, p. 227. — WRIGHT (J. H.) und EMERSON (H. C.). Ueber das Vorkommen des Bacillus diphtheriæ ausserhalb des Körpers. Orig., *Centr. f. B kt.*, XVI, 1894, p. 412-414. — ZARNIKO (C.). Zur Kenntniss des Diphtheriebacillus, *Centr. f. Bakt.*, VI, 1889, p. 224-229.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire*, vient d'être atteint dans ses plus chères affections. Sa fille, Mlle Marthe Lereboullet, est décédée le 6 mai, à l'âge de vingt-six ans. Nous adressons à notre malheureux confrère, à son fils, Pierre Lereboullet, interne des hôpitaux, l'assurance de notre profonde sympathie.

— *Hôpitaux de Paris.* — Concours de chirurgie (épreuve clinique) : MM. Launay 19, Auvray 20, Savariaud, 18.

— *Corps de santé de la marine.* — Par décision ministérielle, en date du 4 mai 1899, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Bi lot, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers; — Lauza, pour l'hôpital militaire de Saint-Martin; — Renaut, pour le 10e d'artillerie; — Salesse, pour le 49e d'infanterie; — Berthier, pour l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains; — Langue, pour le 139e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Beau, pour le 159e d'infanterie; — Lebastard, pour le 110e d'infanterie; — Duroux, pour le 161e d'infanterie; — Rhein, pour l'hôpital militaire de Bourges; — Gaillard, pour le 72e d'infanterie; — Lejeune, pour le 43e d'infanterie; — Goumy, pour le 1er d'infanterie; — Vachez, pour le 38e d'infanterie; — Poirier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Krantz, pour le 8e bataillon d'artillerie à pied; — Mouret, pour l'école de gymnastique de Joinville-le-Pont; — Odille, pour le 14e escadron du train des équipages militaires; — Labitte, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée; — Boyé, pour le 160e d'infanterie; — Courtois, pour le 9e cuirassiers; — Augry, pour le 136e d'infanterie; — Millière, pour le 8e d'infanterie; — Gilliard, pour le 43e d'infanterie; Verdierre, pour le 19e d'infanterie; — Lehmann, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de première classe Baumevielle, pour le 1er régiment de la légion étrangère; — Solmon, pour le 37e d'infanterie; — Chanaud, pour le 95e d'infanterie; — Casteret, pour le 18e d'artillerie; — Gauthier, pour le 4e du génie; — Mahaut, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Raoult-Deslongchamps, pour le 35e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Exercices opératoires sous la direction de M. le professeur Terrier et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

Quatrième cours : M. le docteur P. Fredet, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le vendredi 12 mai 1899, à une heure un quart précise, pavillon n° 7.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte.* — Les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés : 1° à partir du 9 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 16 mai, à l'occasion de la fête de l'Ascension; — 2° à partir du 19 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 25 mai, à l'occasion de la fête de la Pentecôte.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LÉVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les géants se font rares. Cependant, nous avons pu en voir un aujourd'hui à l'Académie. C'est un jeune homme de vingt-sept ans, qui mesure plus de 2 mètres, mais ce n'est pas tant en raison de son gigantisme que des phénomènes particuliers qu'a présentés sa croissance que M. Lucas-Championnière l'a montré à l'Académie. Ainsi que cela a été constaté chez l'enfant, et par M. Saint-Yves Ménard sur les grands animaux, la croissance s'est faite, chez ce sujet, par à-coups, par poussées, et, dans l'une de ces dernières poussées, s'est développé chez lui un genu valgum. M. Lucas-Championnière insiste plus particulièrement sur ce phénomène dont il a fait ressortir l'importance au point de vue de la pathogénie de cette affection, que l'on tend à rapporter exclusivement au rachitisme.

Une question indiscrète a été posée par M. Lacassagne à M. Lucas-Championnière au sujet de ce géant, relativement au volume et à la valeur de ses organes génitaux. Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, les testicules sont atrophiés et, au point de vue des rapports sexuels, ce garçon est, paraît-il, d'une complète indifférence. Ce ne serait cependant pas là un fait constant, puisque le père de celui-ci, qui mesurait 2m33, a eu douze enfants.

M. Hervieux a fait un rapport sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine, et M. Chauvel a analysé le travail d'un de nos confrères de Genève sur la tuberculose des voies lacrymales.

A quatre heures, comme il n'y avait plus rien à l'ordre du jour, la séance a été levée.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur le traumatisme et la tuberculose (1).

Par MM. LANNELONGUE et ACHARD.

Considéré comme un facteur pathogénique, le traumatisme peut agir de deux façons : directement, pour produire les lésions traumatiques proprement dites, ou indirectement, pour influencer le développement de divers processus morbides qui naissent d'ordinaire en dehors de son intervention. Nous ne parlons pas des croyances populaires qui rapportent volontiers à des contusions l'origine des tumeurs, des coxo-tuberculoses, des maux de Pott, alors qu'en réalité le traumatisme ne fait bien souvent que rendre manifestes, en les exagérant, des désordres jusque-là cachés. Mais la clinique et l'expérimentation fournissent des faits suffisamment nombreux et bien observés, qui ne permettent pas de mettre en doute cette action du traumatisme, appelant sur le point où il porte une infection généralisée ou même simplement localisée en une région plus ou moins distante.

C'est à partir des célèbres recherches de Max Schüller (1880) sur le développement du processus tuberculeux à la suite des contusions articulaires, que cette intéressante donnée de pathogénie générale a paru consacrée par l'expérimentation. Peu après d'ailleurs, elle a reçu, pour d'autres infections, une confirmation nouvelle : Becker (1883), Krause (1884), Gangolphe (1884), en fracturant des os chez des animaux qui avaient reçu, par injection dans le sang, des cultures de staphylocoques, ont déterminé la suppuration du foyer traumatique, et d'autres observateurs, à leur suite, ont obtenu des résultats analogues avec divers microbes.

Enfin, la clinique humaine est venue apprendre également que, dans le cours de diverses infections (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, bacille d'Éberth), une fracture, une injection sous-cutanée de liquides stériles, pouvait provoquer le développement *in situ* d'un foyer contenant l'agent microbien venu par voie interne. L'explication de ces faits est d'une grande simplicité : pour peu que quelques microbes se trouvent répandus dans la circulation, on conçoit sans peine qu'ils envahissent, à la faveur du traumatisme, les tissus lésés et s'y multiplient.

Cependant, en ce qui concerne la tuberculose, il faut reconnaître qu'il est bien exceptionnel de voir chez un phti-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

sique un grand traumatisme sans plaie extérieure, une fracture fermée, par exemple, devenir le point de départ d'un foyer tuberculeux. L'un de nous a eu l'occasion d'observer quelques fractures et même une luxation du pouce chez des tuberculeux, sans qu'il soit survenu une complication bacillaire dans le foyer traumatique. D'un autre côté, beaucoup d'auteurs prétendent que l'entorse et les contusions ostéo-articulaires sont la cause fréquente de l'apparition des ostéo-arthrites tuberculeuses. Ils acceptent le récit des sujets ou des parents des enfants, qui, comme pour les tumeurs, rapportent la maladie à un accident. En réalité, le traumatisme ne fait que dévoiler un mal existant déjà, sous une forme peu apparente, depuis un temps plus ou moins long. Si l'on s'en tenait aux conclusions de Max Schüller, la clinique contredirait donc, sur ce point, l'expérimentation.

Mais les expériences de Max Schüller ont été faites, en partie, avec des produits humains plus ou moins purs, et en partie avec des cultures de microbes considérés à tort comme les agents de la tuberculose, car, à cette époque, le véritable micro-organisme de cette infection était encore ignoré. De plus, elles ont porté, pour la plupart, sur le lapin, animal relativement peu favorable à l'évolution de la tuberculose humaine. Aussi, nous a-t-il paru que la question méritait d'être reprise, en tenant compte des données acquises depuis lors sur le bacille tuberculeux et la réceptivité des animaux à son égard.

Nous avons donc entrepris plusieurs séries d'expériences consistant à inoculer la tuberculose à des animaux par diverses voies (tissu cellulaire sous-cutané, péritoine, trachée, sang) et à produire chez eux un traumatisme à une période variable de l'infection.

Nous avons inoculé à vingt cobayes, sous la peau de la cuisse, des produits tuberculeux d'origine humaine, provenant d'abcès froids, de ganglions, de fongosités articulaires et des organes de cobayes tuberculeux. Puis, quand l'infection était en voie de se généraliser chez ces animaux, à une date variable de dix-neuf à quatre-vingt-deux jours après l'inoculation, nous leur avons fait subir des traumatismes plus ou moins importants, quelquefois considérables : contusions articulaires à coups de maillet ; distorsions articulaires entraînant des luxations, des fractures, des décollements épiphysaires. Dans plusieurs expériences, c'est au voisinage même du point d'inoculation, au genou correspondant, qu'a porté le traumatisme. Or, tous ces animaux sont morts de *tuberculose* dans des délais variables : un seulement huit jours après le traumatisme, quatre dans le courant des deux premiers mois, les autres plus tard et jusqu'à deux cent trente-deux jours après le traumatisme. *Mais aucun d'eux n'a présenté de lésions tuberculeuses au niveau des régions traumatisées*. Nous n'avons retrouvé, en ces points, que des traces plus ou moins apparentes du traumatisme, sous forme de luxations, de cals de fractures, de déformations des membres.

C'est encore un résultat négatif que nous avons enregistré chez deux autres cobayes infectés par l'injection dans le péritoine d'une culture de tuberculose humaine. L'un, qui avait subi le traumatisme dix-sept jours après l'inoculation, est mort vingt-six jours plus tard ; l'autre, chez qui le traumatisme avait eu lieu en même temps que l'inoculation, a survécu quarante-trois jours : délais qui eussent été suffisants pour permettre aux lésions tuberculeuses de devenir reconnaissables.

Même insuccès encore chez deux cobayes inoculés dans la trachée, traumatisés immédiatement et morts au bout de cent vingt et un et cent quarante jours.

Enfin, pour réaliser les conditions les plus favorables à la localisation du bacille tuberculeux, nous avons injecté, directement dans le cœur droit, de très faibles quantités de bacilles tuberculeux chez six cobayes et fait subir à ces animaux un traumatisme immédiat. Ils ont succombé dans un délai de quinze à cent six jours avec des lésions de *tuberculose généralisée*. A l'autopsie, nous n'avons trouvé non plus, *au niveau du traumatisme*, *aucune apparence de lésion tuberculeuse*.

Les résultats de nos expériences sont donc conformes à ceux de l'observation clinique. Il en ressort que la tuberculose ne se comporte pas tout à fait de même que d'autres infections, notamment que celles des suppurations aiguës : *il n'est pas aussi facile qu'on le croyait et qu'on l'a répété partout, d'après Max Schüller, de localiser dans un foyer traumatique le processus tuberculeux*.

Une autre conséquence peut être tirée de ces faits expérimentaux : c'est la *rareté de l'infection sanguine* chez les animaux tuberculeux. Il est certain que le sang de ces animaux peut être virulent, et déjà Villemin (1868) l'avait démontré. Mais le fait doit être rare, et c'est généralement le sang recueilli sur le cadavre qui s'est montré doué de virulence entre les mains des expérimentateurs (1). Or, il est possible que, pendant l'agonie, le bacille trouve plus de facilité à pénétrer dans le sang et à s'y maintenir. De fait, le sang recueilli sur le cadavre de quatre cobayes morts de tuberculose, inoculé à des cobayes sains, nous a donné trois fois la preuve de sa virulence, tandis que le sang de deux cobayes atteints de tuberculose généralisée, mais sacrifiés brusquement, ne nous a donné que des résultats négatifs. On sait, d'ailleurs, par les recherches de Borrel (2), avec quelle rapidité le sang se débarrasse des bacilles tuberculeux qu'on y injecte, puisque quelques minutes suffisaient, dans les expériences de cet auteur, pour l'incorporation des bacilles par les globules blancs.

Une note ultérieure donnera la suite de nos recherches.

DIABÈTE ET GROSSESSE

Par M. le docteur Lop (de Marseille).

(Communication faite à la Société obstétricale de Paris.)

J'ai eu l'occasion d'observer, dans le courant des années 1898 et 1899, quatre femmes diabétiques bien avant leur grossesse.

Chez trois d'entre elles la grossesse et les suites de couches ont été des plus normales. La quatrième, dans les cinq premiers mois, n'a présenté aucun trouble appréciable. A partir du sixième mois, elle commence à éprouver de la gêne respiratoire et des troubles oculaires, en même temps que des œdèmes périphériques et de l'hydramnios.

Peu après l'apparition de ces signes, les bruits du cœur du fœtus cessèrent d'être perceptibles.

Les troubles circulatoires et respiratoires allant en s'accentuant, je dus interrompre la grossesse au milieu du septième mois.

L'accouchement fut des plus pénibles : l'utérus renfermait au moins dix à douze litres de liquide. Absence de toutes douleurs et un fœtus énorme complètement infiltré. Je dus

(1) Weichselbaum. *Wien. Med. Wochens.*, 1884, nos 12 et 13. — Meisels. *Ibid.*, nos 39 et 40. — Lustig. *Ibid.*, no 48.

(2) Borrel. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1894, p. 604.

pratiquer la craniotomie pour réduire le volume de la tête et procéder à l'embryotomie membre par membre pour extraire le fœtus. Malgré cette pénible intervention, les suites de couches furent excellentes.

J'ai noté, d'une façon régulière, la teneur du sucre de chacune de ces trois parturientes durant leur grossesse. Chez les trois premières, la glycosurie qui, avant la grossesse, oscillait entre 3 et 15 grammes par jour et par litre (l'émission par jour étant de 18 à 2000 grammes), n'a pas augmenté durant toute la grossesse. Dans la première semaine du post-partum et les deux mois qui l'ont suivi, la teneur baissa de moitié.

L'urée et les principes solides ont toujours été en quantité normale. L'état général s'est maintenu excellent.

Chez la quatrième, la glycosurie qui atteignait avant la grossesse 34 grammes par litre avec hypoazoturie prononcée (10 à 12 grammes par jour d'urée), s'éleva à la dose énorme de 34 grammes par litre.

Cette augmentation du sucre coïncida avec l'apparition des symptômes menaçants que j'ai décrits plus haut. Depuis l'accouchement (juillet 1898) le diabète s'est amélioré (sucre 8 grammes par litre, urée 15 grammes). La santé générale est des plus satisfaisantes.

Exception faite pour ce dernier cas, les trois autres enfants sont nés vivants et à terme. Ils étaient bien conformés et vigoureux, leur accroissement s'est fait normalement.

Ces quatre observations me permettent de ne pas accepter dans leur intégrité les conclusions par trop pessimistes de de la Torre (Soc. Lancisciana degli ospitaldi, Rome).

Je ne pense pas que la grossesse soit si rare que le prétend cet accoucheur dans le diabète. L'une de mes clientes a eu onze enfants, et elle est diabétique depuis sa cinquième grossesse. Une autre a eu six accouchements, dont trois depuis qu'elle a eu connaissance de sa glycosurie qui, à mon avis, est beaucoup plus ancienne qu'elle ne le suppose. Les deux dernières tripares, sont diabétiques depuis leur deuxième grossesse. Elles ont été soignées pour leur glycosurie, l'une après sa première grossesse, l'autre au début de la seconde.

Un grand nombre de médecins insistent sur l'influence fâcheuse de la grossesse sur le diabète et réciproquement. De la Torre, Lecorché, Vinay, Seegen prétendent que l'accouchement prématuré est la règle dans le diabète. Cependant, Gaudard (th. de Paris, 1889), Tarnier ont, comme moi, observé des naissances à terme. L'infécondité n'a donc rien d'absolu, les observations de Mathieu Ducan, de Lecorché et les miennes prouvent le contraire. Partridge (*Medical Record*, 1895) a pu réunir à son tour vingt-quatre cas de diabète ayant coïncidé avec la grossesse.

D'après cet auteur, les deux tiers des femmes diabétiques devenues enceintes supportent bien et la grossesse et le puerperium.

Dans son travail, Partridge parle aussi d'observations de diabète ayant apparu pendant la grossesse, mais ces cas n'entrent pas dans ceux que j'envisage ici.

THÉRAPEUTIQUE

Injection antiblennorragique (M. J.-G. Mohlau).

Antipyrine . . . . } *âá* 10 grammes.
Perchlorure de fer liquide. }

Mêlez, triturez, puis ajoutez :

Eau distillée . . . . Q. S. pour obtenir 150 à 250^{cc} de solution.

F. S. A. — Usage externe.

Injection antiblennorragique pour l'homme.

Gallobromol . . . . 4 grammes.
Eau distillée . . . . } *áâ* 100 —
Glycérine . . . . }

F. s. a. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1899. — Présidence de M. Empis.

PRÉSENTATION

Un géant. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un géant. C'est un garçon âgé de vingt-sept ans, qui mesure 2^{m}03; son père mesurait 2^{m}33. Sa mère était petite. Il a eu douze frères et sœurs. Lui seul et une de ses sœurs tenaient du père. Les autres enfants étaient petits comme la mère.

Ce garçon est entré l'année dernière dans le service de M. Lucas-Championnière, à Beaujon, pour une entorse.

M. Lucas-Championnière, en suivant ce sujet, a pu vérifier chez lui tous les phénomènes bien connus de la croissance chez les enfants et chez les animaux. M. Saint-Yves Ménard, dans une thèse fort intéressante sur la croissance chez les animaux, a démontré que le grandissement se fait par à-coups, par poussées. C'est également ce que l'on observe chez les enfants et c'est ce qui a lieu chez le sujet présenté à l'Académie par M. Championnière. En effet, son grandissement s'est fait par à-coups; quand il est entré au régiment, il mesurait 1^{m}89; quand il est sorti, il mesurait 1^{m}94 et, un an après, 2^{m}03. Autre particularité intéressante chez ce garçon, et sur laquelle M. Championnière appelle plus particulièrement l'attention de ses collègues : il y a un an, ce sujet avait les deux jambes droites; aujourd'hui, il présente un double genu valgum. Or on sait que, dans l'enfance, celui-ci apparaît surtout pendant les poussées de croissance.

On sait aussi que les enfants, pendant ces poussées, présentent généralement un certain degré de faiblesse. Même phénomène ici, et ce garçon, qui était très fort, se trouve actuellement dans un état de grande faiblesse musculaire. Mais c'est surtout au point de vue de l'apparition du genu valgum, coincidant avec les poussées de croissance, que M. Championnière a cru intéressant de présenter ce malade à l'Académie.

RAPPORTS

Tuberculose des voies lacrymales. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail d'un confrère génevois. M. Valude, en se basant sur certaines expériences, était arrivé à cette conclusion qu'il n'était pas possible de produire expérimentalement une tuberculose des voies lacrymales. Il expliquait ce fait par une action bactéricide des larmes. Notre confrère a fait, sur ce sujet, de nouvelles expériences qui l'ont conduit à des conclusions tout à fait opposées à celles de M. Valude. Ces conclusions sont, en effet, qu'il est possible de déterminer une tuberculose des voies lacrymales, que les larmes n'ont aucun pouvoir bactéricide et que la tuberculose peut être inoculée dans les voies lacrymales sous trois formes différentes.

Propagation de la vaccine. — M. HERVIEUX communique à l'Académie son rapport officiel sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propaga-

tion de la vaccine. Je signale ce fait important que le nombre des candidats qui ont concouru pour les récompenses ministérielles a plus que doublé. L'an dernier ce nombre s'élevait à 8759; cette année il est de 17141. Ce résultat est très heureux en ce sens que la corporation des instituteurs est placée dans les conditions les plus favorables pour faire pénétrer le bienfait de la vaccine dans les localités les plus humbles et dans les milieux les plus indifférents. Les divers actes accomplis par les instituteurs qui ont concouru pour les récompenses proposées témoignent des services qu'ils peuvent rendre. Les uns, et c'est le plus grand nombre, faisaient des démarches auprès des familles pour qu'elles fassent vacciner leurs enfants. Les autres exigeaient non seulement la vaccination, mais aussi la revaccination des élèves âgés de plus de dix ans. D'autres provoquaient l'inoculation de tous les habitants du pays lorsqu'il existait une épidémie de variole. Un certain nombre d'instituteurs et même d'institutrices se sont armés de la lancette pour suppléer à l'insuffisance numérique des médecins ou des sages-femmes chargés de ce soin. D'autres, enfin, ont institué soit pour leurs élèves, soit pour les habitants de leur commune, des conférences destinées à faire apprécier les avantages de l'inoculation vaccinale, et à dissiper les erreurs ou les idées fausses qui règnent dans certaines régions. Ces différents actes permettent de comprendre l'importance des services que les instituteurs peuvent rendre à notre pays en aidant le corps médical à combattre et, il faut l'espérer, à détruire un jour le fléau variolique.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUBERCULOSES TESTICULAIRES

M. FÉLIZET lit une note sur la castration chez l'enfant et décrit le mode opératoire auquel il a recours.

M. QUÉNU rappelle la discussion qui a eu lieu, il y a trois ans, et les conclusions de Terrillon que paraissaient avoir adoptées la plupart des membres de la Société. Il estime que ces conclusions étaient peut-être un peu trop radicales. M. Quénu estime qu'on doit donner la préférence aux opérations économiques. Il y a, en effet, dans l'espèce, de grands avantages à conserver le testicule ou une partie des testicules, ne serait-ce qu'au point de vue de l'influence sur le moral. M. Quénu cite l'exemple de plusieurs malades qui sont privés de leur épididyme, mais qui ont conservé leur testicule et qui s'en trouvent fort bien. Il y a une grande importance à conserver au moins son volume apparent et son action réflexe sur le système nerveux.

Au point de vue de la nature de l'intervention, M. Quénu pense que l'on doit avoir deux thérapeutiques, suivant qu'on a affaire à une lésion froide ou à une lésion aiguë ou subaiguë. C'est la suppuration qui doit être l'indication principale. Il est indiqué, en effet, d'intervenir chaque fois qu'il y a suppuration.

M. NIMIER. La tuberculose génitale est de règle concomitante avec d'autres manifestations tuberculeuses, en particulier du côté des poumons. La suppression du testicule ne supprime donc pas un foyer unique susceptible d'infecter secondairement l'économie.

D'autre part, l'intervention radicale peut être suivie de généralisation. Il cite un homme opéré pour une hydrocèle avec noyau épididymaire par la résection de la vaginale et mort vingt-trois jours après par méningite et pneumonie caséeuse. L'homme avait des antécédents pulmonaires et sa mère est morte de la poitrine.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE désire faire connaître par quelles phases il a passé relativement au traitement des tuberculoses testiculaires. Ainsi qu'on l'a fort bien dit, rien n'est plus variable que la tuberculose du testicule. Il est certain qu'il y a des cas, où il n'y a pas autre chose à faire que l'ablation du testicule. Mais, autant que possible, il vaut mieux s'appliquer à le conserver. Beaucoup de chirurgiens commettent des abus très sérieux; le testicule ne sert pas seulement à sécréter des spermatozoïdes. Il a bien d'autres actions. Ne resterait-il que quelques débris de testicule que cela suffirait encore à conserver la faculté d'érection, ce qui a bien son importance.

En résumé, M. Lucas-Championnière insiste sur la nécessité, pour le chirurgien, de concilier autant que possible la destruction des foyers tuberculeux avec la conservation du testicule ou tout au moins de parties de testicule, étant donné l'importance physiologique de cette glande. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a des cas qui nécessitent absolument la castration. Mais bien souvent celle-ci a été pratiquée alors qu'une opération partielle aurait suffi, et ces opérations partielles doivent être toujours préférées autant que possible.

M. RECLUS fait observer qu'aujourd'hui la plupart des membres de la Société se rallient à l'opinion conservatrice. Or, M. Reclus a toujours eu cette opinion, en matière d'intervention sur les testicules et a toujours été très conservateur. Ce qui domine pour lui dans cette thérapeutique c'est la présence ou l'absence de suppuration. Chaque fois qu'il y a suppuration, il opère. Il a recours autant que possible à des opérations partielles. Quand il n'y a pas de suppuration, il n'opère jamais. Il cite l'exemple d'un homme qui étant étudiant, il y a vingt-cinq ans, avait un épididyme tuberculeux, très gros, mais n'ayant jamais suppuré. Ce garçon s'est marié, il n'a pas eu d'enfants mais il pratique très convenablement le coït. Jamais, suivant M. Reclus, on ne doit intervenir dans ces cas. Il n'en est plus de même s'il se fait des foyers de ramollissement. Lorsqu'on suit bien l'évolution de la tuberculose testiculaire, on arrive aisément à cette conviction qu'il y a beaucoup de foyers tuberculeux qui s'éteignent. La tuberculose testiculaire en particulier est une forme de tuberculose qui s'éteint facilement. Il existe un grand nombre de sujets qui sont parfaitement guéris de lésions tuberculeuses des organes génitaux alors qu'on les croit atteints de tuberculose aiguë. Même quand il se fait une légère suppuration avec une petite fistule, M. Reclus n'intervient pas. Mais quand il y a un abcès tuberculeux, M. Reclus pratique alors l'épididymectomie. Il conserve autant que possible le testicule pour n'enlever que l'épididyme et fait l'opération plus largement que M. Quénu de façon à pouvoir ensuite obtenir une réunion par première intention. Enfin, quand il y a une orchite tuberculeuse suppurée, M. Reclus fait la castration mais la localisation de la tuberculose se fait bien plus fréquemment dans l'épididyme que dans le testicule. Rien n'est rare comme la guérison d'un testicule tuberculeux ouvert à l'extérieur. Dans ces cas, c'est à la castration totale qu'il faut avoir recours.

Quant au fongus, c'est bien plus souvent, selon M. Reclus, une tuberculose scrotale ayant donné issue au testicule qu'une tuberculose testiculaire proprement dite. Dans ces cas, M. Reclus a recours à l'opération de Syme qui permet de réintégrer le testicule dans la loge scrotale. En résumé, pour M. Reclus, c'est l'état de suppuration de la glande qui lui dicte sa conduite.

M. QUÉNU est d'accord avec M. Reclus pour éviter autant que possible la castration. Toutefois, il ne faut pas se fier à certaines tuberculoses fibreuses qui ne sont, en réalité, que des foyers de suppuration enkystée. Il cite l'exemple d'un

homme mort avec tous les symptômes du choléra et à l'autopsie duquel on trouva une tuberculose suppurée du testicule dont le début remontait à trente ans et qui n'était autre qu'une forme fibreuse de tuberculose testiculaire. Il n'est donc pas juste de considérer toujours comme des guérisons ces enkystements fibreux de foyers tuberculeux.

Quant au fongus, s'il est vrai que souvent c'est une tuberculose primitivement scrotale, il y a des cas où c'est non le scrotum, mais bien le testicule ou l'épididyme, qui ont été le point de départ de la tuberculose.

M. THÉOPHILE ANGER relate l'observation d'un interne en pharmacie qui a eu ses deux testicules et son scrotum criblés de fistules tuberculeuses. Sa santé générale était restée bonne. M. Anger lui fit la cautérisation au fer rouge de tous ses trajets fistuleux. Grâce à ces cautérisations, la suppuration s'éteignit, mais il ne restait plus que deux petits noyaux à la place des deux testicules. Ce garçon n'en a pas moins conservé une bonne santé générale, une bonne humeur et la facilité de coïter tout à son aise. Or, s'il avait enlevé les deux testicules, que serait devenu ce jeune homme, étant donné l'influence de la double castration sur le moral?

On peut conclure de ce fait et de bien d'autres analogues que même dans des cas de suppuration, on peut se dispenser d'opérations radicales, se contenter de détruire par le feu les divers trajets et foyers et conserver au moins quelques débris de testicule qui, au point de vue moral, jouent un rôle extrêmement important. Cette cautérisation ignée constitue donc une très bonne opération.

PRÉSENTATIONS

Gastro-entérostomie. — M. SCHWARTZ présente une malade chez laquelle il a pratiqué, il y a six mois, une gastro-entérostomie postérieure. Cette malade pesait alors 70 livres; elle en pèse aujourd'hui 120. C'est une femme de trente-huit ans, sans aucun antécédent pathologique. Il y a six mois, elle arrivait à l'hôpital, dans un état lamentable. Depuis quatre mois, elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Toutefois, elle n'était pas cachectique et conservait l'appétit. On sentait une tumeur dans la région épigastrique; on constatait une énorme ectasie stomacale. M. Schwartz fit la laparotomie, croyant avoir affaire à un carcinome stomacal. Mais doutant de la nature cancéreuse de cette tumeur élastique, envahissant tout le pylore, sans ganglions, il préféra faire une gastro-entérostomie postérieure et ne put aller plus loin à cause de l'extrême faiblesse de la malade. Cette malade pouvait s'alimenter vingt-quatre heures après l'opération. Dix jours après, elle suivait le régime commun. Actuellement, on ne sent plus aucune tuméfaction. M. Schwartz pense qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une gastrite hypertrophique glandulaire.

M. TUFFIER a examiné cette malade et a constaté qu'en effet elle ne portait aucune tumeur. C'est là, d'ailleurs, la règle, soit que la tumeur ait remonté dans le foie, soit qu'il s'agisse, en effet, d'une simple gastrite.

Résection de l'intestin. — M. TUFFIER présente un malade qui était atteint d'un rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle par suite de tuberculose hypertrophique de l'intestin. M. Tuffier a réséqué une bonne portion de cet intestin.

M. GUINARD rappelle avoir réséqué 1m10 d'intestin grêle dans les mêmes conditions, chez une malade qui a très bien guéri.

Cholécystotomie. — M. MONOD présente des pièces provenant d'une femme de soixante et onze ans, qui paraissait atteinte d'un kyste de l'ovaire. Le ventre ouvert, on se trouva en présence d'une vésicule biliaire contenant une quantité considérable de liquide et 934 calculs. Cette femme n'avait jamais présenté d'ictère, ni aucun phénomène d'obstruction biliaire.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 MAI 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 15 MAI 1899, à une heure. — 1er : MM. Rémy, Poirier et Sébileau.

2e (nouveau régime, 1re série) MM. Blanchard, Retterer et Broca (André); — (2e série) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et André.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Lannelongue, Reclus et Varnier; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Lepage; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Dupré; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Blum et Legueu; — (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Méry; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 16 MAI, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot et Launois; — (nouveau régime) : MM. Rémy, Langlois et Desgrez.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Hallopeau et Thiroloix; — (2e série) : MM. Debove, Raymond et Achard; — (nouveau régime) : MM. Cornil, Troisier et Marfan.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Ménétrier et Thoinot; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Panas, Quénu et Albarran; — (2e série) : MM. Guyon, Thiéry et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Charrin; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Poirier, suppléant.

MERCREDI 17 MAI, à une heure. — 2e (nouveau régime, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André; — (2e série) : MM. Blanchard, Rémy et Hanriot.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pinard, Tillaux et Legueu; — (2e série) : MM. Lannelongue, Blum et Lepage; — (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Gaucher et Gilles de la Tourette; — (2e série) : MM. Landouzy, Widal et Méry; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Lejars et Mauclaire; — (2e série) : MM. Humbert, Delbet et Walther; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Teissier; — M. Sébileau, suppléant.

JEUDI 18 MAI, à une heure. — 1er : MM. Rémy, Albarran et Thiéry.

2e (2e partie) : MM. Gley, Langlois et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Le Dentu et Wallich; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Cornil, Dieulafoy et Roger; — (2e partie, ancien régime) : MM. Grancher, Charrin et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Debove et Desgrez; — M. Hanriot, suppléant.

VENDREDI 19 MAI, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer et André; — (2e partie) : MM. Grancher, Blanchard et Teissier.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Lejars et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Reclus, Delbet et Mauclaire; — M. Poirier, suppléant.

SAMEDI 20 MAI, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Thiéry et Langlois ; — (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Launois et Desgrez.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gley et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : Dieulafoy, Hallopeau et Roger ; — (2e série) : MM. Cornil, Troisier et Achard ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie) : MM. Le Dentu, Berger et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Ménétrier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Joffroy, Chantemesse et Marfan ; — M. Quénu, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecine (composition écrite) : MM. Renault, 18 ; Dufour et Sallard, 17 ; Gasne et Papillon (Henri), 13. — Hudelo, 19 ; Boix (E.), 18 ; Londe et Marie (R.), 17 ; Phulpin, 13. — Teissier, 20 ; Plicque, 18 ; Auclair, Brouardel et de Grandmaison, 17 ; Appert, 16.

Épreuve clinique : 5 mai. MM. de Grandmaison, 18 ; Belin, 17 ; Tissier, 16. — 6 mai. MM. Teissier, 20 ; Boix et Bruhl, 17. — 7 mai. MM. Carnot et Marie (R.), 18 ; Londe, 16. — 8 mai. MM. Gouget, 19 ; Dufour, 17 ; Brouardel, 16. — 9 mai. MM. Plicque, 19 ; Henriquez, 18 ; Auclair, 15. — 11 mai. MM. Legry, 20 ; Bezançon et Sallard, 17.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Delisle, médecin principal du cadre de Cherbourg, remplacera, sur sa demande, au 1er d'infanterie de marine à Cherbourg, M. le docteur Rémond ; — M. Castellan, médecin de première classe d'infanterie de marine à Cherbourg, est placé, sur sa demande, au 8e de l'arme à Toulon, en remplacement de M. le docteur Gastinel ; — M. Damany, médecin de première classe du service général à Cherbourg, est placé, sur sa demande, au 1er d'infanterie de marine, au même port, en remplacement de M. le docteur Castellan ; — M. Auréganr, médecin de deuxième classe, en excédent au 1er d'artillerie à Lorient, est placé au 1er d'infanterie de marine à Cherbourg ; — M. Lefebvre, médecin de première classe au 5e d'infanterie de marine à Cherbourg, est placé, sur sa demande, au 1er d'artillerie de marine à Lorient ; — M. Pons, médecin de première classe du cadre de Brest, est désigné pour servir au 5e d'infanterie de marine à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Lefebvre ; — M. Daniel, médecin de deuxième classe du cadre général à Brest, est appelé, sur sa demande, à servir au 5e d'infanterie de marine à Cherbourg ; — M. Quédec, médecin de première classe du service général à Brest, est placé, sur sa demande, au 2e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Sévère ; — M. Chalibert, médecin de deuxième classe en excédent au 4e d'infanterie de marine, à Toulon, est placé au 2e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Mailliu ; — M. Micholet, médecin de deuxième classe, en excédent au 4e d'infanterie de marine, à Toulon, est placé au 2e d'infanterie de marine, à Brest ; — M. Séguy, médecin de première classe, du service général à Brest, est désigné, sur sa demande, pour servir au 6e au même port, en remplacement de M. le docteur Dubois ; — M. Duranton, médecin de deuxième classe, en excédent au 4e d'infanterie de marine à Toulon, est affecté au 6e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Denis (A.), promu de première classe ; — M. Géraud, médecin principal du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer au 3e d'infanterie de marine à Rochefort, M. le docteur Ludger, réintégré, sur sa demande, au service général.

— MM. Ludger et Rémond, médecins principaux provenant du service des troupes en France, sont affectés au service général, le premier à Rochefort, le second à Cherbourg. — MM. Mailliu et Pierre, médecins de deuxième classe provenant du service des troupes en France, sont affectés au service général, le premier à Brest, le second à Toulon. — M. Coppin, médecin de première classe du service général à Brest, est affecté sur sa demande au port de Cherbourg. — M. Desmond-Sicard, médecin de première classe, du cadre général, à Lorient, résidant à l'hôpital de Cherbourg, est affecté sur sa demande à ce port. — M. Audibert, médecin de première classe, du cadre général à Cherbourg, est affecté sur sa demande, au cadre général, à Toulon. — M. Durand, médecin de première classe, du cadre de Rochefort, embarqué sur le *Galilée*, est affecté au port de Brest sur sa demande. — M. Labadens, médecin de première classe, du cadre de Brest, embarqué sur le *Duguay-Trouin*, est affecté, sur sa demande, au port de Rochefort. — M. N. Nollet, médecin de première classe, du cadre de Cherbourg, actuellement à l'École de pyrotechnie, est affecté, sur sa demande, au port de Toulon. — M. Guillarmou, médecin de première classe, du cadre de Lorient, embarqué sur la *Saône*, est rattaché, sur sa demande, au port de Brest.

— Par arrêté, en date du 5 mai 1899, MM. les docteurs Jacques Bertillon, chef du service de la statistique à la préfecture de la Seine, et Gariel, membre de l'Académie de médecine et membre du conseil supérieur de la statistique, sont nommés membres de la commission chargée d'établir les tables de mortalité et de morbidité applicables aux sociétés de secours mutuels.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale des maladies des enfants, vacante à partir du 1er novembre 1899, sera ouvert à ladite Faculté le lundi 19 juin 1899 à neuf heures du matin.

Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française qui n'est pas âgé de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 8 juin 1899, à midi, en produisant leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine.

— Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Boulogne-sur-Mer, le 14 septembre 1899. Les médecins qui désirent prendre part aux travaux de la section de médecine sont priés d'adresser au secrétariat du conseil, 28, rue Serpente, à Paris, le titre de leurs communications.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. Assaki, ancien agrégé d'anatomie et de physiologie à la Faculté de médecine de Lille, directeur de l'Institut de gynécologie de Bucarest ; P.-E. Berthelin (de Troyes) ; Bertrand (de Montlieu) ; Caradec (de Toulon) ; Chazottes (de Lespignan) ; Cherbuliez (de Sacy) ; Cros (de Montpellier) ; Delamotte (de La Fère) ; Duroziez et Vaucher (de Paris) ; Marcellin Duval, ancien directeur du service de santé de la marine, à Brest ; Ferry (de Nancy) ; Friedel, membre de l'Institut, professeur de chimie organique à la Sorbonne ; Manceau (du Mans) ; Mouchoux (de Pré-Saint-Gervais) ; Hippolyte Thomas, médecin en chef de l'hôpital et professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Tours ; Toubin (de Salins) ; Ulry, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 55. — MARDI 16 MAI 1899. 72e ANNÉE. MARDI 16 MAI 1899. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Paris, le 15 mai 1899.

Notre confrère, le *Progrès médical*, étudie, sous la signature du docteur Noir, la question du paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux. Cette question doit, d'ailleurs, être portée à la prochaine réunion du Conseil supérieur de l'Assistance publique par le docteur Regnard, inspecteur général de l'Assistance publique. Nous prévoyons que la discussion sera des plus animées et que de nombreuses objections ne manqueront pas de s'élever. Toucher à la gratuité semble, en effet, violer le principe même de l'hospitalisation et fouler aux pieds le droit imprescriptible du pauvre au lit gratuit; car, il ne faut pas l'oublier, c'est pour le pauvre, et pour lui seul, que l'hôpital a été créé, que les subsides qui le font vivre ont été fournis. Tout cela est exact; mais l'Administration ne viole-t-elle pas elle-même ce principe en admettant les malades payants et en tarifant ses journées? Dès que l'administration hospitalière se transforme en maison de santé payante, de quel droit impose-t-elle la gratuité des soins aux médecins et chirurgiens, alors qu'elle fait payer son logement, sa nourriture et ses objets de pansements? Il y a là une anomalie et une irrégularité flagrante, qu'a d'ailleurs fort bien comprise le tribunal civil de Murat lorsque, il y a une année, il condamnait une malade opérée à l'hôpital à payer son chirurgien.

En droit, la chose nous paraît indiscutable, le médecin, le chirurgien d'hôpital ne doivent leurs soins gratuits qu'aux indigents; ils ne sont pas tenus, du fait même de l'indemnité dérisoire qui leur est allouée, de soigner gratuitement les non-indigents qui se sont fourvoyés dans le lit d'un hôpital. Mais, en pratique, la chose est plus délicate. Le chirurgien, pour ne citer que lui, n'aurait-il pas la tendance à transformer l'hôpital en maison particulière, à augmenter la proportion des malades payants, et cela au détriment des malades pauvres et aussi au détriment de ses confrères de la ville? Ne négligerait-il pas malgré lui, et presque instinctivement, le malade à traitement gratuit pour celui dont les soins seraient même faiblement, mais cependant rémunérateurs?

Il y a là, pour nous, un obstacle absolu à la rémunération directe du chirurgien d'hôpital par le malade d'hôpital. Il ne faut pas que le médecin et le chirurgien, nommés pour un service gratuit, tirent un profit quelconque des malades qu'ils soignent dans un service hospitalier. Mais, d'autre part, il est injuste que des malades non indigents puissent se glisser gratuitement à l'hôpital, et sous prétexte qu'ils paient le prix d'une journée, accaparent le temps et les soins du médecin d'hôpital. Il nous paraît équitable que le malade non indigent, qui est hospitalisé, indemnise l'Assistance publique, en versant dans ses caisses quelque argent, qui sera reporté sur la masse commune, et améliore ainsi la situation des vrais pauvres qu'aura lésés la présence à l'hôpital de malades non indigents. Pourquoi n'y aurait-il pas un tarif officiel, peu élevé, spécial à chaque opération, dont le prix serait versé aux caisses de l'économe de l'hôpital, et servirait à améliorer nos services encore si défectueux?

Certainement une telle mesure rompt en visière avec la routine et, *a priori*, ne sera pas sans choquer certains esprits peu enclins à adopter les choses nouvelles. Mais l'obligation de payer l'hôpital empêcherait bien des abus. Il arrive à chaque instant que des blessés, après être passés dans la boutique de l'inévitable pharmacien, sont conduits à l'hôpital et y subissent une opération d'urgence parfois des plus sérieuses. Or, ces blessés ne sont pas fatalement des indigents, il en est même de fort riches et nous en avons connu plusieurs qui, l'opération subie, les deux ou trois premiers jours passés, toute crainte étant évanouie, font signer leur pancarte et s'en vont sans même laisser cinquante centimes aux pauvres.

Nous nous souvenons du fils unique d'un gros industriel, qui s'était fait prendre la main dans un engrenage. Vite, on l'amène à l'hôpital, il y subit l'amputation de l'avant-bras, reste une semaine et disparaît aussitôt les fils de suture enlevés. Est-ce juste? Et cette jeune fille, d'un riche rentier, ayant pignon sur une de nos plus belles avenues, qui renversée par un tramway et ayant le pied écrasé est portée à l'hôpital, y subit l'extirpation de deux métatarsiens, reste quelques jours et s'en va! Et ce troisième qui,

renversé par un fiacre se luxe l'épaule, fait réduire sa luxation à l'hôpital, et reçoit une indemnité de la Compagnie sans qu'il songe à en laisser une partie, même faible, à l'hôpital qui l'a guéri! Pourquoi ces trois blessés, cités au hasard de nos souvenirs, n'ont-ils pas, de par le règlement, laissé à l'hôpital une certaine somme, déterminée d'avance, proportionnelle au service rendu, sans vouloir la rendre proportionnelle à la fortune privée, ce qui serait évidemment inquisitorial et vexatoire?

Au moment où le budget de l'Assistance publique fait eau de toutes parts, ne serait-ce pas logique d'essayer de boucher une des fuites, par un procédé honnête et loyal qui n'a contre lui qu'une grave objection, c'est qu'il n'a pas encore été appliqué, qu'il sort des usages reçus et qu'il faudrait l'étudier un peu, avant de vouloir l'appliquer?

Mais le bon statu quo est si simple, et une réforme, même minime, est si ennuyeuse, que vouloir toucher aux habitudes prises, c'est faire montre d'un esprit difficile à vivre et quelque peu révolutionnaire.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Béclère présente un malade à la fois intéressant par l'affection tout à fait exceptionnelle dont il est porteur, et par le secours apporté au diagnostic par l'examen radioscopique. C'est là un nouvel et très remarquable exemple des services rendus par l'emploi des rayons de Röntgen.

Il s'agit, pour le dire de suite, d'un **abcès sous-phrénique en communication avec les bronches**, révélé par l'examen radioscopique, trois ans après le début de la maladie.

L'homme est d'apparence robuste, de bonne santé habituelle, mais fortement entaché d'éthylisme. Il y a trois ans et demi, le 4 décembre 1895, il fut pris subitement, pendant son sommeil, d'une douleur très vive au côté gauche du thorax. Depuis cette époque, toujours dyspnéique au moindre effort, il a successivement séjourné dans de nombreux hôpitaux, à Denain, à Charleroi, à Lille, à Saint-Quentin, à Paris. Partout on l'a considéré comme un tuberculeux. L'an dernier, à l'hôpital Tenon, il fut pris d'une vomique très abondante, qui fit songer à l'existence d'un foyer de pleurésie interlobaire.

Dès que M. Béclère eut ce malade dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, il le soumit à l'examen radioscopique, et d'abord ne constata rien d'anormal. On ne put tout d'abord dire d'où venait le pus; lorsque, il y a peu de temps, ayant fait un nouvel examen radioscopique le matin, à une heure plus précoce que d'habitude, M. Béclère put constater, dans la région de l'hypocondre droit, l'existence d'une zone claire, indice d'une collection gazeuse, située dans l'espace inter-hépato-diaphragmatique droit. Il s'agit, en somme, — et, grâce à l'examen radiographique, le diagnostic est précis, — d'un abcès sous-phrénique en communication avec les bronches, reconnu seulement trois ans et demi après son début. C'est là un fait curieux dans l'histoire des collections gazeuses sous-diaphragmatiques, chez lesquelles l'acuité est la règle.

M. Rendu rapporte l'observation d'une fillette de cinq ans, atteinte de **pneumonie du sommet compliquée au huitième jour de méningite cérébro-spinale**, terminée par la guérison. L'histoire de la pneumonie fut classique et, au septième jour de la maladie, il sembla que la convalescence allait s'établir. Mais tout à coup la température remonta à 40 degrés; le regard de l'enfant devint fixe; les pupilles se dilatèrent, les mâchoires se serrèrent; le signe de Kernig devint manifeste. En même temps, la respiration prit le caractère bulbaire. Bref, une méningite cérébro-spinale s'était installée, cependant que la pneumonie subissait une recrudescence. Le quinzième jour de la maladie, le thermomètre redescendit à 37 degrés, les symptômes de la maladie s'amendèrent, la pneumonie entra en résolution.

Il faut insister sur les bons effets du traitement par les bains tièdes et les injections de sérum.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur Poncet.

Cystostomie sus-pubienne datant de sept ans, chez un vieux prostatique; occlusion à diverses reprises du méat hypogastrique; nécessité de son maintien pour conjurer de nouvelles complications urinaires. — Santé parfaite.

Par M. Paul Piollet, interne des hôpitaux.

Dans leur récent *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques* (1), MM. A. Poncet et X. Delore rapportent plusieurs observations de vieillards cystostomisés, qui ont dû à l'opération une survie de plusieurs années.

Nous avons eu, ces jours derniers, l'occasion de revoir un ancien cystostomisé, dont il nous a paru intéressant de rapporter l'histoire. On y voit, en effet, des complications urinaires graves, d'origine prostatique, guéries par la cystostomie qui avait laissé à sa suite un méat incontinent. L'existence du néo-méat était d'autant plus nécessaire, que jamais la miction normale ne s'est rétablie. Cependant, à diverses reprises, l'occlusion de l'orifice sus-pubien devint à peu près complète, ce qui s'explique par l'habitude qu'avait prise le malade de vider complètement sa vessie par des cathétérismes fréquents, pratiqués par l'urèthre normal. Après un certain temps de cette pratique, des accidents urinaires d'origine infectieuse survenaient, et pour en triompher de nouveau, il fallait rétablir la miction par l'urèthre hypogastrique, qui devenait ainsi une véritable soupape de sûreté. C'est dans des conditions de ce genre, qu'il nous a été donné de revoir ce vieux cystostomisé, qui savait du reste très bien par lui-même que, lorsque le néo-méat s'oblitérait, tout allait mal, que son état de santé en subissait, plus ou moins vite, le contre-coup, et que, pour redevenir bien portant, il fallait rétablir la nouvelle fonction.

Jean-Claude G..., âgé de soixante-quinze ans, ne présente dans ses antécédents aucune affection grave; il a toujours joui d'une bonne santé.

Le début des accidents urinaires remonte à dix-sept ans. C'est en 1882, à l'âge de cinquante-huit ans, qu'il éprouva pour la première fois de la dysurie, augmentée par le moindre écart de régime, par les excès de travail ou de fatigue. Cette dysurie s'accusa très rapidement, le jet se réduisant à un simple écoulement goutte à goutte, la pollakyurie étant prononcée : vingt à trente mictions en vingt-quatre heures.

En 1887, premier accès de rétention complète, survenu brusquement, ayant duré dix-huit heures, avec symptômes

---

(1) A. Poncet et X. Delore. *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Création d'un canal hypogastrique*, Paris 1899.

généraux graves : agitation, subdélirium, etc. Ces accidents cédèrent à un cathétérisme pratiqué par un médecin.

Depuis lors, le malade se sonde régulièrement plusieurs fois par jour, n'urinant par l'urèthre qu'avec une extrême difficulté et en quantité très restreinte. Depuis cette époque également, à la pollakyurie se sont ajoutées des douleurs vives et cuisantes, localisées au bas-ventre, et irradiant dans le périnée et dans la verge. Enfin, des hématuries sont survenues, de telle sorte qu'en 1887 il tomba dans un état d'affaiblissement, de cachexie, tel qu'il dut entrer à l'Hôtel-Dieu. Il fut soumis pendant quinze jours à un traitement local (cathétérisme, lavages) à la suite duquel les symptômes s'atténuèrent momentanément.

Ils ne tardèrent pas à reparaître, et, sous l'influence des sondages pratiqués par le malade lui-même, les urines, vers la fin de mars 1892, étaient troubles, épaisses, d'odeur ammoniacale, l'état général empirait, tout travail devenait impossible.

Le malade entra alors dans le service de M. le professeur Poncet. Il présentait un amaigrissement notable, une soif vive, une constipation habituelle, quelques accès de fièvre vespéraux, avec agitation nocturne. De plus, douleurs vésicales très vives, efforts de défécation souvent douloureux, uréthrorragies et hématuries favorisées par le cathétérisme nécessaire. Le toucher rectal permet de sentir une prostate énorme, difficile à délimiter avec le doigt.

En présence de ces symptômes menaçants, la cystostomie est pratiquée par M. le professeur Poncet, le 26 avril 1892, suivant les règles habituelles.

On trouve les parois vésicales très épaissies et congestionnées; la muqueuse saigne facilement; la prostate, énorme, en gros col utérin, forme un volumineux bourrelet proéminant dans la cavité vésicale de 3 à 4 centimètres; la vessie est peu distendue, néanmoins il y a un bas-fond très appréciable.

Les suites opératoires furent bonnes; un peu de température les premiers jours, puis amélioration rapide, malgré un sphacèle localisé de la paroi abdominale, autour des points de suture. Pendant la cicatrisation de la plaie, un des lavages fit sortir par le méat hypogastrique un volumineux calcul, qui certainement préexistait à la cystostomie et qui, logé profondément, avait passé inaperçu. Le malade sortit complètement guéri de ses accidents généraux et porteur d'un urinal hypogastrique.

Le nouvel urèthre fonctionna pendant huit mois, absolument incontinent. Peu à peu il se referma, sans que jamais la miction se soit rétablie par la verge. Ne pouvant expulser spontanément la moindre goutte d'urine, le malade se cathétérisait régulièrement.

L'état général, qui s'était maintenu bon jusqu'à la fermeture du néo-canal, déclina de nouveau. L'appétit diminua, les nuits devinrent agitées, la fièvre apparut de temps en temps le soir. Tous ces symptômes s'accusèrent en 1894, si bien que, le 4 mars 1894, il entra à nouveau dans le service de M. le professeur Poncet, présentant un peu de température chaque soir, une langue sèche, de la constipation, etc. Les urines sont troubles. La miction est douloureuse. Le nouveau méat, complètement oblitéré, est remplacé par une cicatrice déprimée. Mais le malade, ne se trouvant pas trop mal, refuse toute intervention, se contentant du cathétérisme et de quelques lavages.

Il sort du service au bout de quinze jours, pour y rentrer le 20 janvier 1895. En effet, les symptômes se sont aggravés; les douleurs vésicales sont devenues très intenses, des hématuries fréquentes se sont produites, pendant que l'état général déclinait. Aussi, le 23 janvier se laisse-t-il opérer par M. Curtillet, chef de clinique chirurgicale, qui rouvre la cicatrice hypogastrique, et extrait deux volumineux calculs.

Dès lors, le malade reprend rapidement, et, au bout de vingt-quatre jours, sort de l'Hôtel-Dieu en excellent état, muni d'un urinal.

Pendant onze mois, l'urine continue à s'écouler par le nouvel urèthre. Puis, comme la première fois, il se ferme peu à peu, vers le début de 1896. L'orifice est resté obturé ainsi pendant trois ans, le malade se sondant très fréquemment (jusqu'à dix-huit ou vingt fois par vingt-quatre heures), mais ne pouvant absolument pas uriner spontanément.

En mai 1899, le malade remarqua que ses urines devenaient plus troubles; il recommença à souffrir du côté de la vessie, sans avoir d'hématurie; bientôt, la cicatrice devint douloureuse, s'abcéda, puis s'ouvrit, laissant s'écouler l'urine.

Le 19 avril 1899, il revint dans le service de M. le professeur Poncet, se plaignant d'être constamment souillé par ses urines.

A ce moment, l'état général est excellent; le vieillard, gai et causeur, a bon appétit, il se sent plein de vigueur; il dit lui-même qu'il se porte très bien depuis que son méat hypogastrique est ouvert.

A la région hypogastrique, immédiatement au-dessus du pubis, cicatrice déprimée, allongée verticalement, de 3 centimètres et demi environ. En écartant les plis cutanés, on constate que l'orifice par lequel s'écoule l'urine est petit, rétréci, il permet l'introduction d'une sonde n° 16.

L'exploration de la vessie par le néo-canal est peu douloureuse; elle ne révèle aucun calcul.

Le malade est muni d'un urinal hypogastrique de Souel. Toutes les urines sont ainsi recueillies. Il se déclare très satisfait et quitte l'Hôtel-Dieu.

Les avantages du drainage de la vessie infectée par la création du méat hypogastrique ressortent très nettement de cette observation. Voici, en effet, un homme de soixante-quinze ans, habitant la campagne où il exerce la profession de manouvrier, et qui, malgré des conditions hygiéniques et générales qui laissent à désirer, malgré des soins de propreté locale tout à fait insuffisants, non seulement a survécu à des complications urinaires graves, mais jouit à l'heure actuelle d'une parfaite santé. Il ne s'est même jamais mieux porté et son observation vient encore à l'appui de cette remarque, faite depuis longtemps par M. Poncet chez d'anciens cystostomisés, à savoir qu'ils ont, après l'opération, pendant les années qui suivent, une sorte de reviviscence, ainsi du reste qu'ils le racontent très volontiers.

Cet état de santé parfaite post-opératoire s'explique très bien. Le plus souvent, en effet, les prostatiques chez lesquels la cystostomie est devenue nécessaire pour des accidents graves, avaient depuis longtemps, en dehors de troubles fonctionnels plus ou moins marqués, de l'empoisonnement urinaire chronique, latent, se traduisant par des signes mal définis, de cause indéterminée, et rattachés, le plus souvent, à une sénilité précoce ou rapidement progressive. En assurant le libre et complet écoulement de l'urine, en mettant au repos l'appareil urinaire tout entier, etc., la cystostomie fait précisément disparaître ces troubles plus ou moins prononcés de l'état général, elle explique cette espèce de jeunesse des vieux cystostomisés.

A propos de ce cas si intéressant, il est un dernier point que nous désirons mettre en relief, c'est celui qui a trait à la calculose vésicale chez les prostatiques.

Chez de tels malades, les calculs sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose, et par suite de l'existence, la

plupart du temps, d'un bas-fond vésical prononcé, ils sont souvent et facilement méconnus.

MM. A. Poncet et Delore ont consacré un chapitre de leur livre au traitement de la pierre chez les prostatiques. Elle est encore une nouvelle indication de la cystostomie sus-pubienne, avec laquelle la lithotritie ne saurait entrer en parallèle; et plus tard, si de nouveaux calculs se forment, le canal sus-pubien constitue une voie tout ouverte pour leur ablation.

Nous terminerons l'exposé de ces quelques considérations, par cette réflexion que nous avons plus d'une fois entendu émettre par notre maître, M. le professeur Poncet, « qu'il ne faut pas s'embarquer dans une cystostomie, sans avoir sous la main les tenettes nécessaires pour l'extraction d'un calcul. » L'expérience lui a, en effet, maintes fois démontré la présence de calculs vésicaux dans des vessies de vieux prostatiques, dont l'état des voies urinaires nécessitait la cystostomie, et chez lesquels la pierre avait été méconnue malgré des cathétérismes fréquents.

ARTHRITE SUPPURÉE

RHUMATISME POLY-ARTICULAIRE ET MANIFESTATIONS SPINALES D'ORIGINE BLENNORRAGIQUE; PRÉSENCE DU BACILLE PYOCYANIQUE DANS LE SANG VEINEUX RECUEILLI VINGT-QUATRE HEURES AVANT LA MORT.

Par M. le docteur Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille.

Marie G..., âgée de dix-sept ans, contracte une blennorragie intense avec métrite; quinze jours après, elle est prise de douleurs très vives dans l'articulation coxo-fémorale droite; elles irradient dans la région trochantérienne qui devient rouge, chaude, empâtée. Rhumatisme blennorragique à gauche, au niveau du genou, du cou de pied. Cette localisation ne dure que deux semaines. L'arthrite coxo-fémorale augmente d'intensité; cœur et poumons sains, écoulement blennorragique vaginal abondant, urines rares, chargées de pus, diarrhée fétide. Au bout de deux mois, état général mauvais, eschare au niveau du sacrum, elle augmente rapidement en surface et en profondeur; les os sont mis à nu; langue dépouillée, rouge vif; vomissements fréquents, diarrhée incessante. Cinq jours plus tard, cet état infectieux devient très accusé, subdélirium. L'articulation coxo-fémorale est toujours très douloureuse, la hanche est tuméfiée. Atrophie considérable des deux membres inférieurs, paraplégie complète, marche impossible, pieds tombants; la malade ne peut se tenir debout, troubles de la sensibilité cutanée peu marqués. Un mois plus tard, l'eschare sacrée n'a aucune tendance à se cicatriser; urines purulentes, diarrhée profuse, gonflement du genou droit. L'articulation coxo-fémorale est toujours tuméfiée, douloureuse; les mouvements sont fort difficiles. L'atrophie des membres inférieurs a encore augmenté. Hébétude, délire. Le sang, puisé avec toutes les précautions d'usage dans une veine du pli du coude et ensemencé dans du bouillon, donne, au bout de quelques jours, des cultures vertes de *bacille pyocyanique* mélangé à du coli-bacille. Le délire et les phénomènes infectieux s'accroissent, et la malade succombe dans un état comateux trois mois et vingt et un jours après avoir contracté sa blennorragie.

Autopsie. — L'articulation coxo-fémorale contient beaucoup de pus sanguinolent; la tête fémorale est abrasée, usée, rongée, privée de son cartilage articulaire; la cavité cotyloïde est rouge, baignée de pus. L'articulation fémoro-tibiale droite est atteinte d'arthrite sèche, plastique, sans pus. Poumons congestionnés, foie et rein graisseux, rate volumineuse; des ensemencements faits avec la pulpe splénique donnent des cultures du coli-bacille.

Examen histologique. — Les nerfs rachidiens, pris à l'extrémité inférieure de la queue de cheval, présentent, par place, des points de dégénérescence granulo-graisseuse avec aspect moniliforme. Les méninges rachidiennes sont épaissies. Les vaisseaux de la moelle sont dilatés, surtout au niveau des cornes antérieures; quelques-uns sont entourés de cellules embryonnaires. La conservation de cette moelle dans le liquide de Muller n'a pas permis d'employer la méthode de Nissl. On trouve quelques cocci irrégulièrement disséminés dans les coupes de la moelle et des méninges. Barrié a vu, dans un cas analogue, des staphylocoques. Chez notre malade, ces manifestations spinales, sur lesquelles la thèse de Lustgarten (Paris, 1898) donne les indications les plus récentes, paraissent dépendre non du gonocoque, mais des infections secondaires à une blennorragie extrêmement virulente.

THÉRAPEUTIQUE

Mixture contre la constipation opiniâtre (Dobel).

Podophylline	15 centigrammes.
Essence de gingembre . .	8 grammes.
Alcool	60 —

Mêlez. A prendre une cuillerée à café tous les soirs ou tous les deux à quatre soirs dans un quart de verre d'eau. (*Journ. de méd. de Paris.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie pathologique (1), par L. Bard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le « Précis » dont nous présentons au public médical la seconde édition est moins encore un résumé d'anatomie pathologique destiné à la préparation des examens, qu'une sorte de manuel propre à servir de guide aux observations personnelles de chacun. L'auteur y a résumé, d'une part, dans un appendice spécial, les indications techniques qui sont nécessaires aux débutants pour aborder avec fruit la pratique des autopsies; d'autre part, il s'est toujours attaché à décrire les lésions anatomiques telles qu'elles se voient tant à l'œil nu qu'au microscope, en insistant particulièrement sur les détails que l'expérience de l'enseignement lui a montré être les plus nécessaires pour éviter les confusions ou les causes d'erreur. Ce « Précis » continuera à être très utile à ceux qui voudront y joindre le complément indispensable d'observations pratiques personnelles. Dans sa concision et dans son cadre restreint, sans pouvoir tenir lieu des traités plus étendus, il suffira à ceux qui ne demandent à l'anatomie pathologique que le complément nécessaire de leurs études médicales; à ceux qui sont dominés par les préoccupations scientifiques, il apportera les premiers éléments de l'anatomie pathologique et leur inspirera le désir de la mieux connaître.

Le rhume des foins (2), par le docteur J. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon.

Faire un tableau d'ensemble du rhume des foins, du hay fever des Anglais, jeter un peu de lumière sur la pathogénie

(1) In-16. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

de cette affection et établir un traitement rationnel, voilà l'actualité médicale que vient de publier M. Garel. Avec beaucoup de clarté et de précision, l'auteur nous amène aux conclusions suivantes :

1° L'asthme des foins n'est autre qu'une variété de la rhino-bronchite spasmodique.

2° La rhino-bronchite spasmodique se divise en deux variétés : l'une périodique ou rhume des foins proprement dit, l'autre apériodique, survenant dans n'importe quelle saison de l'année.

3° L'asthme des foins dépend de trois facteurs principaux :

a. Terrain prédisposé, neuro-arthritisme ayant pour conséquence une susceptibilité particulière des centres nerveux.

b. Muqueuse nasale douée d'un certain degré d'hyperexcitabilité réflexe.

c. Un agent irritant extérieur, seule cause déterminante des accès.

4° Le traitement peut s'adresser aux trois facteurs.

Il est préventif dans le premier cas, curatif ou palliatif dans le second et prophylactique pour le troisième.

5° Le traitement chirurgical, qui a pour but de supprimer les zones sensibles de la pituitaire, est le seul qui donne des résultats positifs et certains.

Tableaux synoptiques pour l'analyse des urines et des dépôts urinaires (1), par G. Drevet, pharmacien de première classe.

Tous les ouvrages sur l'urine parus jusqu'à ce jour sont plus ou moins volumineux. Le « Guide pratique pour l'analyse des urines » de Mercier, le plus pratique de tous, est excellent comme ouvrage dogmatique. Les Tableaux synoptiques de M. Drevet répondent à un autre besoin, c'est le livre que le chimiste, le pharmacien ou le médecin devra avoir sous les yeux en faisant une analyse : la disposition typographique adoptée permet de suivre l'opération en embrassant d'un seul coup d'œil toutes ses phases. M. Drevet énumère successivement les instruments et les solutions nécessaires pour chaque dosage, les précautions à prendre, le mode opératoire, le résultat et la signification de l'analyse.

La partie consacrée à l'examen microscopique des dépôts urinaires est accompagnée de 7 planches qui ajoutent encore à la clarté du texte.

La lutte contre la tuberculose (2), par G.-H. Niewenglowski.

De toutes les maladies contagieuses, la tuberculose est certainement celle qui fait le plus de ravages. Et cependant, c'est une maladie évitable et curable. Dans la petite brochure qu'il vient de publier, M. G.-H. Niewenglowski s'est proposé d'apprendre au public ce qu'est la tuberculose, comment on peut l'éviter et ce qu'il faut faire pour en guérir. L'auteur y a pleinement réussi, et cet ouvrage, écrit avec la précision et la clarté habituelles de ce vulgarisateur, sera lu avec profit par tous ceux qui ont souci de leur santé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 22 au 27 mai 1899)

Examens de doctorat.

Mardi 23 mai, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant.

3e (oral, 1re partie) : MM. Budin, Richelot et Quénu ; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Marfan.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Vaquez et Langlois ; — (2e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Chantemesse, Troisier et André ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Berger et Albarran ; — (2e série) : MM. Panas, Le Dentu et Faure ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier ; — M. Charrin, suppléant.

Mercredi 24 mai, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 4e (1re série) : MM. Ch. Richet, Lancereaux et Wurtz ; — (2e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : Pouchet, Gilles de la Tourette et Widal ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Blum, Humbert et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Lejars et Delbet ; — (2e partie) : MM. Hayem, Dupré et Méry ; — M. Mauclaire, suppléant.

Jeudi 25 mai, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Rémy, Gley et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Poirier, Wallich et Faure ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Marfan et Launois ; — (2e partie, nouveau régime) : MM. Raymond, Ménétrier et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Hanriot, Vaquez et Wurtz ; — M. André, suppléant.

Vendredi 26 mai, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Retterer.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Terrier, Legueu et Wallich ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Potain, Widal et Teissier.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette et Wurtz ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Humbert, Lejars et Delbet ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Lancereaux et Méry ; — M. Dupré, suppléant.

Samedi 27 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Berger, Thiéry et Wallich.

4e (1re série), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Desgrez et Langlois.

4e *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Hutinel, Hanriot et Vaquez.

2e (officiat définitif) : MM. Richelot, Achard et Launois ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Quénu, Poirier et Faure ; — (2e partie) : MM. Hallopeau, Troisier et Thiroloix ; — M. Rémy, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Marfan ; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Widal ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Panas, Budin et Bonnaire ; — M. André, suppléant.

THÈSES

Soutenues a la Faculté de médecine de Paris pendant l'année scolaire 1898-1899

227. M. Mariani. Contribution à l'étude de l'hérédité chez les paralytiques généraux. — 228. M. Bellanger. Contribution à l'étude de la diplopie monoculaire. — 229. M. Lasserre. Pied-bot acquis par synovite tendineuse. — 230. M. Pellier.

(1) In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin (cæcum et rectum exceptés). — 231. M. Delpiano. Contribution à l'étude des différentes malformations utérines. — 232. M. le Corney. Contribution à l'étude du traitement de l'appendicite. — 233. M. Coittier. L'avenir des appendiculaires. — 234. M. Guilbard. Contribution à l'étude du traitement des angiomes par l'électrolyse. — 235. M. Terrien. Étude anatomo-pathologique du foie dans la gastro-entérite des nourrissons. — 236. M. Charpentier. Recherches expérimentales et cliniques sur le bromoforme dans le traitement de la coqueluche. — 237. M. Lafargue. Des plaies thoraciques compliquées de pénétration, et, plus particulièrement, des plaies de l'espace de Traube. — 238. M. Jousselin. La dégénérescence muqueuse ou myxomateuse (infiltration colloïde) des fibromes de l'utérus. — 239. M. O'Léary. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du squelette thoracique. — 240. M. Tiffaud. L'exercice illégal de la médecine dans le Bas-Poitou. (Les toucheurs et les guérisseurs.) — 241. M. Dupuy. Sur une forme de septicémie gangréneuse d'origine otique. — 242. M. Dausset. Des éléments de pronostic au cours des ictères infectieux et en particulier de la glycosurie alimentaire. — 243. M. Weill. De l'ascite aiguë au cours des cirrhoses du foie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgie (épreuve clinique) : MM. Auvray et Delbet, 20 ; Cazin, Launay et Marion, 19 ; Riche, 18 ; Savariaud, 17 ; Baudet, 16 ; Banzet et Mayet, 15 ; Longuet, 14 ; Michon, 13 ; Genouville, 12.

Sont admissibles aux épreuves définitives : MM. Auvray, 68 ; Launay et Marion, 67 ; Delbet, 66 ; Riche, 63 ; Cazin, 62 ; Savariaud, 61 ; Longuet, 57.

— Par arrêtés ministériels, en date des 1er et 6 avril 1899, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Magnanon (de Valence) et Hennart (de Lille).

— Par arrêté ministériel, en date du 12 avril 1899, M. le docteur Horeau, maire de Fresnay-sur-Sarthe, délégué cantonal, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— Par décision ministérielle, en date du 12 mai 1899, M. le médecin aide-major de première classe Lanne, du 76e d'infanterie, a été désigné pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1899, à l'hôpital d'eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, en remplacement de M. le médecin aide-major de première classe Dusolier.

— Par décision ministérielle, en date du 13 mai 1899, M. Le Foch, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, est désigné pour remplacer dans le poste sédentaire de l'île d'Aix M. le docteur Dumas, promu de première classe.

— Par arrêté, en date du 28 avril 1899, M. Combier (T.-A.), docteur en médecine, a été nommé médecin auxiliaire des colonies.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Vivien, médecin de première classe, du service général à Rochefort, est affecté, sur sa demande, au 3e d'infanterie de marine, à Rochefort, en remplacement de M. le docteur Nouaille-Degorce ; — M. Merleau-Ponty, médecin de deuxième classe, du 7e d'infanterie de marine, où il est en excédent, est affecté au 3e d'infanterie de marine à Rochefort, en remplacement de M. le docteur Prouvost ; — M. Sibaud, médecin principal, du cadre de Brest, est désigné pour remplacer au 7e d'infanterie de marine à Rochefort, M. le docteur Burot, promu médecin en chef ; — M. Guilloteau, médecin de première classe au 2e d'infanterie de marine à Cherbourg, est désigné, sur sa demande, pour servir au 4e d'infanterie de marine à Toulon, en remplacement de M. le docteur Castellan (H.-L.) ; — M. Bellard, médecin de première classe du service général à Cherbourg, est désigné, sur sa demande, pour servir au 2e d'artillerie de marine à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Guilloteau ; — M. Vialet, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, et M. Réjou, médecin de deuxième classe, en excédent au 1er d'artillerie de marine à Lorient, sont appelés à servir au 2e d'artillerie de marine, à Cherbourg ; — M. Ripoteau, médecin de première classe, du cadre de Cherbourg, est affecté, sur sa demande, au 2e d'artillerie de marine à Brest ; — M. Rapuc, médecin de deuxième classe, en excédent au 1er d'artillerie de marine à Lorient, est affecté, sur sa demande, à la 5e compagnie d'ouvriers d'artillerie de marine à Toulon, en remplacement de M. le docteur Porre.

— Sur la demande de M. le directeur du service de santé Michel, M. le docteur Fossard, médecin de première classe à Cherbourg, est désigné pour remplir au même port les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé.

— MM. Martine, médecin de première classe, embarqué sur le *Cosmao*, et Derobert, médecin de première classe, du cadre de Toulon, sont autorisés à permuter.

— M. Ferrandini, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, est désigné pour servir aux batteries d'artillerie à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Vialet, qui reste au service général à Brest.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.* — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899, devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Un concours s'ouvrira le 4 décembre 1899, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Danove et Rivalz (de Marseille) ; Longy (d'Eygurande).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie raisonnée, par le docteur H.-N. Dakhyl. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Virus et venins, remèdes internes, par le docteur Kruger. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 56. — JEUDI 18 MAI 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 18 MAI 1899. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les chirurgiens, dans ces dernières années, se sont beaucoup occupés des plaies pénétrantes de l'abdomen, ainsi que de celles du crâne. Les plaies pénétrantes du thorax, nous semble-t-il, ont moins attiré leur attention. Il ne paraît pas cependant qu'elles soient moins fréquentes, ni moins intéressantes. Aussi la communication que vient de faire sur ce sujet M. Championnière mérite-t-elle qu'on s'y arrête. Elle va même devenir l'objet d'une discussion, plusieurs membres s'étant fait inscrire pour prendre la parole. Cette communication repose sur l'observation d'un blessé que M. Championnière a présenté à l'Académie et qui était atteint d'une plaie pénétrante de poitrine avec immense épanchement thoracique, traitée et guérie par l'immobilisation absolue, la diète et les évacuants. On lira plus loin l'intéressante observation de ce blessé qui, en voulant arrêter un aliéné armé d'un revolver, fut frappé par une balle à bout portant et apporté aussitôt à l'Hôtel-Dieu. Nous ne voulons retenir ici que les réflexions générales que M. Championnière a faites, à son sujet, sur le traitement des plaies pénétrantes de la poitrine.

Contrairement à ce qui a lieu pour l'abdomen, où la tendance à l'intervention est de plus en plus marquée, le premier devoir du chirurgien est ici de s'abstenir, non seulement de toute opération, mais même de toute exploration.

En présence d'une plaie pénétrante de poitrine avec épanchement thoracique, voici, d'après M. Championnière, les règles fondamentales qui doivent guider le chirurgien : l'immobilisation immédiate et absolue, plutôt dans la position assise que dans le décubitus dorsal; suppression de tout mouvement, de toute conversation, isolement du blessé, diète hydrique, boissons froides et peu abondantes, évacuation aussitôt que possible, injections de sérum artificiel à petites doses. La plus grande discrétion doit être apportée dans l'examen du malade. Mais ce qui constitue surtout un grand danger pour ces blessés, c'est leur transport dans un lieu de secours quelconque. L'idéal serait de les immobiliser immédiatement et sur place. Combien de ces blessés n'ont dû leur mort qu'à ce premier transport! Malheureusement, si sages que soient ces conseils, il n'est pas toujours possible de les suivre; aussi, à défaut de cette immobilisation immédiate si difficile à réaliser dans la plupart des ciconstances où se produisent ces plaies pénétrantes de poitrine, convient-il d'insister sur la nécessité d'effectuer ce premier transport dans des conditions de prudence et de précautions infinies. On ne saurait trop insister aussi sur les dangers, dans ces cas, de toute recherche, de toute exploration et surtout de toute tentative d'extraction du projectile. Un simple lavage antiseptique de la plaie, et c'est tout. C'est donc à ces plaies, bien plus encore qu'au cancer, que devrait s'appliquer le vieil adage : *Noli me tangere*.

Au début de la séance, M. Laborde a présenté un nouveau travail de M. Dussaud sur un moyen simple de doubler l'action sonore dans les appareils phonographiques et téléphoniques. On comprendra toute l'importance de cette heureuse modification pour les ouïes mauvaises.

M. Javal a analysé un travail de M. Romiée (de Liège) sur la myopie scolaire. Tout en admettant avec M. Romiée que l'amélioration de l'éclairage peut être une cause de la diminution de la myopie dans les écoles, M. Javal insiste sur la nécessité, pour diminuer encore davantage cette myopie, de substituer l'écriture droite à l'écriture penchée dans les établissements scolaires.

Citons encore un travail de M. Ledé, sur l'évolution dentaire chez les enfants en nourrice, et une curieuse observation de M. Barette (de Caen), relative à l'extirpation d'un fibro-myome abdominal, par la laparotomie, chez une femme n'ayant ni vagin, ni utérus.

LA HERNIE OMBILICALE DE L'ADULTE

ET SON TRAITEMENT

Comme toute hernie : la hernie de l'ombilic comporte deux traitements : le traitement palliatif par les bandages, le traitement curatif par l'opération chirurgicale.

Le traitement par le *bandage* est possible quand la hernie est *petite* et *facilement réductible*.

Ce bandage peut être à ressort avec une véritable pelote, le ressort ne s'appuyant qu'à son extrémité postérieure, sur la région lombaire, et sur son extrémité antérieure, c'est-à-dire sur la pelote. Il agit à la façon d'une pincette entre les deux branches de laquelle on interposerait un corps trop volumineux; une ceinture souple part de l'extrémité postérieure du ressort et vient s'attacher en avant, sur la pelote. Elle est susceptible de se resserrer à volonté. Souvent toléré dans les petites hernies, chez les sujets à profession sédentaire, le bandage est difficilement applicable pour les hernies volumineuses ou difficiles à contenir, chez les sujets qui, par profession, se livrent à de durs travaux; et chez les personnes obèses dont le ventre saillant et convexe offre peu de stabilité au bandage herniaire. Malheureusement l'obésité est fréquente chez les hernieux de l'ombilic.

En dehors, donc, de certains cas très nets de hernie petite et facile à contenir, la cure radicale s'impose comme traitement de choix et cela pour les raisons suivantes :

1° Inefficacité et insuffisance du bandage, souvent difficilement toléré;

2° Fréquence de l'étranglement dans ces sortes de hernies;

3° Danger de l'étranglement dont la cure opératoire n'a pas encore su, à l'heure actuelle, bénéficier de la sécurité et de la bénignité de l'intervention dans les autres hernies étranglées;

4° Tendance générale de la hernie à augmenter de volume, à se transformer en une véritable éventration, avec issue d'une grande partie des viscères abdominaux, et à constituer une véritable infirmité.

De tous les procédés proposés, le plus simple nous paraît le meilleur, il consiste à faire une incision verticale, dont l'étendue est donnée par le volume même de la hernie, disséquer bien scrupuleusement le sac, de façon à voir son orifice aponévrotique, l'ouvrir, réduire le contenu comme dans toute cure radicale, réséquer la plus grande partie de l'épiploon si celui-ci se trouve dans la hernie et enfin réséquer ce sac au ras de l'orifice ombilical, aux bords duquel il est en général si adhérent qu'il est confondu avec eux.

A ce moment de l'opération, il existe un orifice arrondi pénétrant directement dans l'abdomen, les bords de cet orifice doivent être avivés et suturés par des points séparés de soie aseptique et forte.

Si l'orifice est grand, cette suture ne suffit pas, il faut ouvrir, près le bord interne des muscles, la paroi antérieure de la gaine des droits, et suturer ces muscles par un surjet au catgut qui les accole l'un à l'autre. Ce qui sera plus facile et plus rapide que de les sectionner et les entrecroiser comme le veut Dauriac. Néanmoins ce procédé est très utile dans les véritables éventrations. Par-dessus ces muscles suturés, il faut rapprocher par la suture, à points séparés, la paroi antérieure de la gaine des muscles droits, il faut avoir soin pour cela de ne pas ouvrir la gaine des droits trop loin du bord interne des muscles, sous peine d'avoir des difficultés considérables pour en obtenir l'affrontement. Certains auteurs, et Championnière entre autres, conseillent, chez les gens obèses, de soumettre les futurs opérés à un régime préparatoire qui en les émaciant rend la suture plus facile, moins tendue et plus efficace. Quand ces trois plans de suture sont placés, la peau est réunie, avec ou sans résection de la partie en excès, avec des crins de Florence qu'on enlève le huitième jour. L'abdomen est maintenu très serré par un pansement compressif bien appliqué.

Si le traitement opératoire est le traitement de choix et le seul curateur, il a néanmoins ses contre-indications.

Les contre-indications peuvent être communes à toutes les hernies, et ressortir à l'état général : âge avancé du sujet, tare organique importante : albuminurie, diabète, adipose excessive, lésions broncho-pulmonaires chroniques, affections cardiaques, etc.; mais elles peuvent aussi tenir au volume excessif de la hernie, qui fait craindre une impossibilité de réduction complète au cours de l'opération. Enfin, il faut compter avec les hernies qui sont de véritables éventrations. Dans ces cas, le chirurgien ne trouvera plus dans les aponévroses dissociées et amincies de l'abdomen, l'étoffe suffisante pour refaire une paroi résistante et solide.

Il y a des cas nets où la conduite est facile à tenir et où le chirurgien peut se prononcer avec décision sur l'opportunité ou la non-opportunité d'une opération. Mais à côté des cas types, il y a toute une catégorie de cas intermédiaires, de cas limites, où l'expérience et l'habileté du chirurgien feront pencher la balance du côté de l'opération ou de la non-intervention.

Pour ces hernies volumineuses, inopérables, il faut en revenir au bandage. Mais cet appareil n'a plus la prétention de tenter une réduction impossible, il se contente de maintenir ce qui est sorti et de s'opposer, autant qu'il le peut, à une marche trop rapidement progressive de la hernie. C'est alors une ceinture caoutchoutée, élastique, baleinée, que construisent nos bandagistes. Pour les hernies plus volumineuses, ce sont de véritables sacs en peau de chien, faisant office de paroi abdominale; et dans les cas extrêmes, ces carapaces doivent être supportées par des bretelles; car la sangle lombaire serait insuffisante pour les maintenir, et donnerait lieu à une constriction par trop douloureuse.

En résumé, conseiller l'opération de la hernie ombilicale de l'adulte dès qu'elle est nettement diagnostiquée. L'opération, dans ces cas, est simple et efficace. Dans les hernies irréductibles et difficiles à contenir, il faut insister près du malade pour *imposer* la cure radicale. La hernie, à cette période, est une infirmité et un danger.

Le bandage est un traitement possible pour les hernies petites et faciles à contenir, il faut le considérer comme une nécessité gênante pour les hernies trop grosses, issues à travers des parois sans résistance et chez des individus à constitution trop ébranlée.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE PAR ARMES A FEU

ÉPANCHEMENT DE SANG. — TRAITEMENT PAR L'IMMOBILITÉ ABSOLUE, LA DIÈTE ET LES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

Par M. le docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

L'auteur a présenté à l'Académie un blessé, guéri, dont l'histoire est intéressante et instructive à tous les points de vue.

Un homme vigoureux, en arrêtant un aliéné armé d'un révolver, fut frappé à bout portant par une balle de 11 millimètres. Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu immédiatement et vu après par M. Championnière.

Pouls rapide et irrégulier, menaces continuelles de syncope. Agitation et un peu plus tard subdélirium.

La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée forte puis recouverte d'un pansement iodoformé sans être explorée.

Des crachats sanglants sont rendus avec efforts.

L'auscultation, le jour de l'entrée, ne fait pas reconnaître la présence d'une nappe sanguine dans le thorax. Mais le lendemain, il existe une matité remontant en arrière, jusque vers la fosse sus-épineuse, un peu moins élevée en avant.

Le blessé, atteint d'une plaie pénétrante de poitrine avec immense épanchement thoracique, fut traité par l'immobilisation absolue, la diète, les évacuants aussitôt qu'il put les supporter.

A l'heure actuelle, il est guéri ou du moins en pleine sécurité. La matité a presque disparu. La radiographie montre que la balle qui, de haut en bas, a traversé toute la poitrine, est logée en avant de la douzième côte.

L'immobilité, la diète ont amené dans ce cas la guérison d'un homme qui semblait voué à une mort assurée.

M. Championnière pense que ce cas mérite d'être présenté, non seulement à cause du succès pour le sujet, mais pour affirmer la règle générale du traitement des plaies de poitrine.

Il rappelle l'observation curieuse prise en 1891 d'un jeune homme frappé au sommet du poumon droit par un fleuret brisé. Celui-ci fut immobilisé immédiatement dans la salle d'armes dans laquelle il avait été frappé et, malgré une plaie des plus graves avec inondation immédiate de la plèvre, guérit admirablement.

M. Championnière fait remarquer que, tandis que de nombreux blessés qui avaient des blessures pulmonaires insignifiantes sont morts rapidement après des transports ou des explorations intempestives, il a eu l'occasion d'observer les cas les plus graves qui ont été suivis de guérison.

Au contraire de ce qui se passe dans les plaies de l'abdomen pour lesquelles la tendance à l'intervention est de plus en plus marquée, il faut être pour la poitrine extraordinairement réservé. Non seulement il n'y a pas lieu d'intervenir dans l'immense majorité des cas, mais il faut éviter au patient les moindres mouvements. Rien que les déplacements pour pratiquer l'auscultation peuvent être funestes au sujet qui vient d'être frappé et il doit être examiné avec une extrême discrétion.

Cela est vrai des plaies par arme blanche et des plaies par arme à feu. Ceci soit dit, bien entendu, des plaies par balles de révolver, telles que nous les observons surtout dans nos hôpitaux.

Sans compter les personnalités bien connues, comme celle d'un ancien et très aimé président de l'Académie qui a de longues années porté fort gaillardement deux balles de révolver dans le thorax, les plaies par balles, assez communes dans nos hôpitaux, ont pu fournir de nombreux exemples à M. Championnière.

L'année dernière il pouvait montrer dans son service deux sujets qui, à la suite de tentatives de suicide, avaient des plaies par balles ayant traversé tout le thorax du côté gauche.

Tous deux furent apportés à l'hôpital dans un état si lamentable qu'il fallut des injections abondantes de sérum pour les soutenir pendant une période assez longue.

Malgré cela tous deux guérirent complètement.

Chez l'un d'eux, une balle qui avait complètement traversé le thorax et qui était logée sous la peau fut extraite après le rétablissement complet du sujet. Chez l'autre, la balle qui, d'après la radiographie, occupait derrière les côtes une situation assez analogue à celle occupée dans la radiographie présentée, fut laissée en place.

Dans les plaies pénétrantes de poitrine on obtiendra de nombreux succès en observant les conditions suivantes :

Éviter le transport du blessé et l'immobiliser d'une façon absolue;

Défendre même la conversation, isoler le blessé d'une façon absolue;

La boisson sera peu abondante et froide si l'hémoptysie continue;

Évacuation intestinale aussitôt que le sujet peut être soulevé;

Diète hydrique prolongée le plus possible;

Injections de sérum artificiel en évitant toutefois les grosses doses;

Calmer les douleurs et l'agitation par les injections de morphine.

Par ces moyens simples quoique difficiles à obtenir dans tout événement qui amène des blessures, on sauvera des sujets qui, au premier abord, auraient été voués à la mort et on aurait certainement sauvé de la mort un grand nombre de blessés auxquels les transports ou une médication plus active n'ont pas été refusés.

DE LA PRÉSENCE DE L'ACÉTONE DANS LES URINES

EN CAS DE MORT DU FŒTUS (1)

Par M. le docteur Lop (de Marseille).

Les recherches que je viens faire connaître, sans être des plus concluantes à cause de leur petit nombre, m'ont paru cependant présenter un certain intérêt.

J'ai devant moi un certain nombre d'accoucheurs qui se sont occupés de cette question, et tous mes devanciers ont constaté la présence de l'acétone dans les urines des femmes portant un fœtus mort. Paracca (*Med. experim.*, 5 juillet 1897), Vicarelli (*Revista di obs. e gin.*, nov. 1897), Knapp, et plus récemment Lambinon (*Journ. d'accouchements* de Liège), ont tour à tour démontré la fréquence de l'acétone dans la mort du fœtus. Lambinon, et c'est aussi mon avis, ne croit pas que l'acétonurie soit un signe absolu de la mort du fœtus, l'acétone pouvant apparaître dans les cas d'affections gastro-intestinales survenant au cours de la grossesse. Je pense néanmoins, et cela d'accord avec Knapp, que la constatation de l'acétone a une réelle valeur, et c'est pour cela que j'ai cru devoir donner communication des analyses faites à cet égard.

Ces recherches urologiques ont porté sur trois femmes seulement, toutes trois ayant eu, en un très court espace de temps, des enfants morts et macérés. Toutes trois sont à leur troisième grossesse. Elles offrent le tableau de la santé la plus parfaite et sont mariées à des hommes jeunes et vigoureux, non syphilitiques. D'ailleurs, j'ai soumis chacun de ces couples au traitement spécifique, et notamment les femmes, durant les six ou neuf mois qui ont suivi la première semaine de la gestation.

Je n'ai jamais obtenu le moindre résultat : ces trois femmes ont constamment mis au monde des enfants morts.

Ayant eu la bonne fortune d'observer ces clientes presque en même temps, j'ai pratiqué ou fait pratiquer des analyses en assez grand nombre. Comme la mort du premier fœtus

(1) Communication faite à la Société obstétricale de Paris.

était survenue chez deux d'entre elles au sixième mois, et chez la troisième à la fin de la grossesse, quelques jours seulement avant l'accouchement, les analyses ont été faites à partir du quatrième mois, tous les quinze jours, puis tous les huit jours, chez les deux premières femmes, et tous les dix jours, à partir du huitième mois, chez la dernière.

L'acétone, dans les neuf grossesses observées (chacune de ces femmes ayant eu trois enfants), n'est apparu qu'au moment où je commençai à avoir des doutes sur la vitalité du fœtus.

Peu après l'apparition de l'acétone, l'accouchement est survenu confirmant mes prévisions.

On peut arriver à déceler l'acétone dans les urines à l'aide du réactif de Lecal : à de l'urine diluée on ajoute IX gouttes d'une solution récente de nitro-prussiate de soude, puis on alcalinise avec de la lessive de soude concentrée. On ajoute alors II à III gouttes d'acide acétique concentré et l'on voit apparaître la réaction rouge cramoisi tournant au brun vert par le repos.

Les recherches que j'apporte ici sont des plus modestes, aussi me garderai-je bien d'apporter des conclusions. Je pense cependant que la connaissance de l'acétonurie, en cas de mort du fœtus, peut avoir dans la pratique une utilité que l'on ne saurait reconnaître, lorsque les signes cliniques sont insuffisants à eux seuls pour permettre d'affirmer la mort de l'enfant.

Afin d'accorder toute sa valeur à la présence de l'acétone dans les urines des femmes enceintes, il est bon, au préalable, de s'assurer qu'elles ne sont pas diabétiques.

THÉRAPEUTIQUE

Glycérophosphate de chaux. — Glycérophosphates alcalins.

Les phosphates de l'organisme existent sous la forme de glycérophosphates. Mais si le principal rôle dans l'action des glycérophosphates appartient au radical phosphore, il est indéniable que les bases ne sauraient être indifférement employées et qu'il y a parmi elles, suivant les cas que l'on veut traiter, un choix très intéressant à faire. Au lieu de prescrire exclusivement le glycérophosphate de chaux, le praticien habile ne l'emploiera que lorsqu'il aura à traiter une réparation osseuse ou un tissu en voie de formation. — Dans un grand nombre d'autres cas la base chaux est non seulement inutile mais encore elle peut avoir, particulièrement chez l'adulte et le vieillard, de sérieux inconvénients comme élément de calcification vasculaire, de troubles intestinaux, constipation, etc.

Chez ces derniers il sera donc rationnel de traiter les affections nerveuses, la neurasthénie, la paralysie générale, le diabète, l'albuminurie par les glycérophosphates de soude, potasse et magnésie. La soude est en effet la dominante minérale des humeurs et forme les milieux au sein desquels se forment toutes les réactions chimiques. La potasse est la dominante minérale du globule rouge, de l'hématie, de la substance blanche du tissu nerveux, du liquide qui baigne le spermatozoïde. La magnésie est la dominante minérale de la substance grise des centres nerveux.

Pour ce traitement, M. Freyssinge, pharmacien à Paris, prépare, sous le nom de *Névrosthénine*, un polyglycérophosphate en gouttes concentrées, sans sucre ni alcool. Cette préparation est présentée dans des petits flacons compte-gouttes dont l'usage est on ne peut plus commode. Dix gouttes, qui constituent la dose moyenne à administrer à chaque repas, contiennent 20 centigrammes de glycérophosphate de soude-potasse-magnésie à l'état de solubilité et d'assimilation parfaites. L'expérience démontre tous les jours que cette donnée scientifique est exacte, car les résultats déjà obtenus sont très satisfaisants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1899. — Présidence de M. Empis.

PRÉSENTATION

Phonographie et téléphonie. — M. LABORDE présente une note de M. Dussaud, sur un moyen simple de doubler l'action sonore dans les appareils phonographiques et téléphoniques.

Poursuivant sans relâche ses recherches sur l'amplification des sons dans les appareils phonographiques et téléphoniques, afin de les rendre mieux accessibles aux ouïes mauvaises, M. Dussaud a eu l'idée d'utiliser dans le phonographe et le téléphone le côté de la plaque vibrante opposé à l'observateur, de façon à doubler l'action sonore.

La réalisation de l'idée a consisté en ceci dans le cas du phonographe :

Disposer au-dessous de la membrane vibrante une plaque percée au centre d'un trou juste assez grand pour laisser passer le style et faire arriver dans cette chambre d'air, située entre le diaphragme et la plaque, une tubulure pour recueillir les sons qui y sont produits.

Le résultat est absolument démonstratif, on utilise ainsi la deuxième surface vibrante, en sorte que l'on peut faire aboutir les deux tubulures chacune à un pavillon différent, ou toutes deux au même pavillon.

Dans le cas du téléphone, la plaque est également percée d'une ouverture laissant agir l'électro-aimant, le reste est identique.

RAPPORT

De la myopie scolaire. — M. JAVAL fait un rapport sur un travail de M. Romiée relatif à la myopie scolaire. (Voir le Premier-Paris.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Plaie pénétrante de la poitrine. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un blessé qui était atteint d'une plaie pénétrante de la poitrine. (Voir plus haut, p. 518.)

COMMUNICATIONS

L'évolution dentaire chez les enfants en nourrice. — M. LEDÉ lit une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Malformation utéro-vaginale. — M. BARETTE, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Caen, lit une note sur un cas de malformation utéro-vaginale des plus rares. Une femme de quarante-deux ans était entrée dans son service pour une tumeur solide de l'abdomen, réclamant une intervention urgente : cette femme présentait des organes génitaux en apparence bien conformés, mais avec imperforation vestibulaire. La laparotomie montra que la tumeur fibreuse était implantée sur un moignon musculaire représentant la corne gauche de l'utérus. A droite, il y avait également un petit moignon musculaire avec ovaire et trompes normales. En résumé, la malade présentait une malformation caractérisée par l'absence complète d'utérus, de col et de vagin. Néanmoins, la ponte ovarienne s'est faite normalement, sans qu'il y ait jamais eu de molimen menstruel.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les Coréens, origine et caractères physiques (1).

Par M. le docteur Chastang.

I

Les Coréens ne savent rien de leur origine, et cela n'a pas lieu de surprendre, étant donné le peu de littérature de leur pays. D'après les traditions recueillies dans les livres japonais, le fonds principal de la nation appartient à la race mongolique. Douze siècles avant notre ère, le nord de la péninsule était habité par les Sianpi, une des branches de la race tartare, tandis que dans le sud prédominaient les Han dont les caractères physiques et ethniques ressemblaient beaucoup à ceux des Nippons.

Les peuples ne sont jamais, suivant l'expression de Topinard, que « des produits de l'histoire », et ceci est vrai des Coréens. Voisins des Chinois, des Mandchous et des Japonais, ayant eu, aux différentes époques de leur existence nationale, à subir les invasions des uns et des autres, ils n'ont pu faire autrement que de se croiser avec eux, et leur race n'est plus aujourd'hui une race pure, mais un mélange d'éléments divers où prédomine surtout le Tartare. Dans le nord, on rencontre de nombreux individus qui ont le type aryen.

D'après Ballet et Arton, la langue coréenne s'éloigne absolument de la langue chinoise et se rapproche des dialectes tartares. Elle aurait plusieurs ressemblances avec certains dialectes de l'Inde méridionale. Elle est monosyllabique et son alphabet se compose de vingt-cinq lettres (onze voyelles et quatorze consonnes).

Depuis son enfance, la Corée s'est trouvée constamment en contact avec la Chine, dont elle est restée tributaire. Elle s'est habituée à en adopter la littérature, et si on parle le langage coréen, du moins le chinois est la langue écrite officielle; l'écriture coréenne n'étant usitée que dans la correspondance familière.

Physiquement, le Coréen se rapproche plutôt du Chinois des provinces du Nord. Il a la peau jaunâtre, plus ou moins foncée, la taille élevée (1m68 en moyenne), une forte stature; il est bien développé, d'aspect robuste, mais sa force est plus apparente que réelle. La face est large, les yeux obliques et bridés, les pommettes saillantes, les lèvres épaisses, la lèvre supérieure souvent relevée laissant voir des dents d'un beau blanc, le nez court et aplati, le menton petit et souvent fuyant, les doigts longs et effilés.

Les femmes vivent dans une telle réclusion qu'on en voit peu; elles sont plus petites que les hommes (1m57 en moyenne), mais elles seraient relativement plus vigoureuses.

Ce sont là les caractères généraux de l'individu, mais suivant le point du pays où on l'observe, on peut reconnaître deux types distincts. Dans le Nord, la taille est plus élevée, la face plus large, la saillie des pommettes plus accentuée, le nez plus aplati et terminé par de larges ailes, la peau plus franchement jaune. Dans le sud, au contraire, l'habitant est plus petit, avec la face plus ovale, le nez moins écrasé, la peau plus brune.

La barbe est assez ordinairement peu épaisse, les sourcils peu fournis, les cils peu nombreux.

Les cheveux sont au contraire abondants, longs, droits, gras, de couleur noire, mais avec une tendance au fauve sale que l'indigène corrige avec de l'huile et une mixture noircissante. Tandis que le Chinois ne garde, retombant en une longue queue, que les cheveux du sommet de la tête et rase le reste, le Coréen porte toute sa chevelure. Célibataire, il la laisse pendre en tresse dans le dos, mais dès qu'il est fiancé ou marié, il l'enroule en un chignon terminé en pointe. Les femmes auraient une chevelure moins abondante que les hommes. Les jeunes filles portent une seule natte comme les garçons; après le mariage, elles divisent leurs cheveux en deux tresses.

La tendance à l'obésité, si fréquente et si estimée en Chine, paraît beaucoup plus rare en Corée. La déformation du pied, répandue parmi les femmes chinoises d'une certaine classe, n'est nulle part pratiquée ici.

Caractères moraux, mœurs et coutumes.

Caractère. — Les Coréens sont doux, honnêtes, hospitaliers, mais d'une paresse et d'une incurie sans égales, et si leur pays a pu être comparé à l'Italie, eux peuvent être proclamés les dignes émules des lazzaroni napolitains. Seuls les coolies et les gens des campagnes travaillent un peu, s'arrêtant dès qu'ils ont quelque argent ou que le lopin de terre qui doit alimenter la famille est labouré. Tous les autres passent leurs journées entières à flâner et à fumer leur longue pipe.

Ils sont braves, mais sans tempérament national; travailleurs, mais jusqu'à ce qu'ils aient produit le nécessaire, pouvant, dit-on, dans un autre milieu faire de bons ouvriers; sans prévoyance et sans initiative, ils ne cherchent ni à améliorer, ni à perfectionner leurs conditions d'existence. Transportés hors de chez eux, ils ont facilement la nostalgie de leur pays.

Leur visage reflète toujours la plus grande placidité.

Ils sont intelligents et pleins de bonne volonté pour l'étude, mais à la condition de n'avoir pas à faire d'efforts prolongés; ils apprennent assez facilement les langues étrangères, mais sans arriver jamais à en avoir une connaissance complète; doués d'une bonne mémoire, ils retiennent bien plusieurs des choses qu'on leur enseigne, restant réfractaires aux autres; en un mot, ils peuvent acquérir une certaine instruction, mais toute superficielle. Les missionnaires ne réussissent pas à recruter de séminaristes parmi leurs élèves, parce que le travail nécessaire pour cela les rend absolument malades.

« La grande vertu des Coréens, écrit le P. Dallet, est le respect inné et la pratique journalière des lois de la fraternité humaine. » L'hospitalité est regardée comme un devoir, leur maison est ouverte à tout venant, même aux étrangers; la plus grande solidarité règne entre les époux et les membres d'une même famille. Les relations d'amitié sont sincères et désintéressées. On ne rompt avec un ami, nous apprend de Rosny, que pour des motifs graves et seulement à la troisième faute. On assure la nourriture à la femme de son ami défunt. La vieillesse est entourée d'une profonde vénération, et, d'après le colonel Chaillé-Long, le compliment le plus flatteur qu'on puisse faire à un grand personnage est de lui dire que Son Excellence semble plus vieille ce jour-là.

Conditions de la femme. — La condition de la femme constitue l'un des côtés les plus bizarres de l'ethnographie de ce peuple. On ne voit en Corée que la femme des basses classes, travaillant comme une bête de somme, labourant la terre, faisant les besognes les plus grossières et les ouvrages les plus fatigants, obligée de prendre sur son sommeil le temps nécessaire aux soins du ménage qu'elle a dû négliger le jour. Les femmes des artisans ou des nobles vivent dans une réclusion complète, ne pouvant sortir dans la journée que pour certaines circonstances, se cachant alors la figure dans

(1) A une époque où toutes les questions touchant à la Chine sont absolument d'actualité, il nous a paru intéressant de donner à nos lecteurs un extrait du rapport médical de M. le docteur Chastang, médedecin-major du « Beautemps-Beaupré », écrit pendant son séjour en Extrême-Orient et publié dans les *Archives de médecine navale et coloniale*.

un capuchon, fuyant ou rentrant dans les maisons dès qu'elles aperçoivent un étranger. Le soir, à neuf heures en été, plus tôt en hiver, dans la capitale, sur un signal donné par une cloche, les rues leur appartiennent; à ce moment, les hommes doivent regagner leur domicile, et s'ils sont retardés, ils doivent tenir le côté de la rue opposé à celui où passe une femme et se cacher le visage.

Être absolument anonyme, sans responsabilité devant la loi, la Coréenne n'a ni nom, ni existence légale. Elle est la fille, la sœur ou la femme d'un tel. La reine elle-même, malgré l'influence qu'elle peut avoir, n'est que l'épouse nº 1. Le domicile d'une femme est sacré, même pour la police.

Dès le bas âge, on lui donne une instruction des plus simples. L'idéal est qu'elle soit chaste et douce. On lui enseigne avant tout la soumission. A sept ans, elle reste séparée de ses frères sous la garde de sa mère, ou rentre dans un gynécée. Après son mariage, elle ne doit voir aucun homme étranger, elle ne pénètre jamais dans la chambre de son époux et reste dans ses appartements personnels. Veuve, elle ne peut se remarier. Elle n'assiste à aucune fête, ne boit ni vin, ni alcool, mais elle peut fumer.

Elle est ordinairement douce, patiente, dévouée à son mari, mais aussi très jalouse et souvent alors violente et colère. *(A suivre.)*

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

244. M. BIGEARD. Hystérectomies vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus. — 245. M. STOJANOVITCH. Traitement de la pelade par l'acide lactique. — 246. M. DELALANDE. Contribution à l'étude du microcoque tétragène. — 247. M. LAMARD. De l'aspiration des corps mous de la vessie. — 248. M. FLOUQUET. Sur un nouveau traitement chirurgical de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme. — 249. M. SUBERT. De la pathogénie des gangrènes typhiques. — 250. Mlle AMINOFF. Des paralysies radiales provoquées par les fractures de l'humérus. — 251. M. COCAR. Contribution à l'étude du phlegmon infectieux du plancher de la bouche (angine de Ludwig). — 252. M. BION. Études sur les hernies musculaires vraies du jambier antérieur. — 253. M. GESUA. Traitement des métrites par les lavages intra-utérins. — 254. M. TACHJIAN. Asystolie provoquée par l'épanchement pleural dans la myocardite chronique. — 255. M. BOUVY. Considérations bactériologiques, cliniques et thérapeutiques sur la blennorragie des enfants. — 256. M. DUVAL. Contribution à l'étude des complications méningo-médullaires de la blennorragie. — 257. M. DÉROUAU. De la pharyngothérapie dans l'ozène. — 258. M. MASCAREL. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. — 259. M. AGRICOLE. Equivalents délirants des accès épileptiques. — 260. M. WEILL. Recherches sur l'appareil auditif chez les épileptiques. — 261. M. BERNARD (Paul). Diagnostic clinique des paralysies du moteur oculaire commun. — 262. M. NALPASSE. Étude historique et opératoire de la hernie inguinale, sa cure radicale par le procédé du professeur Berger. — 263. M. BRICARD. De la désarticulation du pied par le procédé de Syme (d'Édimbourg). — 264. M. TARDIF. Contribution à l'étude clinique de quelques analgésies viscérales profondes dans l'ataxie locomotrice progressive (analgésie trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire). — 265. M. HÉRY. Contribution à l'étude des tuberculoses de la protubérance. — 266. M. BERNARD (Pierre). Les cancers primitifs multiples. — 267. M. OZANNE. De l'hématose par le sérum gélatiné. — 268. M. BOURGEON. Du calomel comme diurétique dans les affections valvulaires du cœur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecine (épreuve clinique) : MM. Hudelo, Renault et Sergent, 19; Gallois, Macaigne et Soupault, 17.

(Épreuve orale) : MM. Hudelo et Legry, 20; Gouget, Plicque, Renault, Sergent et Teissier, 19.

— Concours de chirurgie (épreuve de médecine opératoire) : « Ligature de la cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras. Amputation ostéo-plastique tibio-calcanéenne » : MM. Launay, 29; Savariaud, 26; Delbet, 25; Auvray, 24; Marion, 21; Cazin, 18.

Questions restées dans l'urne : « Ligature de la carotide externe. Désarticulation du pied par le procédé de Syme. » « Ligature de l'axillaire sous la clavicule. Extirpation de l'astragale. »

— Le jury pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris, qui s'ouvrira le 29 mai, est provisoirement composé de MM. Bouilly, Auvard, Bar, Cadet de Gassicourt, Lucas-Championnière, Porak et Reynier.

Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Basset, Bernheim, Brindeau, Chavanne, Dubrisay, Macé, Paquy, Schwab et Wallich.

— Par arrêté, en date du 4 mai 1899, le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts approuve les délibérations du conseil de l'Université de Bordeaux instituant, pour les étudiants de nationalité étrangère : 1º un diplôme de docteur de cette Université (mention médecine); 2º un diplôme de docteur (mention pharmacie), et en réglementant les conditions de scolarité.

— M. Ménier, médecin de première classe, du cadre général de Cherbourg, est désigné pour servir au 1er régiment d'infanterie de marine au même port, au lieu et place de M. le docteur Delisle, qui reste affecté au service général de Cherbourg.

— *École de médecine de Dijon.* — Un concours s'ouvrira, le 13 novembre 1899, à ladite École pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Rougnet (de Monnaie); Rubino (de Marseille).

— M. Gauchery, interne des hôpitaux, soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le mardi 23 mai 1899, à neuf heures, dans la salle Saint-Jacques, une thèse de doctorat ès sciences naturelles, sur le sujet suivant : « Recherches sur le nanisme végétal. »

— Plusieurs postes médicaux à céder ou à prendre dans les départements de la Loire-Inférieure, Vendée, Calvados, Côtes-du-Nord, Charente et Charente-Inférieure.

S'adresser à M. Aubineau, administrateur de la « Gazette médicale de Nantes ».

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide, pour se rendre de Paris à Royat, est la voie Nevers-Clermont-Ferrand.

Prix : de Paris à Royat, 1re classe, 47 fr. 80; 2e classe, 32 fr. 30; 3e classe, 21 fr. 10. — De Paris à Vichy, 1re classe, 41 francs; 2e classe, 27 fr. 70; 3e classe, 18 fr. 10.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 57. — SAMEDI 20 MAI 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 20 MAI 1899. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

La paralysie faciale zostérienne.

Par MM. KLIPPEL, médecin des hôpitaux, et AYNAUD.

Le zona, la fièvre zoster a retenu l'attention des pathologistes en raison de sa nature, encore discutée à l'heure actuelle, et aussi de ses complications.

Parmi ces complications on devra désormais inscrire la paralysie faciale.

Le zoster d'une part, la paralysie faciale d'autre part, avaient été depuis longtemps l'objet d'études approfondies, sans qu'on eût remarqué la coïncidence possible de ces deux maladies et les liens étroits qui les unissent dans quelques cas.

Aujourd'hui encore les observations de ce genre sont éparses dans divers recueils. Cependant ces observations paraissent assez nombreuses pour pouvoir déjà, en les rapprochant les unes des autres, tenter de dégager quels caractères particuliers sont ceux d'une paralysie faciale, lorsque celle-ci complique le zona.

Mais la question est encore bien plus étendue et plus intéressante sous d'autres rapports. La paralysie faciale est-elle une simple complication du zona, ou l'accompagne-t-elle à titre de lésion créée directement et par la même cause que le zona lui-même ? Les trois éléments symptomatiques : la *douleur névralgique*, l'*éruption vésiculeuse*, la *paralysie de la septième paire*, sont-ils une forme complète de maladie, capable de se montrer parfois à l'état dissocié, sans cesser d'être la même affection ? Dans un travail que nous avons publié récemment (1), nous avons déjà abordé cette étude et tenté de formuler quelques conclusions relatives à la clinique et à la pathogénie de la paralysie faciale zostérienne. Nous nous proposons de l'envisager ici avec tout le développement qu'elle comporte.

I

DÉLIMITATION DU SUJET, PARALYSIE FACIALE ZOSTÉRIENNE ET PARALYSIES FACIALES COMPLIQUÉES D'ÉRUPTIONS ZOSTÉROÏDES. — Nous ne retiendrons dans cette étude que la paralysie faciale zostérienne, c'est-à-dire celle qui accompagne le zona-maladie, la fièvre zoster, telle que nous avons cherché à la définir dans notre premier travail (2) sur ce sujet. Il y a en effet une grande importance à ne pas confondre avec elle les cas d'éruptions zostéroïdes qui peuvent compliquer des paralysies faciales de tout autre nature et qu'on ne saurait rapprocher du groupe précédent, parce qu'en dépit des apparences symptomatiques, les maladies qui les commandent sont tout à fait différentes du zona. Insistons-y, afin de marquer de suite les caractères nosologiques qui séparent ces deux groupes de faits et ainsi de mieux définir notre sujet.

L'éruption vésiculeuse qui caractérise le zona se montre dans deux conditions très diverses et que les travaux récents ont presque tous cherché à distinguer. Il y a d'une part un zona-maladie, une fièvre zoster, maladie analogue aux fièvres éruptives, déjà placée par Borsieri entre l'érysipèle et la scarlatine pourprée, évoluant parfois à l'état épidémique, considérée par Trousseau et par Erb comme contagieuse, rattachée par Landouzy aux maladies infectieuses. D'autre part il y a des éruptions zostéroïdes qui sont symptomatiques de maladies très diverses, particulièrement de lésions graves des centres nerveux ou des nerfs périphériques. Or, une paralysie faciale et une éruption zostéroïde peuvent être la conséquence simultanée des lésions de ce genre. Une paralysie faciale due à une lésion du rocher, à une compression intra-cranienne, peut se compliquer d'éruption zostéroïde.

Ces faits diffèrent complètement de la paralysie faciale zostérienne que nous isolons. Dans les observations que nous avons réunies nous avons eu soin d'écarter tous les faits

(1) KLIPPEL et AYNAUD. La paralysie faciale zostérienne, *Journ. des pratic.*, 15 avril 1899.

(2) KLIPPEL et AYNAUD. Loc. cit.

qui ne semblaient pas se rattacher à cette dernière forme. Procéder autrement, c'eût été réunir des faits trop disparates au point de vue nosologique et nous eussions été dans l'impossibilité d'assigner à la paralysie que nous décrivons des symptômes et une évolution présentant des caractères particuliers, ce qui est précisément le but que nous poursuivons.

II

Historique. — Les observations de paralysies faciales zostériennes sont encore disséminées çà et là dans différents recueils scientifiques. M. Rabbe dans sa thèse de 1896 (1) n'en a réuni qu'un petit nombre, dont une personnelle. Après avoir éliminé les cas dont nous parlons plus haut, nous sommes restés en présence de dix-sept observations qui nous paraissent toutes rentrer dans notre sujet. Nos recherches ont été longuement poursuivies, mais grâce aux difficultés qu'elles présentent, nous ne saurions prétendre qu'aucun cas publié jusqu'ici n'a pu nous échapper. Voici d'ailleurs, brièvement résumés, les documents que nous avons pu rassembler.

En 1882, Letulle (2) a publié la première observation de zona ophtalmique compliqué de paralysie faciale. Il s'agit d'un malade âgé de cinquante et un ans, cuisinier, entré le 25 avril 1880 dans le service de Vulpian à la Charité. L'éruption, qui siégeait du côté droit et avait été précédée, durant quatre ou cinq jours, de violentes douleurs, s'accompagnait d'un œdème notable : cet œdème s'étendait aux paupières et rendait difficile l'ouverture de l'orifice palpébral du côté malade. Les nerfs sus et sous-orbitaires étaient douloureux à la pression et la sensibilité tactile paraissait diminuée dans leur territoire. Malgré la gangrène qui envahit plusieurs plaques de zona, la cicatrisation était presque complète et seule la région sourcilière suppurait encore, lorsque, le 10 mai, on s'aperçut que le malade présentait les signes les plus nets d'une paralysie faciale incomplète du côté droit : accumulation des aliments dans le sillon gingivo-labial, perte des liquides par les commissures labiales, fermeture incomplète de l'orifice palpébral droit, disparition des rides du même côté, légère déviation de la face à gauche, abaissement de la commissure labiale droite. Le voile du palais, la langue, étaient intacts et l'ouie normale à droite. Avec cette paralysie coïncidaient des troubles de la sensibilité : la sensibilité tactile était diminuée, beaucoup dans le territoire des nerfs sus et sous-orbitaires, très peu dans la région du menton : la pression des points sus et sous-orbitaires, malaire et condylien déterminait une vive douleur : il y avait de plus une sensation vague de pesanteur douloureuse dans toute la moitié droite du visage. Trois jours après le début de la paralysie, les muscles du côté atteint ne réagissaient plus aux courants faradiques. Le malade fut traité par l'électricité : au bout de trois semaines, la face était mobile, mais cependant un peu affaissée à droite : tous les autres signes de la paralysie avaient disparu.

En 1885, en Allemagne, Eulenbourg, Remak et Strubing font connaître de nouvelles observations de zona compliqué de paralysie faciale. Le malade de Remak, dont le cas a été publié par Voigt (1), était âgé de quarante-quatre ans : après avoir ressenti pendant quatre ou cinq jours des douleurs au cou, il fut atteint d'un zona cervico-occipital, La paralysie faciale apparut deux jours plus tard. Il y avait de plus des troubles subjectifs et objectifs, des sensibilités générales et spéciales : sensation d'amertume sur la moitié gauche de la langue (côté du zona et de la paralysie), tintements d'oreille à gauche, diminution de la sensibilité tactile du côté malade avec hyperesthésie au niveau des plaques de zona.

Chez la malade d'Eulenbourg (2), comme dans les observations précédentes, le zona fut précédé de douleurs : il siégeait du côté gauche, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et du trou stylo-mastoïdien et s'étendait au cou. Après l'apparition de l'éruption survint une paralysie faciale gauche avec diminution des réactions électriques des muscles paralysés et légère déviation de la langue.

La malade de Strubing (3) était une demoiselle de cinquante-deux ans, qui vers l'âge de vingt ans avait été sujette à des accès de migraine. Elle ressentit à la suite d'un courant d'air de violentes douleurs dans la moitié gauche du visage, qui ne durèrent pas plus d'un quart d'heure et qui se reproduisirent les jours suivants avec les mêmes caractères. L'éruption de zona qui siégeait sur les branches du maxillaire inférieur apparut trois ou quatre jours après le début des douleurs ; la paralysie faciale la suivit de très près, peut-être même se produisit-elle en même temps. Elle était située du côté gauche, limitée aux muscles cutanés et accompagnée deux jours après son début de la réaction de dégénérescence. Comme troubles de la sensibilité on notait de la douleur à la pression des nerfs sus et sous-orbitaires, du grand sympathique, du facial au trou stylo-mastoïdien, des vertèbres cervicales et une diminution du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue.

Dans le même travail Strubing rapporte sept cas de zona compliqué de paralysie faciale, dont le cas de Letulle analysé plus haut et un cas de Verneuil et un de Tryde qui ne rentrent pas dans le cadre de notre étude. Voici le résumé des quatre autres observations. C'est d'abord une observation de Tryde : elle concerne un sourd-muet de vingt ans, qui eut un zona sur le trajet du maxillaire inférieur du côté gauche ; trois jours plus tard apparut une paralysie faciale du même côté, qui guérit au bout de quatre jours à la suite d'un traitement par les courants continus ; — une observation de Greenough : ce dernier a vu un tuberculeux présenter, peu après un zona cervico-occipital, une paralysie faciale du même côté qui guérit en cinq semaines ; — une autre de Coob, relative à un zona de la moitié droite du cou et du visage, suivi de paralysie faciale du même côté, terminé également par la guérison ; — enfin l'observation d'une femme de trente-neuf ans qui, quatre semaines avant son accouchement, eut une éruption de zona du cou et de la joue. Au moment de l'accouchement apparut une paralysie faciale du même côté, qui dura cinq semaines.

---

(1) Rabbe. *Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona*, Th. de Paris, 1896.

(2) Letulle. Sur un cas de zona ophtalmique gangréneux compliqué de paralysie faciale, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1882, II, p. 162.

(1) Voigt. Ueber Complication von Herpes Zoster occipito-collaris mit gleichzeitiger schwerer peripherer Facialis Paralyse, *St-Petersb. med. Wochens.*, n° 45, 1885 ; analysé in *Centralbl. f. Nervenheilk.*, I, 1885.

(1) Eulenbourg. Ueber Complication von peripherischer Facialisparalyse mit Zoster faciei, *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1er mars 1885.

(2) Strubing. Herpes Zoster und Lähmung motorischer Nerven, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1885, vol. XXXVII.

En 1887, Testaz (1) dans sa thèse sur la paralysie douloureuse de la septième paire, rapporte qu'un homme de dix-huit ans, après avoir eu froid en sortant d'un bain, est pris de violentes douleurs de la face qui durent cinq jours : la suppression des douleurs coïncide avec l'apparition des signes physiques et des troubles fonctionnels d'une paralysie faciale gauche : impossibilité de fermer l'œil gauche, de siffler, de jouer de la flûte, accumulation des aliments dans le sillon gingivo-labial, déviation de la langue à gauche. Il y avait, de plus, une salivation assez abondante. Le zona qui siégeait sur la joue gauche sembla avoir précédé de très peu la paralysie. Les douleurs ne tardèrent pas à revenir : le malade entra à l'hôpital où l'on constata les troubles suivants de la sensibilité : affaiblissement de l'ouïe à gauche, agueusie pour l'acide salicylique dans la moitié gauche de la langue. Un mois plus tard la paralysie avait disparu.

En 1888, Despaigne a rapporté deux observations de zona compliqué de paralysie faciale, qui lui avaient été communiquées par Besnier et Letulle. Le malade de Besnier (2), après avoir souffert pendant trois semaines de douleurs siégeant au niveau du cou, fut atteint de zona cervico-occipital droit; quinze jours après le début de l'éruption vésiculeuse, survint une paralysie faciale du même côté, limitée aux muscles cutanés avec participation de l'orbiculaire des paupières; sa durée fut de six semaines.

En 1894, Darabseth et Spencer, en Angleterre, publient chacun une observation de zona compliqué de paralysie faciale. L'observation de Darabseth (3), qui concerne un homme de trente-quatre ans, est intéressante par la façon dont se développa l'éruption : elle commença par le quatrième espace intercostal du côté droit, puis se propagea au cou et enfin, au bout de quatre jours, elle atteignit la joue du même côté. La paralysie faciale située à droite et limitée aux muscles cutanés, semble avoir débuté un jour après l'apparition de l'éruption vésiculeuse sur la joue : le malade ne pouvait ni siffler, ni souffler, et les aliments s'accumulaient dans le sillon gingivo-labial. Le côté droit de la face était tuméfié, la sensibilité y était diminuée. Enfin, le goût était altéré; le malade trouvait tout insipide. La guérison de la paralysie eut lieu au bout de trois semaines. A la suite de cette observation, Darabseth rapporte que Fagge a observé un cas analogue, mais dans lequel la paralysie ne disparut qu'au bout de plusieurs mois.

L'observation de Spencer (4) concerne une femme de soixante ans, présentant des stigmates de rhumatisme et ayant été atteinte, deux jours après l'apparition d'un zona cervico-occipital du côté droit, d'une paralysie faciale du même côté. Cette paralysie était limitée aux muscles superficiels : il n'y avait pas de troubles sensitifs, mais il y avait de la raideur de la langue. La guérison de la paralysie fut assez longue à se produire : elle ne survint qu'au bout de trois ou quatre mois.

En 1896, Rabbe (5), dans sa thèse sur la paralysie faciale dans le zona, en a fait connaître une nouvelle observation : elle concerne un homme de quarante-quatre ans et n'offre pas d'intérêt spécial; début par des douleurs, puis éruption vésiculeuse de la joue droite, quatre jours plus tard, paralysie faciale incomplète du même côté; guérison au bout de trois semaines.

L'année suivante, Grassmann (1) rapporte l'observation que voici : une femme de quatre-vingt-un ans, après avoir eu des douleurs sur le territoire du plexus cervical du côté droit, présente sur les branches de ce plexus une éruption d'herpès zoster. Pendant la durée de l'éruption, un œdème se produisit sur la joue droite, et, onze jours après l'apparition du zona, la malade est atteinte d'une paralysie faciale du même côté, qui disparaît au bout de six semaines, en laissant après elle une névralgie persistante du plexus cervical. De plus, chez cette femme, en dehors des phénomènes de paralysie et d'irritation vaso-motrice, il y eut des troubles sensitifs : elle avait de l'hypo-acousie à droite, et elle accusait une sensation de fadeur lorsqu'on déposait sur la moitié droite de sa langue une substance aigre ou salée.

Dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, M. le professeur Raymond (2) a étudié un cas de zona avec paralysie faciale, qui présente un intérêt considérable en raison des caractères de la paralysie. Dans les observations que nous venons de résumer, la paralysie était limitée à un seul côté de la face, chez la malade de M. le professeur Raymond, les deux côtés étaient atteints, il y avait diplégie faciale. C'était une femme de quarante et un ans, qui venait de passer quelque temps chez ses parents à Auxerre : pendant la durée de sa villégiature, elle avait habité une chambre dont un carreau était brisé, mais elle n'avait jamais eu froid. Le matin de son départ, brusquement, et sans que ces phénomènes aient été précédés d'aucune douleur, elle éprouva une très grande difficulté à faire mouvoir le côté droit de la face. Pendant le voyage, la gêne des mouvements ne fit que s'accroître, la parole même devint embarrassée, le soir la malade s'aperçut qu'elle avait une éruption sur la langue. Un médecin appelé le lendemain constata que l'éruption, qui n'était autre chose qu'un zona, siégeait à droite, sur la langue et le voile du palais, empiétant légèrement sur le côté opposé. La parole était difficile, les aliments s'accumulaient dans le sillon gingivo-labial : comme troubles sensitifs, il y avait de l'hyperacousie à droite et quelques élancements sur le côté paralysé. Quelques jours plus tard le côté gauche de la face était également atteint par la paralysie, puis des douleurs se produisirent qui décidèrent la malade à entrer à la Salpêtrière, où l'on constata les phénomènes suivants : la face était symétrique, mais immobile et comme figée, les rides effacées, aussi bien sur le front que sur la joue, l'occlusion des paupières ne pouvait pas s'effectuer entièrement; l'articulation des mots se faisait mal, la propulsion de la langue en avant était difficile; les mouvements de la luette et du voile du palais, normaux. Il y avait, de plus, une diminution du goût. L'examen électrique montra les signes de la réaction de dégénérescence à droite : du côté gauche, les réactions électriques étaient presque normales. Un mois et demi après le début des accidents, la paralysie avait disparu à

(1) Testaz. Th. de Paris, 1887 (Obs. XIV).

(2) Despaigne. *Étude sur la paralysie faciale périphérique*, Th. de Paris, 1888 (Obs. III).

(3) Darabseth. A case of Bell's paralysis following herpes zoster, *The Lancet*, 5 mai 1894.

(4) Spencer. Bell's paralysis occuring with herpes zoster, *The Lancet*, 9 juin 1894.

(5) Rabbe. Loc. cit.

(1) Grassmann. Herpes zoster mit gleichzeitiger Facialis-Lahmung, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1897, vol. LIX, p. 615.

(2) Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*, 3e série, 1898, p. 615.

gauche, mais elle subsistait à droite, sans modification des réactions électriques trouvées au premier examen.

En somme, chez cette malade comme chez les malades de Strubing et de Testaz, zona et paralysie semblent avoir débuté presque en même temps : comme particularités intéressantes chez elle, nous relevons, en dehors du caractère diplégique de la paralysie, le début brusque des accidents, les troubles de la parole et le siège du zona.

Cette année même, nous avons publié un nouveau cas de paralysie faciale zostérienne (1), qui a motivé nos premières recherches et des conclusions que nous aurons à développer dans les chapitres de cette Revue.

III

Description clinique de la paralysie faciale zostérienne. — Dans un travail précédent, nous avons exposé les caractères cliniques de la paralysie faciale zostérienne. Ils peuvent être résumés très brièvement d'après l'ensemble des documents qui viennent d'être exposés et qui fournissent un nombre suffisant d'observations pour justifier une description générale.

Siège du zona compliqué de paralysie faciale. — 1° Le zona a occupé la face *seule* dans sept cas, siégeant sur les branches du trijumeau, dans un ou dans plusieurs territoires de leur innervation.

2° La face était le siège du zona en même temps que d'*autres régions*, dans quatre cas. Par exemple, la joue a été atteinte, consécutivement à un zona intercostal et cervical avec marche de bas en haut. Dans d'autres cas, le cou seul a été, avec la face, le siège de l'éruption.

3° L'éruption vésiculeuse n'a point occupé la face dans cinq observations. Dans quatre cas, sa topographie fut cervico-occipitale (zona occipito-collaris de Bärensprung), lingual dans un cas.

Une conclusion importante se dégage de ces faits ; elle est relative au siège de la paralysie par rapport à celui du zona éruptif : *quand le zona se complique de paralysie faciale, l'éruption vésiculeuse peut n'intéresser la face que d'une façon accessoire ou même pas du tout*, ce dernier cas s'étant montré 5 fois sur 17. En d'autres termes la paralysie faciale zostérienne peut être un accident *à distance, une paralysie aberrante.* Nous dirons plus loin que beaucoup d'autres manifestations du zona, en particulier les anesthésies, peuvent se produire avec ce même caractère.

Date d'apparition de la paralysie. — Le plus souvent la paralysie de la face survient dans les premiers jours de l'éruption, rarement presque en même temps, quelquefois jusqu'à quinze jours après l'apparition des vésicules. Cependant il est possible qu'elle n'ait pas été toujours notée dès son début, le malade et le médecin ne s'en apercevant que plus tard, surtout dans les cas où cette complication est masquée par l'œdème ou de faible intensité. A ce sujet il est même infiniment probable que les paralysies faciales légères sont un accident beaucoup plus fréquent qu'on ne pourrait croire, d'après le nombre des observations publiées au cours des zonas.

Symptômes et marche de la paralysie faciale zostérienne. — Elle est unilatérale et siège du côté correspondant au zona. Cependant pour ne rien omettre, notons que l'une des observations précédentes offre l'exemple fort rare d'une diplégie faciale, évoluant en même temps qu'un zona unilatéral de la langue.

Dans la majorité des faits rapportés les muscles de la face étaient seuls atteints, à l'exclusion de ceux qui sont innervés par les collatérales profondes du facial. Plus rarement on signale la déviation du voile du palais, celle de la langue, la diminution du goût, qui, on le sait, est, en raison de l'origine de la corde du tympan, l'un des symptômes possibles des lésions de la septième paire.

La topographie des troubles fonctionnels se rapproche donc de ce qu'on observe souvent dans la paralysie faciale dite *a frigore*.

En ses degrés la complication dont il s'agit est vraiment variable. Est-elle intense et de longue durée, les traits du visage sont nettement déviés et la déviation ne peut échapper à l'observateur. C'est alors qu'on note l'abolition des réactions électriques dans les muscles correspondants ou la réaction de dégénérescence. La complication est-elle légère, les traits sont à peine déviés et la volonté n'est pas complètement impuissante sur les muscles parésiés et les malades n'accusent qu'une certaine gêne de la mimique.

La paralysie occupe généralement toute la face d'un côté. Lorsqu'il y a œdème de la paupière on peut observer un aspect assez surprenant au premier abord, mais qui s'explique fort bien par l'infiltration œdémateuse : c'est l'occlusion de l'œil accompagnant tous les signes d'une paralysie faciale périphérique.

La succession des symptômes a presque toujours été la suivante : la névralgie, présente dans presque tous les cas, est la première en date ; l'éruption zostérienne vient ensuite ; la paralysie se montre en dernier lieu. La relation qui existe entre ces différents symptômes, au point de vue de leur intensité et de leur gravité respectives, est loin d'être absolue. Ainsi M. Letulle cite l'exemple d'un zona compliqué de gangrène qui s'accompagnait de paralysie faciale, tandis que dans d'autres cas un zona bénin à d'autres points de vue s'accompagne néanmoins de paralysie de la septième paire. Les douleurs même peuvent manquer ; c'est une exception, mais du moins démontre-t-elle que l'irritation des nerfs sensibles n'est pas la cause de la paralysie.

La guérison est la règle. Le minimum de durée a été de quatre jours après le début apparent de la paralysie ; le maximum de quatre mois.

Ici encore et par rapport aux cas de moyenne durée, ce qu'on voit dans le zoster se rapproche plus des faits de paralysie faciale dite *a frigore* que de celles qui relèvent d'autres causes.

Le diagnostic et le pronostic relèvent naturellement du zona lui-même, de l'éruption zostérienne, qui, surtout ici, doit être distinguée des éruptions zostéroïdes. Ce n'est qu'avec cette distinction que le pronostic, tel qu'il ressort des faits précédents, est relativement favorable. Il pourrait parfois en être tout autrement d'une éruption zostéroïde relevant de telle ou telle de ces lésions graves et progressives qui commandent elles-mêmes une paralysie faciale concomitante. La fièvre zoster, le zona-maladie n'est point en cause dans de tels cas et cela explique fort bien la distinction nosologique sur laquelle nous avons tant insisté. Il en est de même de paralysies faciales dues à des caries du rocher, à des compressions par tumeur, qui, elles aussi, peuvent éventuellement s'accompagner de vésicules zostéroïdes symptomatiques. *Dans tous ces faits la succession des*

(1) Klippel et Aynaud. Loc. cit.

phénomènes semble renversée : la paralysie faciale est la première en date ; l'éruption accessoire est secondaire.

Enfin, et toujours au même point de vue, il faut encore attirer l'attention sur certaines paralysies faciales de causes diverses qui à un moment donné se compliquent de quelques vésicules d'herpès, véritable complication, accidentelle, toute passagere et sans portée au point de vue pathogénique. C'est dans cet ordre de faits qu'il faut, croyons-nous, ranger une observation de paralysie faciale, compliquée de fièvre herpétique, décrite par M. Letulle, en dehors de celles que nous avons retenues, parmi celles qui appartiennent au même auteur.

Le traitement, outre celui du zona, est ultérieurement l'emploi méthodique de l'électrothérapie.

IV

Analogie de la paralysie faciale zostérienne avec les paralysies oculaires compliquant le zona ophtalmique. — Avant d'aborder la pathogénie de la paralysie faciale zostérienne, il importe de marquer l'analogie qui existe entre elle et les paralysies oculaires qui peuvent compliquer le zona ophtalmique. C'est qu'en effet ces dernières paralysies, fort bien étudiées par plusieurs auteurs, et qui tout récemment ont fait l'objet de la thèse remarquable et du mémoire de M. Sulzer, sont fertiles en enseignements en ce qui touche la paralysie de la septième paire elle-même, ainsi que nous chercherons à le montrer dans le chapitre suivant.

Il est donc intéressant de rappeler brièvement ce que nous savons relativement à la participation du moteur oculaire commun et des autres nerfs moteurs du globe oculaire dans les zonas de la branche ophtalmique de Willis.

En 1866, Hutchinson signala l'existence de paralysies des muscles moteurs oculaires à la suite du zona ophtalmique. Peu après, Bowmann en rapportait deux cas. En 1872, Hybord (1), dans sa thèse qui porte sur 95 cas de zona ophtalmique, relève 7 cas de paralysies des muscles oculaires consécutives au zona, empruntés principalement à Hutchinson et Bowmann. Ces paralysies frappent surtout l'oculo-moteur commun : ce sont en général des paralysies dissociées. En effet sur les 7 cas rapportés par Hybord nous ne trouvons qu'un cas de paralysie complète de la troisième paire, dont l'observation est due à Hutchinson : il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans qui, à la suite d'un zona ophtalmique, fut atteint de ptosis, de dilatation de la pupille et de paralysie des muscles innervés par l'oculo-moteur commun : ces accidents disparurent rapidement. Dans les paralysies dissociées, c'est le releveur de la paupière qui est le plus souvent atteint : dans les 7 cas de la thèse de Hybord, nous en trouvons 4 observations : 2 fois il était seul atteint : 1 fois le ptosis s'accompagnait de strabisme externe : une autre fois, de la dilatation de la pupille. La sixième paire est plus rarement paralysée : Hybord n'en rapporte que 2 cas.

En 1880, Blachez (2), chez un homme de cinquante-six ans, a observé, à la suite d'un zona ophtalmique, une paralysie de la troisième paire.

En 1892, Schlesinger (3) a vu, dans les mêmes conditions, une paralysie complète, portant également sur la troisième paire.

(1) Hybord. *Du zona ophtalmique*, Th. de Paris, 1872.
(2) Blachez. Du zona ophtalmique, *Gaz. des hôpit.*, 24 et 26 fév. 1880.
(3) Schlesinger. *Semaine méd.*, 1892, p. 419.

En 1898, Sulzer (1), dans sa thèse, a rapporté plusieurs observations de zona ophtalmique suivi de paralysie des muscles oculaires : l'étude de ces observations confirme, au point de vue du siège et du caractère des paralysies, les résultats fournis par l'examen des cas relatés dans le travail de Hybord. Nous trouvons en effet trois cas de paralysies dissociées de la troisième paire : dans deux cas il y avait dilatation de la pupille : dans l'autre, ptosis. Enfin, d'après Sulzer, Lessle aurait observé un cas de paralysie du grand oblique.

V

Nature et pathogénie de la paralysie faciale zostérienne. — Il y a plusieurs manières de s'expliquer logiquement la participation de la septième paire au zona de la face. Plusieurs d'entre elles ont déjà été appliquées aux paralysies oculaires dont nous avons fait ressortir les analogies avec la paralysie du facial survenant dans les mêmes conditions ; les façons de comprendre la complication dont il s'agit ont un tout autre intérêt que celui qui s'attache purement et simplement à d'ingénieuses explications. Suivant, en effet, la manière de voir qu'on adoptera, la paralysie surajoutée au zona offrira une valeur nosologique bien différente et les déductions de pathologie qui en seront les conséquences respectives seront d'un ordre et d'une valeur qu'on ne saurait rapprocher. C'est pour cette raison qu'il convient d'exposer chacune de ces théories pathogéniques en indiquant et en discutant les motifs qui les appuient.

En laissant de côté l'idée d'une simple coïncidence qui a pu inspirer les auteurs à une époque où la fréquence des paralysies n'était pas encore fixée comme elle l'est aujourd'hui, on se trouve en présence des quatre explications suivantes.

1° *Théorie réflexe.* — Ainsi que le rapporte Sulzer dans sa thèse (2), elle a pendant longtemps joui d'une grande vogue pour expliquer l'amblyopie et l'altération de la papille consécutive au zona de la première branche du trijumeau. M. Letulle (3), qui ainsi qu'on l'a vu plus haut s'est attaché à l'étude des paralysies faciales, dans le zona, semble admettre que l'irritation zostérienne d'une branche sensible, le trijumeau, puisse par action sur les centres nerveux déterminer la paralysie d'un nerf moteur de même territoire d'innervation, le facial. Cette explication devient un peu moins satisfaisante lorsqu'on constate, ainsi que nous l'avons fait remarquer, que la paralysie faciale du zona peut être un phénomène à distance, une paralysie aberrante, comme cela avait lieu 5 fois sur 17 dans les observations que nous avons pu réunir.

Sulzer fait remarquer qu'une origine réflexe est difficile à maintenir pour expliquer les atrophies papillaires et les papillites. Nous pourrions invoquer une lésion matérielle non moins intense en ce qui concerne la paralysie des muscles de la face, puisque, dans quelques-unes des observations que nous rapportons, les modifications des réac-

(1) Sulzer. *Contribution à l'étude du zona ophtalmique*, Th. de Paris, 1898.
(2) Sulzer. Loc. cit.
(3) Letulle. Loc. cit.

tions électriques impliquaient une amyotrophie incontestable et non pas seulement une parésie des muscles. Malgré cela nous pensons que la théorie de M. Letulle peut encore se défendre. Ne savons-nous pas en effet qu'une lésion périphérique siégeant au niveau des articulations peut entraîner des amyotrophies consécutives? Dans quelques cas, ainsi que l'un de nous l'a établi dès 1888, on peut trouver des lésions allant jusqu'à l'atrophie dans les centres nerveux correspondants. Et depuis cette époque, grâce à la méthode de Nisl, qui permet de déceler les plus fines altérations de la cellule nerveuse, on a pu établir que les lésions de la périphérie retentissaient presque toujours, fût-ce d'une manière peu profonde, sur les éléments centraux. La théorie dite réflexe, et ainsi interprétée, peut donc encore expliquer les amyotrophies dans le cas où elles existent au cours de la paralysie faciale du zoster. L'objection principale qu'on lui peut opposer réside donc dans la possibilité des paralysies aberrantes. Car les amyotrophies dites réflexes sont très généralement en rapport avec l'altération des centres nerveux d'un territoire très précis.

2° *Théories de la propagation.* — Il en est deux variétés :

a. Névrite ascendante intra-cérébrale : Cette manière de voir a été appliquée par Bouchut à l'amaurose qui suit les plaies du sourcil. Il s'agit de la lésion d'un nerf périphérique, le sus-orbitaire, contus, tiraillé, lacéré par le traumatisme, puis névrite ascendante propagée jusqu'au centre encéphalique. De là l'inflammation se réfléchissait de proche en proche par extension centrifuge sur les filets d'origine du nerf optique.

b. Névrite propagée de nerf à nerf : C'est la manière de voir que Daguenet a substituée à l'hypothèse de Bouchut pour expliquer la complication précédente.

Ces deux explications sont-elles applicables à la paralysie dans le zoster?

A ce sujet, M. Sulzer, qui rapporte les deux opinions précédentes, s'exprime ainsi : « La grande fréquence relative de la paralysie faciale, dans le zona occipito-collaris, semble parler en faveur d'une extension le long des branches nerveuses. L'anse anastomotique qui existe entre la branche auriculaire du plexus cervical et le nerf facial forme, en effet, une voie de propagation tout indiquée. »

A notre avis, la théorie de la propagation, outre ce qu'elle contient de fort hypothétique, n'explique pas l'ensemble des faits, en particulier l'étendue des paralysies, leur apparition qui est parfois très rapide au cours du zona, la possibilité de cette complication avec la participation de territoires où les anastomoses n'existent pas. Il est, enfin, des complications oculaires qui sont bilatérales avec un zona d'un seul côté; et si le fait est rare, nous avons pu cependant rapporter l'exemple d'une diplégie faciale au cours d'un zona unilatéral de la langue.

3° *Théorie de l'œdème.* — Le zona s'accompagne de troubles vaso-moteurs indiscutables. Au niveau de la zone où se développent les vésicules et dans les régions voisines, il y a souvent un œdème très marqué. Dans quelques cas, la tuméfaction de la face, en particulier dans les points où le tissu conjonctif est lâche, comme aux paupières, est telle qu'au premier abord on se croit en présence d'un érysipèle, d'autant plus que l'œdème aura des caractères inflammatoires et sera accompagné d'un processus lymphangitique. Cet aspect, rappelant l'érysipèle, était manifeste dans l'observation que nous avons publiée. Mais il y a plus. Les troubles vaso-moteurs et l'infiltration des tissus dépassent le territoire des vésicules et des névralgies. Les oculistes qui ont étudié l'état de l'œil dans le zona se sont attachés à démontrer que, en dehors de toute vésicule sur la conjonctive, celle-ci était rouge, œdématiée, tuméfiée. Il en serait de même de la kératite interstitielle qu'on observe en pareil cas. Elle pourrait apparaître avant toute lésion épithéliale, et il serait fort difficile de la distinguer de la même inflammation qui a été considérée, peut-être à tort, comme le résultat de l'éruption vésiculeuse. Mais voici encore un fait plus significatif. M. Terson décrit une kératite neuro-paralytique *double* à la suite d'un zona *unilatéral*. Ces faits démontrent que l'exsudation se fait soit à titre de troubles vaso-moteurs, soit à titre de trouble trophique, dans des territoires qui dépassent de beaucoup le domaine des vésicules. On peut donc se demander si l'infiltration profonde de la gaine des nerfs moteurs et du tissu conjonctif des muscles n'est pas à l'origine des paralysies neuro-musculaires du zona. D'ailleurs, l'altération des nerfs et des muscles œdématiés qui dégénèrent a, depuis longtemps, été démontrée par l'un de nous dans la phlegmatia et les œdèmes chroniques (1).

Mais où la théorie de l'œdème semble fautive, c'est dans l'exacte systématisation de la paralysie faciale, et en particulier dans ce fait que les branches profondes du facial ont été paralysées dans quelques cas. C'est aussi dans ce fait que les paralysies ne sont pas, au point de vue de leur gravité, en raison directe du degré d'infiltration des tissus.

4° *Théorie zostérienne*; *théorie infectieuse.* — La formule de cette théorie pathogénique peut être la suivante : le zoster qui frappe un nerf sensible, frappe en même temps un nerf moteur qui, dans le cas particulier, est le facial. En d'autres termes, si le zoster est une infection à détermination nerveuse, cette infection peut dans certains cas être en action simultanée sur deux branches nerveuses, dont l'une est sensitive, l'autre motrice, ou sur deux centres nerveux, si l'on admet de préférence l'origine centrale du zona. *Ainsi interprétée, la paralysie faciale ne devient plus une simple complication du zona; elle est le zona lui-même en action sur le nerf facial ou sur son centre.*

Cette pathogénie nous paraît de toutes la plus vraisemblable, celle qui est la moins sujette à la critique et qui peut le mieux expliquer l'ensemble des faits.

C'est celle que nous avons adoptée dans notre premier travail.

Nous allons en dire la raison.

Tout d'abord elle échappe aux objections que nous avons formulées plus haut et en particulier à celle de l'aberrance possible de la paralysie faciale qui en somme est la grosse objection qu'on peut faire aux autres théories.

En second lieu nous voyons par l'étude du zona que les localisations multiples, et celles-là incontestables, de la maladie, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru, à en juger par la description des anciens auteurs.

Loin d'être toujours localisé à une branche nerveuse ou à un territoire nerveux parfaitement circonscrit, le zona en dépasse assez souvent les limites et cela dans l'ensemble de ses manifestations.

(1) KLIPPEL. Altérations des nerfs dans la phlegmatia, l'œdème chronique, etc., *Arch. gén. de méd.*, 1889.

1. En ce qui concerne les vésicules nous trouvons ces îlots aberrants sur lesquels a insisté M. Tennesson (1) et dont l'étude vient d'être reprise par M. Féré (2). Pour n'en citer qu'un exemple, celui de ce dernier auteur, les groupes de vésicules occupaient, à gauche, l'angle inférieur de l'omoplate, le sein, la nuque et l'oreille. Puis du côté droit il y eut des vésicules sur la joue et sur le front.

2. Pour les troubles trophiques à distance et en dehors de ceux qui sont représentés par les vésicules, nous avons les atrophies papillaires, et les neurokératites doubles survenant au cours de zonas unilatéraux que nous avons cités plus haut.

3. Il y a dans les zonas des névralgies à distance sans que celles-ci soient accompagnées de vésicules dans les territoires correspondants. C'est là un fait qui a été mis en lumière par M. Féré (3) et qui lui a servi à défendre l'origine centrale du zona. Ainsi dans un zona intercostal, M. Féré trouve des douleurs réveillées par la pression des apophyses lombaires, douleurs sans rapport avec l'éruption.

4. Nous-mêmes nous avons signalé dans notre observation des anesthésies à distance. Nous ne parlons pas des troubles du goût et de l'odorat constatés du côté malade, parce que ces troubles peuvent s'expliquer par la paralysie du facial pour le goût (corde du tympan) et par l'action trophique du trijumeau, siège des vésicules, sur la muqueuse nasale, pour l'odorat. Mais il existait du côté opposé à l'éruption et à la paralysie de l'anesthésie et pour le goût et pour l'odorat.

Ces vésicules, ces douleurs, ces anesthésies, personne ne songera à les rapporter à une autre cause qu'à l'action de la maladie zostérienne sur des régions plus ou moins distantes du foyer principal du zona. Il nous semble que ses déterminations possibles sur le nerf facial peuvent être interprétées de la même manière.

VI

Conclusions générales. — La paralysie faciale zostérienne, si l'on a soin, comme nous l'avons fait, de ne retenir que les observations dans lesquelles c'est le zona-maladie, la fièvre zoster qui est en cause, la paralysie faciale zostérienne a des caractères cliniques et un mode d'évolution très particuliers. Nous avons tenté de les dégager en réunissant dix-sept observations, présentant entre elles les plus grandes analogies.

L'un de ces caractères est d'être assez souvent un accident à distance, par rapport au siège de l'éruption. Aussi, en considérant cette paralysie, non comme une simple complication du zona, mais comme l'infection zostérienne en action elle-même sur le nerf facial, nous l'avons rapprochée d'autres accidents, tels que les vésicules aberrantes, les névralgies, les anesthésies que présente parfois le zona, en dehors de son foyer principal.

Cette paralysie a encore les plus grandes analogies en ses symptômes et en son évolution, avec la paralysie faciale dite *a frigore*, tandis qu'elle s'écarte, au contraire, de ce qu'on voit dans les caries du rocher, les compressions, les maladies nerveuses organiques.

Cette analogie apparaît encore plus évidente si l'on se rappelle que la paralysie faciale *a frigore* peut elle-même être précédée de douleurs, ainsi que l'établirent Grasset, Dieulafoy, Bernhardt, Testaz, Despaigne.

Entre elle et le zona compliqué de paralysie faciale il y a la différence clinique, fort importante, il est vrai, de l'éruption. Et cependant, il ne semble pas qu'entre ces modalités cliniques la *séparation soit absolue.*

Dans les cas les plus complets, la maladie comporte trois éléments : la névralgie, le zona éruptif, la paralysie. Ces trois éléments ne peuvent-ils être dissociés en des formes plus ou moins frustes, *ne peuvent-ils se montrer isolés ou diversement combinés, sans cesser d'être la même affection?* Nous savons déjà que, dans le zona, l'élément névralgique peut faire défaut. Par contre, telle névralgie, telle paralysie faciale, avec ou sans douleur, ne seraient-elles pas de même nature que le zoster lui-même, bien que l'élément éruptif soit absent?

En tout cas, ainsi que nous l'écrivions dans notre premier travail sur ce sujet, outre les analogies cliniques que nous signalons entre les paralysies faciales zostériennes et *a frigore*, ce sont aussi les mêmes facteurs étiologiques qu'on invoque généralement et pour le zona et pour la paralysie faciale *a frigore*. A savoir : le *refroidissement*, cause habituelle du zona pour Hardy, et en ce qui concerne la paralysie faciale *a frigore* pour tous les auteurs; en second lieu, le *terrain névropathique*, admis pour le zona par Letulle, et par Charcot pour la paralysie faciale ; enfin, l'*infection*, doctrine développée par Landouzy pour le zona, et par Despaigne pour la paralysie de la face.

(1) Tennesson. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit*, 1898.
(2) Féré. *Ibidem.*
(3) Féré. *Rev. de méd.*, 1890, p. 393.

MÉDECINE PRATIQUE

Désinfection au sublimé des appartements, prisons, hôpitaux (Dr Kœnig).

L'auteur habitait à Hanau un appartement infesté de punaises, et ne parvint à s'en débarrasser qu'au moyen de fumigations de sublimé. Le moyen était efficace : mouches et punaises avaient immédiatement trouvé la mort. Il eut l'idée, peu après, de l'appliquer à la désinfection de chambres d'enfants qui avaient contracté la rougeole et la scarlatine; les locaux furent parfaitement assainis sans aucun retour offensif de la maladie contagieuse. Encouragé par ces résultats, il est passé à la désinfection des salles d'hôpitaux, et la pyémie et l'érysipèle ont disparu de son service.

Le procédé est des plus simples, 50 grammes de sublimé pour une salle ordinaire, contenus dans un récipient quelconque, sont portés rapidement sur un réchaud bien allumé, et l'opérateur gagne la porte. On a d'ailleurs soigneusement fermé toutes les ouvertures, et la chambre reste close de trois à quatre heures. Au bout de ce temps, on rentre pour aller ouvrir les fenêtres; il faut porter un mouchoir sur le nez et la bouche. Après quelques heures d'aération, on peut procéder à une petite fumigation soufrée pour neutraliser ce qui pourrait rester de mercure. (*Journ. de méd. de Paris.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement simple des verrues (Vidal).

Étendez une couche de savon noir sur un morceau de flanelle, on applique cet emplâtre sur les verrues pendant la nuit et le jour, si cela est possible. Après quinze jours de ces applications répétées, les verrues s'amollissent, sont dissoutes, et il suffit de gratter pour les faire disparaître complètement.

Lotion contre le prurit vulvaire (LUTAUD).

Eau distillée		500 grammes.
Hydrate de chloral	ââ	10 —
Teinture d'eucalyptus		
Chlorhydrate de cocaïne		1 —

Mêlez; pour lotions. (*Journ. de méd. de Paris.*)

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Traitement de l'anorexie par l'Orexine.

M. Arnold Goldmann (de Vienne) rappelle que dans le traitement des maladies de l'estomac, indépendamment de l'indication générale des médicaments, on doit tenir compte de ce fait que ces médicaments doivent être pris pendant longtemps et que cet usage prolongé entraîne souvent des conséquences fâcheuses. Tel est le cas pour l'acide chlorhydrique, pour les liquides alcooliques et les amers, dont l'emploi répété n'est pas sans danger.

Qu'il s'agisse d'une affection gastrique primitive ou d'un simple retentissement stomacal causé par une affection de voisinage ou d'un ordre plus général, on se trouve le plus souvent désarmé en face de la perte de l'appétit et de l'aggravation de l'état général.

Or, depuis de nombreuses années, Penzoldt emploie, comme stomachique, l'orexine. Ses observations démontrent que non seulement ce médicament augmente immédiatement la sécrétion chlorhydrique, mais qu'il amène encore une amélioration durable de la fonction glandulaire et partant de l'appétit. Outre ce pouvoir sur la sécrétion, l'orexine agit encore en réveillant la motilité de l'estomac et en empêchant la stagnation des matières alimentaires. D'où suppression rapide des sensations de pesanteur stomacale, des renvois et de la fétidité de l'haleine.

Les états dyspeptiques, la perte de l'appétit pouvant aller jusqu'à l'anorexie sont fréquents dans maintes affections. Aussi la chlorose et l'anémie, les affections du poumon et du cœur, certaines néphrites, les catarrhes chroniques de l'estomac et de l'intestin, dans l'atonie, bien entendu, le rachitisme et la scrofule, les maladies nerveuses, en un mot toutes les causes de dénutrition, sont-elles autant d'indications précises pour l'emploi de l'orexine.

C'est ce qui résulte de 68 observations que rapporte M. Goldmann, observations ayant porté sur 26 enfants et 42 adultes.

Dans 16 cas de tuberculose pulmonaire à tous les degrés, des doses quotidiennes de 30 à 50 centigrammes de tannate d'orexine ont amené des résultats probants.

Mêmes résultats dans 9 cas de chlorose et 14 cas d'anémie. L'auteur cite encore diverses observations et montre, en particulier, que les vomissements incoercibles de la grossesse ont pu être enrayés par l'orexine.

M. Goldmann administre l'orexine en cachets de 30 à 50 centigrammes, en une ou deux fois, de préférence deux heures avant le repas. Il recommande pour les enfants l'emploi des tablettes de chocolat d'orexine qu'ils prennent volontiers.

L'auteur conclut, d'après ses propres observations et celles d'un grand nombre de médecins (Penzoldt, Frommel, Riegel, Boas, Henne, Hohn, Kronfeld, Steiner, Köbl, Friesen), que l'orexine est le stomachique qui se prête au plus grand nombre d'indications. Il laisse loin derrière lui les autres médicaments employés jusqu'ici. (*Wien. med. Woch.*, 1899, n° 9.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mai 1899. — Présidence de M. POZZI.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUBERCULOSES TESTICULAIRES

M. POTHERAT ne croit pas que la castration d'un testicule tuberculeux mette à l'abri de la récidive dans l'autre testicule. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir. C'est d'abord l'observation d'un malade castré à droite par Péan, en 1889, qui, depuis deux ans, présente des lésions tuberculeuses du côté gauche et un abcès épididymaire. Dans d'autres cas, ce n'est pas plusieurs années, mais seulement quelques semaines après la castration, que les lésions tuberculeuses se sont manifestées de l'autre côté. Chez un malade castré six semaines après le début d'une épididymite aiguë tuberculeuse, l'autre testicule se prend moins d'un an après et aujourd'hui il y a deux fistules. La récidive se fait donc, après la castration, tantôt au bout d'un temps très long (sept et huit ans), tantôt au bout d'un temps très court (six à sept semaines). On peut donc dire que la castration, même précoce, ne met pas à l'abri des récidives.

On objectera peut-être que, dans ces cas, on n'a pas fait l'ablation du canal déférent, comme le conseille M. Berger. En effet, cette ablation totale est plus rationnelle que la castration seule du testicule. Mais si l'on raisonne ainsi, on se trouvera alors, dans certains cas, dans la nécessité d'enlever les deux testicules, les deux canaux déférents, la prostate.

M. Reynier a dit que la tuberculose des organes génitaux était plutôt ascendante. Ce n'est pas l'avis de M. Potherat, qui la considère plutôt comme descendante. Il invoque, à ce point de vue, la prostatorrhée prémonitoire.

En résumé, les faits démontrent que la castration n'empêche pas la généralisation de la tuberculose. En retarde-t-elle seulement la marche? M. Potherat ne le pense pas. Si l'on observe bien les faits, on voit que cette récidive peut ne se faire qu'après sept et huit ans. Elle se fait, en moyenne, après deux ou trois ans. D'ailleurs, si la récidive est tardive, on ne saurait en faire bénéficier la castration, car on sait qu'elle peut évoluer aussi spontanément. M. Potherat cite même l'exemple d'un malade de M. Humbert, qui fut castré à gauche et cureté à droite. Or, aujourd'hui, les lésions tuberculeuses de la prostate sont plus étendues du côté gauche, côté castré, que du côté droit, côté cureté.

Reste, enfin, l'argument moral, auquel M. Potherat attache la plus grande importance. On sait dans quelle hypocondrie tombent généralement les malades ayant subi la castration, même d'un seul testicule. Aussi doit-on être très réservé à l'égard de cette opération. Cependant, il est une circonstance dans laquelle M. Potherat pratique la castration unilatérale; c'est quand il s'agit d'un véritable sarcocèle tuberculeux, de la forme hypertrophique de la tuberculose testiculaire. Il est également partisan de l'ablation de tout foyer tuberculeux formant tumeur, afin de pouvoir fermer la plaie et obtenir une réunion par première intention.

M. BAZY présente un malade qui a subi la castration d'un testicule il y a peu de temps et qui présente des lésions tuberculeuses déjà avancées de l'autre côté.

COMMUNICATIONS

Traitement des hémorroïdes. — M. MONOD fait une communication sur ce sujet. Il n'a pas jusqu'ici adopté le procédé de Whitehead, le trouvant trop sanglant. D'autre part, il a renoncé à l'emploi du thermocautère. Voici comment il procède : il administre préalablement deux purgatifs successifs; il a recours à l'anesthésie chloroformique, il fait la dilatation forcée avec le spéculum de Trélat; on voit alors saillir les

bourrelets hémorroïdaires; il les prend dans des pinces de Kocher, en portant ces pinces aussi haut que possible du côté de la muqueuse, et il excise, aux ciseaux, tous les bourrelets hémorroïdaires, puis il applique une forte mèche de gaze iodoformée, munie d'un tube. Les suites de cette opération sont des plus simples. Il y a quelquefois un peu de rétention d'urine pendant les deux premiers jours. Il donne de l'opium pour constiper les malades et les purge le quatrième jour. La purgation a pour effet de chasser la mèche. M. Monod n'agit ainsi que sur les hémorroïdes internes; il ne touche pas aux hémorroïdes extérieures, qui tombent d'elles-mêmes. Jamais il n'a vu de récidives après ces opérations.

M. RECLUS rappelle que, quand M. Delorme a préconisé à la Société de chirurgie le procédé de Wittehead, il a fait observer que depuis fort longtemps il employait un procédé absolument semblable à celui que vient de décrire M. Monod. Voici comment il opère :

Il emploie la cocaïne qui, pour lui, est l'anesthésique de choix dans ces cas. Après avoir purgé son malade, il dilate l'anus avec le spéculum de Trélat. Il applique des pinces de Kocher en T et coupe tout ce qui dépasse les pinces. Il extirpe ainsi toutes les hémorroïdes, puis, avec une aiguille de Reverdin, il prend la peau, le muscle et la muqueuse et passe un fil de catgut, car c'est au catgut qu'il donne la préférence. Il fait ainsi des points profonds et obtient, du même coup, la réunion et l'hémostase. Contrairement à M. Monod, il enlève les hémorroïdes externes. Il a recours, comme pansement, à une pommade polyantiseptique à l'orthoforme qui a l'avantage de faire disparaître les douleurs consécutives à l'opération. M. Reclus pratiquait cette opération alors que tous ses collègues avaient recours au thermocautère.

M. POZZI redoute l'extirpation d'une portion de la muqueuse. Dans cette région la suture la mieux faite peut ne réussir que partiellement. Aussi a-t-il continué à recourir au procédé qu'il emploie depuis vingt-deux ans et qui lui donne constamment de bons résultats. Voici en quoi consiste ce procédé : anesthésie chloroformique, dilatation, exposition en couronne, ectropion du bourrelet hémorroïdaire, lardage au thermocautère des hémorroïdes jusque dans leur profondeur, application d'une mèche de gaze iodoformée avec un tube. Avec ce procédé, M. Pozzi n'a jamais eu d'accidents et a toujours obtenu de parfaits résultats.

M. TILLAUX rappelle que cette question du traitement des hémorroïdes a été agitée, à la Société, il y a trente ans. Chassaignac vantait alors son procédé, qui a été abandonné comme donnant lieu parfois à des hémorragies et à des rétrécissements de l'anus. Quant à M. Tillaux, il emploie le même procédé depuis trente-cinq ans, procédé qui est exactement celui dont vient de parler M. Pozzi : cautérisation des hémorroïdes au thermocautère rouge sombre jusqu'à affaissement de la tumeur.

PRÉSENTATIONS

Suture du tendon du quadriceps. — M. POIRIER présente un malade auquel il a pratiqué la suture du tendon du quadriceps. Ce tendon, formé de trois plans de fibres venant de directions différentes, ne devait pas se rompre de la même façon que les autres tendons. Il y avait, en effet, chez ce malade, trois plans de ruptures, c'est-à-dire trois plans de fibres s'étant rompues en trois étages. L'un des tendons rupturés s'interposait entre les deux autres et rendait, par conséquent, la réunion par le massage impossible. M. Poirier a donc suturé chacun de ces tendons à part bout à bout. Dès le troisième jour, on commença les massages et le malade marcha le dixième jour. Actuellement il marche très bien. Détail à noter, ce malade avait de l'arthrite sèche.

M. CHAMPIONNIÈRE félicite M. Poirier du très joli résultat qu'il a obtenu dans ce cas. Il aurait préféré faire l'incision en fer à cheval. Il a vu un sujet qui s'était rompu les deux tendons du quadriceps; l'un avait rasé la rotule. M. Championnière a passé un fil dans la rotule elle-même. Ce malade marche très bien. Il avait également de l'arthrite rhumatismale. Il est hors de doute que, dans ces cas, le massage serait tout à fait insuffisant. Il faut suturer et masser ensuite en se gardant bien de l'immobilisation prolongée qui amène ou augmente une atrophie musculaire fort gênante.

Rhinoplastie. — M. POZZI présente une malade qui était atteinte d'un épithélioma du nez. Il lui a enlevé la presque totalité du nez et lui a refait un nez avec un lambeau pris sur le front, puis en détachant un peu les joues de chaque côté pour les attirer et les ramener au contact de ce lambeau frontal.

Corsets en celluloïd. — M. JALAGUIER présente, de la part de M. Calot (de Berck), des corsets en celluloïd.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un code déontologique médical bavarois.

GÉNÉRALITÉS. — Tout médecin est tenu d'exercer consciencieusement et honorablement sa profession. Il doit se tenir sur le terrain de la médecine scientifique et veiller à la santé publique dans la mesure de ses moyens. Il doit combattre les remèdes secrets et le charlatanisme.

PRATIQUE MÉDICALE. — Le médecin doit se conformer aux coutumes locales pour faire connaître son établissement, son changement de domicile, son absence momentanée. Sauf pour ce qui est de l'enseignement académique, il ne doit pas faire savoir par annonces qu'il traite par correspondance.

On ne doit pas prendre le titre de spécialiste sans justifier d'une instruction spéciale suffisante; le spécialiste doit renoncer à la clientèle ordinaire.

Le titre de clinique ou de policlinique est réservé aux établissements de l'État.

Il est interdit aux médecins de faire le commerce des appareils et des médicaments, d'acheter ou de vendre une clientèle ou de servir d'intermédiaire à ces négociations.

Il est indigne du médecin de rendre directement ou indirectement obligatoire le recours à ses soins et de se procurer des clients par des remises aux sages-femmes, baigneurs, etc.

L'exposition d'attestations servant de réclame est interdite. Les observations et les comptes rendus médicaux ne doivent être publiés que dans les journaux professionnels et on doit s'opposer aux remerciements publics.

Aucun médecin ne doit prescrire des remèdes secrets ni des médicaments-réclames notoirement inefficaces. Il ne doit pas couvrir de son nom l'exercice illégal de la médecine et il ne doit pas inviter à assister à une opération des personnes étrangères à la profession.

RAPPORTS AVEC LES CLIENTS DES AUTRES MÉDECINS. — Il faut, vis-à-vis d'eux, s'abstenir de toute critique défavorable des actes médicaux. Un médecin ne doit pas traiter un malade qu'il sait déjà traité par un confrère, à moins que le malade ne refuse les soins du médecin appelé le premier et que celui-ci n'en soit prévenu. Toutefois, cette règle ne s'applique pas aux consultations chez le médecin, ni aux cas d'urgence.

CONSULTATIONS. — On doit accepter comme consultant

tout médecin pouvant faire partie des Chambres médicales et restant sur le terrain de la médecine scientifique.

L'exactitude aux rendez-vous est de rigueur. Sauf le cas de très grand éloignement, le délai d'attente est d'un quart d'heure, après lequel le médecin traitant, s'il est seul, prescrit suivant le besoin; le consultant resté seul doit se retirer sans faire d'examen ni de prescription, sauf le cas d'urgence s'il réside loin; il peut examiner le malade et laisser par écrit son avis de médecin traitant.

Le consultant doit éviter toute marque de supériorité et toute critique du traitement suivi jusque-là.

En cas de dissentiment des deux médecins réunis, un troisième sera appelé pour les départager, ou, si cela ne se peut, le médecin traitant exposera la question au malade ou à la famille, qui décidera. Si l'on n'arrive pas à une entente, le consultant se retirera en donnant ses raisons.

Le résultat d'une consultation peut être exprimé par chacun des médecins qui y ont pris part; la famille et le malade ne doivent connaître que ce résultat, mais non les divergences d'avis.

Sauf le cas de nécessité le médecin traitant doit suivre le traitement indiqué. C'est à lui et à la famille à décider du renouvellement des consultations.

On peut refuser une consultation.

Honoraires. — Les sociétés médicales locales doivent établir des tarifs qui lient leurs membres; il peut exister des tarifs spéciaux pour des villes ou des portions de cercle, mais ils doivent être agréés par la société. Les traités particuliers avec les corporations, sociétés d'assurances, établissements, doivent avoir l'agrément de la société médicale qui le refusera quand les honoraires stipulés seront inférieurs à ceux en usage.

On peut faire remise des honoraires aux malades pauvres.

Toute réduction d'honoraires doit être formellement indiquée au moment du règlement. Le médecin ne doit pas traiter gratuitement ceux qui peuvent payer les soins reçus.

Une candidature à une place médicale publique ou privée ne doit pas s'accompagner d'offres de rabais ni de dénigrement des concurrents.

Remplacements. — En cas de maladie passagère ou d'absence professionnelle on doit remplacer gratuitement un confrère. Si la maladie ou l'absence se prolongent, le règlement se fera suivant les conventions.

Le remplacement gratuit ne s'étend pas aux opérations et accouchements. Les médecins et leurs familles doivent être traités gratuitement. (*Munch. med.* — *France méd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

269. M. Platrier. De l'hystéro-traumatisme interne. — 270. M. Mauget. Contribution à l'étude du pouls lent permanent. — 271. M. Herber. Contribution à l'étude de la paralysie ourlienne. — 272. M. Manadé. Contribution à l'étude clinique des cylindromes. — 273. M. P. Robin. Rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents. — 274. M. Tuefferd. Du rôle des chirurgiens dans les infections considéré au point de vue de la pathologie générale. — 275. M. Lalande. Essai sur les symptômes et le diagnostic de la maladie de Bayle. — 276. M. Vignes. Essai sur la folie consciente. — 277. M. Lafon. Contribution à l'étude de quelques formes anormales d'éclampsie. — 278. M. Pierre Bernard. Les cancers primitifs multiples. — 279. M. Robert. Actynomycose des canalicules lacrymaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecine (deuxième épreuve clinique) : 17 mai. MM. Hudelo, 29; Plicque, 27.

18 mai : MM. Legry et Teissier, 30.

— Concours de chirurgie (épreuve orale) : MM. Auvray et Delbet, 18; Marion, 17; Launay, 16.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur d'Hardivillier est nommé professeur d'histologie.

— *Ve Congrès français de médecine.* — Le Ve Congrès français de médecine tiendra sa prochaine session à Lille, le vendredi 28 juillet 1899, sous la présidence de M. le professeur Grasset (de Montpellier).

Les personnes qui désireraient adhérer au Congrès ou prendre la parole sur l'une des trois questions proposées ou faire une communication sur un sujet de leur choix, voudront bien avertir au plus tôt le docteur Combemale, secrétaire général, 128, boulevard de la Liberté, à Lille.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs; elle donne le droit de participer aux travaux, aux fêtes, aux excursions et aux votes du Congrès, et de recevoir gratuitement les six rapports imprimés sur les questions proposées et le volume contenant les discussions en séance sur ces questions, ainsi que les communications diverses présentées au Congrès.

Les dames, les étudiants en médecine et toutes les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès; ces membres associés paient une cotisation de 10 francs.

Les trois questions proposées sont les suivantes :

1° « Des myocardites. » — Rapporteurs : MM. Renaut (de Lyon), Huchard (de Paris);

2° « Des adénies et leucémies. » — Rapporteurs : MM. Denis (de Louvain), Sabrazès (de Bordeaux);

3° « L'accoutumance aux médicaments. » — Rapporteurs : MM. Simon (de Nancy), Heymans (de Gand).

Ces rapports seront imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès, à tous les membres adhérents.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion ou de fonds peuvent être, dès maintenant, adressés au secrétaire général du Congrès ou à M. le docteur Looten, trésorier du Congrès, 1, rue des Molfonds, à Lille.

— *Congrès de chirurgie.* — La première question mise à l'ordre du jour du prochain congrès est l'étude de l'*hystérectomie abdominale totale*, aussi bien pour les fibromes utérins que pour les suppurations pelviennes et le cancer de l'utérus.

M. le docteur Ricard, chargé du rapport, serait reconnaissant aux collègues ou confrères qui voudraient bien lui faire connaître au plus tôt leurs statistiques personnelles ou les observations que leur a suggérées la pratique de l'*hystérectomie abdominale*.

Écrire à M. le docteur Ricard, 68, rue Pierre-Charron.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blet, médecin de la Chambre des députés; T. Chicou (de Donzenac); Lemonnier (de Rennes).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de Paris à Chamonix (Mont-Blanc)*, via Mâcon, Culoz, Bellegarde et Genève ou Saint-Julien (Haute-Savoie). — Valables 15 jours, avec faculté de prolongation. Arrêts facultatifs. Franchise de 30 kilos de bagages. Du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix, le trajet s'effectue par les voitures de la Société de correspondance.

Prix : de Paris à Chamonix, 1re classe, 124 fr. 75; 2e classe, 92 fr. 10; 3e classe, 62 fr. 80.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 58. — MARDI 23 ET JEUDI 25 MAI 1899. 72e ANNÉE. MARDI 23 ET JEUDI 25 MAI 1899. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Paris, le 24 mai 1899.

Au milieu des douloureuses circonstances que nous venons de traverser, nous avons reçu de nos confrères de Paris et de province de si nombreuses marques de sympathie et de regrets, qu'il nous est impossible de songer à remercier individuellement tous nos amis.

La *Gazette des hôpitaux* s'unit donc ici à la famille de son très regretté Directeur, pour les prier d'accepter ses plus vifs remerciements.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, dans ces derniers temps, a entendu plusieurs communications sur la sympathicectomie appliquée au traitement de diverses affections, la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie, etc. Les résultats cliniques obtenus à la suite de cette opération ont été variables et, somme toute, les avis sont encore partagés sur son efficacité. C'est pourquoi l'Académie a écouté, avec un vif intérêt, la communication que vient de faire M. Franck, sur les effets que produit exactement la suppression du sympathique cervical sur la circulation du corps thyroïde, sur celle du cerveau, sur l'appareil oculaire et sur le cœur. On lira plus loin les conclusions importantes auxquelles arrive M. Franck. Bien qu'il se soit appliqué à rester uniquement sur le terrain de la physiologie expérimentale, les cliniciens devront retenir de cette communication que si, dans certains cas, la sympathicectomie peut être utile, il en est d'autres dans lesquels elle ne peut qu'être inutile, voire même nuisible. Enfin, il y a une grande distinction à établir, au point de vue des effets physiologiques, entre la simple section, la résection partielle ou la résection totale du sympathique cervical.

La question n'en restera pas là, et nous savons que plusieurs membres doivent prendre la parole à propos de l'intéressante communication de M. Franck.

M. Darier a lu, en son nom et au nom de M. Domer, une note sur les effets thérapeutiques du massage oculaire.

M. Foveau de Courmelles a fait connaître un nouveau mode d'exploration de l'estomac par les rayons X. On trouvera au compte rendu les résumés de ces lectures.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de correspondants nationaux. Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Vincent (de Rochefort); en deuxième ligne, M. Coyne (de Bordeaux); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Catrin (de Valenciennes) et Lalesque (d'Arcachon); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Boinet (de Marseille) et Motais (d'Angers).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. le professeur Lépine (de Lyon) honorait de sa présence la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux. M. le président Raymond l'en a remercié comme il convenait; mais combien notre hôte distingué a dû être surpris du spectacle plutôt morne qu'on lui a offert! Personne à la séance, ou presque personne! Toujours les mêmes, les fidèles..., ils sont au plus douze! Des autres médecins des hôpitaux, il n'est jamais question; ils ne viennent pas..., et la Société qui, par son mode de recrutement, devrait, sans aucun doute, être la plus active, est certainement la plus délaissée. Pourquoi — ceci a été récemment proposé — ne pas revenir au système des amendes et des jetons de présence? Pourquoi ne cherche-t-on pas à rendre un peu de vitalité à cette réunion qui s'en va? Quand il s'agit de prendre un parti dans les questions administratives qui intéressent le plus vivement le corps médical des hôpitaux, on s'abstient, et peu à peu, avec cette coutume qu'on laisse grandir de laisser les événements aller à leur guise, l'administration ne prendra même plus la peine de consulter ceux dont il serait cependant indispensable d'avoir les avis. Et, en effet, pourquoi viendrait-on troubler le repos de gens satisfaits?

Nous devons à M. le professeur Lépine une intéressante **observation de pleurésie droite, de péribronchite syphilitique avec dextrocardie consécutive.** Il s'agit d'une malade atteinte de syphilis tertiaire, présentant une déviation à

droite du cœur, en masse, l'organe ayant conservé son obliquité normale. Cinq ans auparavant, la malade avait eu une pleurésie droite. L'autopsie confirma le diagnostic et montra, en outre, que la rétraction du poumon droit était due en partie à une péribronchite syphilitique intense, qui traversait l'organe de larges bandes de sclérose.

M. Siredey lit un mémoire important sur l'**emploi des scarifications linéaires dans le traitement des ulcérations du col utérin**. Frappé des excellents résultats que donne la scarification linéaire dans diverses affections de la peau (lupus, télangiectasies, acné hypertrophique), M. Siredey a essayé d'appliquer la même méthode de traitement aux pseudo-ulcérations du col utérin. Il a eu recours à des incisions parallèles, aussi rapprochées que possible, puis entrecroisées à la façon des hachures d'un dessin. On obtient ainsi une transformation scléreuse assez rapide des régions malades. Les incisions faites profondément dilacèrent les glandes sur la plus grande partie de leur étendue, et elles provoquent, non plus seulement une cicatrice superficielle avec l'oblitération de leur orifice, mais une sclérose profonde diffuse, qui détruit plus complètement ces glandes. Ce même procédé donne d'excellents résultats lorsqu'on l'emploie contre les gros kystes glandulaires qui font saillie à la surface du museau de tanche.

M. Apert présente à la Société un homme de vingt-quatre ans, porteur de **malformations congénitales remarquables**. Le thorax présente sur sa face antérieure, au niveau des hypocondres, deux excavations en forme d'entonnoir, de 6 à 8 centimètres de diamètre, sur 2 à 3 de profondeur. Ces malformations sont, sans doute, attribuables à une compression fœtale pendant la vie intra-utérine.

M. Louis Rénon lit un travail sur le **traitement de quelques urémies par la diète hydrique**. Il arrive parfois, au cours de l'urémie lente ou de l'urémie aiguë, que les malades ne peuvent plus supporter le régime lacté ; les accidents persistent malgré le lait et on dirait volontiers, à cause du lait, qui devient un poison, tout comme dans l'entéro-colite aiguë toxique, et probablement pour es mêmes raisons.

Chez certains albuminuriques dyspeptiques, M. A. Robin a vu que le lait est l'aliment le plus mal toléré et qui donne le maximum d'albumine, laquelle cède, au contraire, au régime par les légumes et les farineux ; la genèse alimentaire de l'albuminurie est analogue à celle des accidents toxiques de l'entéro-colite aiguë.

Il faut donc, de toute nécessité, s'adresser à une autre médication que le lait.

M. A. Mathieu a indiqué, au cours de l'urémie gastrique chronique, la possibilité de l'alimentation par l'eau, et on sait que M. Bar traite depuis plus d'un an par la diète hydrique, et avec de bons résultats, les femmes atteintes d'albuminurie gravidique et d'éclampsie. M. Rénon pense que, chez les urémiques qui ne supportent pas le lait, et chez qui le lait aggrave les accidents, on doit s'adresser à la diète hydrique, puis aux féculents et aux farineux, ensuite au lait, pour ne reprendre enfin l'alimentation mixte que lorsque tout danger aura disparu; en un mot, ces urémiques doivent être traités comme les malades atteints d'entéro-colite aiguë toxique grave.

M. Rénon a eu l'occasion d'appliquer cinq fois cette médication depuis quelques mois ; au bout de trois à quatre jours de diète hydrique, les accidents (vomissements, diarrhée, dyspnée) disparaissaient, et on pouvait donner pendant quelques jours des féculents, de l'eau de riz, du bouillon de légumes sans viande, pour ne recommencer ensuite que progressivement l'usage du lait. Le taux de l'albumine descendait souvent à 0 pendant le régime aqueux et se maintenait presque toujours moins élevé avec le régime des féculents et des farineux qu'avec le lait.

Ces résultats semblent très encourageants dans le traitement des urémies qui sont rebelles au régime lacté. La diète hydrique ne doit être qu'une médication d'attente, temporaire pendant deux, trois ou quatre jours, tout comme dans l'entéro-colite aiguë. Elle permet de gagner un temps précieux, et vient souvent à bout d'une situation qui semblait véritablement inextricable.

HOPITAL ANDRAL. — M. Albert Mathieu.

Un cas de vomissements incoercibles.

(Leçon recueillie par M. M. Beauchamp, interne du service.)

Une malade âgée de trente-huit ans, ménagère, entre à l'hôpital Andral le 5 février 1899. Cette femme raconte que depuis quinze jours elle prenait pour toute alimentation un demi-litre de bouillon seulement par jour. Elle ne pouvait rester debout tant sa faiblesse était grande. Elle avait, au moindre effort, des vertiges, des tendances à la syncope.

Dans les antécédents héréditaires, je ne trouvai rien méritant d'être signalé. Les antécédents personnels m'apprirent que cette femme avait eu déjà trois grossesses. Celles-ci s'étaient effectuées de la façon la plus normale, sans troubles digestifs particuliers. Elle avait accouché à terme, ses enfants étaient encore vivants. Il n'y avait pas eu de fausses couches. Dans le passé morbide de la malade, on relevait des attaques de migraine survenues depuis deux ans seulement. Ces migraines étaient caractérisées par une céphalalgie intense, un état nauséeux avec vomissements, la malade était obligée de garder le lit. Ces symptômes persistaient vingt-quatre ou trente-six heures, puis cédaient complètement. La malade était reprise des mêmes accidents une ou deux fois par mois, sans grande régularité. S'agissait-il, dans ce cas, de la migraine vraie décrite par les auteurs, et considérée par eux, au même titre que l'attaque d'asthme, comme un des attributs de la diathèse neuro-arthritique? Je croirais plus volontiers qu'il s'agissait d'un de ces états migrainoïdes qui peuvent s'observer dans bon nombre de conditions étiologiques différentes. Ces fausses migraines sont quelquefois impossibles à distinguer de la vraie, et c'est ce qui m'amène à mettre en doute l'unité pathogénique de la migraine telle qu'elle est admise en général.

Quoi qu'il en soit, c'est un an après le début de ces migraines, que notre malade commença à se plaindre de l'estomac. Une ou deux fois par semaine, elle avait des crampes, une sensation de vide au niveau de la région épigastrique, des tiraillements. Ces phénomènes se présentaient le matin à jeun, pour disparaître lorsque la malade avait pris quelques aliments. Elle ne vomissait pas, l'appétit était conservé. C'était peu de chose, en somme, et elle continuait comme par le passé à vaquer à ses occupations, sans se préoccuper de son état. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital Andral, le tableau se modifie complètement. Des vomissements apparaissent, succédant presque immédiate-

ment à l'ingestion des aliments quels qu'ils soient. Ils sont précédés de nausées; la malade rend, sans grands efforts, la presque totalité des aliments absorbés. Elle présente, en outre, des vomissements survenant le matin à jeun. A ce moment, elle rejette une petite quantité de liquide filant, glaireux. Il s'agissait là, sans doute, de ce que j'appelle le vomissement pituiteux œsophagien. C'est le rejet, par des efforts de vomissement plus ou moins pénibles, de la salive accumulée dans l'œsophage, en vertu d'un spasme du cardia.

Les vomissements persistèrent pendant quinze jours, bien que la malade se fût mise tout de suite au régime du lait et du bouillon. Chaque fois qu'elle avait absorbé une certaine quantité de liquide, elle en rejetait la plus grande partie presque immédiatement après. Huit jours avant son entrée, les vomissements alimentaires cessèrent, mais l'état nauséeux et vertigineux persista. La malade avait restreint considérablement son alimentation; j'ai dit qu'elle ne prenait plus chaque jour qu'un demi-litre de bouillon. Elle s'était ainsi appliqué spontanément le traitement que nous employons, de propos délibéré, dans des cas d'intolérance gastrique, telle que l'hyperchlorhydrie, l'ulcère rond, le cancer, les crises gastriques du tabes nous en fournissent des exemples : je veux dire la suppression à peu près complète de l'alimentation buccale. Ce traitement amène ordinairement la cessation des vomissements, et, après quelques jours d'alimentation rectale, on voit l'estomac redevenir de nouveau tolérant.

Si la malade ne vomissait plus, ses forces déclinaient rapidement; elle se trouvait dans un véritable état d'inanition. Elle avait des vertiges, des tendances à la syncope, elle ne pouvait se tenir debout. C'est dans ces conditions qu'elle se présenta dans mon service. Je me trouvai en présence d'une femme presque cachectique, au teint jaunâtre, à la figure bouffie, amaigrie, mais pourvue cependant encore d'un certain degré d'embonpoint.

Étant donné ce que je savais d'elle, avant tout examen direct, plusieurs idées devaient s'éveiller dans mon esprit. Il pouvait s'agir de vomissements liés à une altération organique de l'estomac, d'un cancer à forme émétisante. On pouvait avoir affaire à une gastrite éthylique, il pouvait encore s'agir de vomissements hystériques. Je songeais avant tout aux vomissements par auto-intoxication, tels qu'on les observe dans l'urémie. Je me rappelais l'histoire d'une dame que j'avais soignée récemment dans ma clientèle. Cette dame était atteinte, depuis quelque temps déjà, d'un état nauséeux permanent. Elle vomissait chaque jour presque immédiatement après l'ingestion des aliments. Elle avait le teint pâle, le facies un peu bouffi, elle n'était pas amaigrie. Ici je fus mis sur la voie du diagnostic par des signes non équivoques d'insuffisance rénale. Le cœur était gros, il y avait un bruit de galop à la pointe, à la base on percevait un souffle diastolique d'insuffisance aortique. Il y avait de l'hydrothorax droit avec poussées de congestion pulmonaire, les artères étaient dures, le pouls tendu. On pouvait porter dans ce cas, à coup sûr, le diagnostic d'urémie gastrique. Cependant, et j'insiste sur ce point, les urines examinées à bien des reprises n'avaient toujours présenté que des traces indosables d'albumine. J'instituai le régime lacté, je prescrivis des pilules de scille et de scammonée, de grands lavages de l'intestin, et en quelques jours j'assistai à la disparition complète de tous les troubles gastriques. Six mois se sont écoulés sans qu'ils se soient reproduits.

L'examen de notre malade me conduisit à un diagnostic qui s'écartait de tous ceux que je viens d'énumérer. Je trouvai un ventre volumineux, légèrement tympanisé, à parois plutôt relâchées. La palpation montrait une sensibilité marquée au niveau de ce que j'appelle le point épigastrique, point qui correspond à la projection sur l'épigastre du plexus solaire. La région était souple et ne présentait aucune tumeur. Après ingestion d'un verre de lait, on déterminait nettement du clapotage à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, ce qui, joint à l'effacement de l'espace de Traube, indiquait un abaissement de l'estomac. Malgré des examens répétés, je ne trouvai jamais de signes de stase le matin à jeun. Le foie, lui aussi, était abaissé. Je déterminai son bord inférieur à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Il présentait une matité totale sur la ligne mamelonnaire de 7 à 8 centimètres. Je trouvai une corde colique ascendante et descendante, douloureuse à la palpation. La malade présentait une constipation marquée, elle rendait des scybales ovillées, mêlées parfois à des glaires. Elle avait, en somme, des symptômes d'entéro-colite légère, pour laquelle je prescrivis dans la suite des grands lavages d'intestin qui eurent le meilleur résultat.

Il n'y avait pas de néphroptose appréciable. Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. La malade disait n'avoir pas eu ses règles depuis deux mois, mais elle ajoutait que, depuis plusieurs années, elle était très irrégulièrement menstruée. Je ne notai rien de particulier du côté du cœur ni des poumons. La malade ne semblait pas nerveuse, elle n'avait aucun stigmate d'hystérie. Tout éthylisme était à écarter.

Les symptômes présentés par la malade ne se rattachaient évidemment pas à une lésion organique de l'estomac. Je ne pouvais croire non plus à des vomissements urémiques et hystériques. J'attribuai une grande importance aux signes de ptoses viscérales qui dominaient le tableau symptomatique et je n'hésitai pas à y voir la pathogénie des accidents. J'ai en effet observé un certain nombre de malades présentant des vomissements répétés qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. Je vous citerai entre autres le cas d'une malade que quelques-uns ont pu voir récemment à la consultation. Elle était atteinte de ptose abdominale généralisée. Elle se plaignait, elle aussi, d'un état nauséeux et avait des vomissements fréquents survenant après l'ingestion des aliments. Différents traitements avaient été suivis sans succès. Je lui fis prendre le lit et, après quelques jours de repos, dans l'horizontalité parfaite, tous les troubles disparurent. Cette malade ayant repris une vie active présenta à nouveau les mêmes accidents, qui disparurent lorsqu'elle consentit de nouveau à garder le lit.

Il me semble donc indiscutable que toute une série de vomissements incoercibles précédés de douleurs ou de nausées, reconnaissent pour cause primordiale la ptose des viscères abdominaux. Cette ptose agit lorsque les malades marchent ou se tiennent longtemps debout, en déterminant un tiraillement au niveau des ligaments qui rattachent les organes à la paroi ou aux viscères voisins. Les plexus nerveux abdominaux sont ainsi irrités et cette irritation retentit sur l'estomac. Dans les cas les plus légers, on observe seulement une augmentation de la sensibilité au niveau du point épigastrique, des crises douloureuses, quelques nausées avec ou sans vomissements. Dans les cas graves, il peut exister une intolérance gastrique absolue. Chez notre malade, il fallait aussi tenir compte d'un état d'inanition pro-

longée qui compliquait encore la situation : le système nerveux prenait sa part de la débilitation générale et réagissait d'une façon exagérée aux excitations qui lui parvenaient. Il est fréquent que l'insuffisance de l'alimentation devienne aussi une cause d'exagération des accidents dyspeptiques.

La malade fut confinée au lit, on lui donna du lait et de l'eau chloroformée : les vomissements ne se reproduisirent pas. Je m'efforçai alors de l'alimenter le plus possible en agissant par suggestion. Le 17 février, elle prenait 2 litres de lait, 4 œufs, un potage, 100 grammes de viande crue. Tous ces aliments furent très bien supportés. La malade reprit des forces et, au bout de peu de temps, put se lever et marcher. Son poids, de 47g700 à son entrée, atteignait 49g900 le 20 mars.

Je pouvais à bon droit me féliciter d'un diagnostic qui m'avait permis d'instituer un traitement si rapidement suivi de succès. Eh bien, je dois vous l'avouer, mon erreur était complète : cette femme était enceinte. Les modifications observées du côté de l'utérus, la date des dernières règles permettaient d'affirmer l'existence d'une grossesse d'environ deux mois et demi à trois mois. Je n'avais pas songé à la grossesse chez cette femme parce que, âgée de trente-huit ans, elle paraissait notablement plus âgée. La suppression des règles succédant à des irrégularités de la menstruation m'avait paru attribuable à la ménopause. C'est surtout chez les femmes âgées ou chez les jeunes filles : alors qu'on ne songe plus à la grossesse ou qu'on n'y songe pas encore, que l'erreur se commet facilement ; ne l'oubliez jamais.

Un médecin, accoucheur de profession, m'amena, il y a quelque temps, une de ses parentes, qui depuis quelque temps avait des douleurs d'estomac, des nausées et des vomissements répétés. Il était fort inquiet et songeait à quelque chose de grave, un ulcère peut-être. J'interrogeai avec soin la malade et je pus me rendre compte qu'il s'agissait surtout d'un état nauséeux permanent qui s'accompagnait souvent de vomissements. Mon diagnostic fut fait rapidement. Rien ne permettait de penser à l'hystérie, il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Je songeai immédiatement à un début de grossesse et, à la grande surprise de mon confrère, je pus lui affirmer après examen que la malade qu'il m'amenait était enceinte d'environ trois mois.

Cet exemple vous montre combien il est facile de commettre cette erreur, combien il est aisé de méconnaître une grossesse au début lorsqu'elle s'annonce exclusivement par des phénomènes gastriques.

Si les phénomènes dyspeptiques qui s'observent au début de la grossesse peuvent être facilement attribués à une autre cause, l'erreur inverse est possible. On peut, se fondant sur eux, penser à une grossesse alors que celle-ci est tout à fait hors de cause. Je vous en citerai un exemple bien topique. Je fus appelé un jour près d'une dame âgée de trente-sept ans qui se plaignait de nausées presque continuelles avec maximum le matin à jeun. Elle avait assez souvent des vomissements pituiteux, mais pas de vomissements alimentaires. Ces phénomènes duraient depuis deux ans et avaient donné lieu à une singulière méprise. Le médecin qui la soignait au début, s'appuyant sur ces troubles digestifs et sur la disparition des règles survenue peu de temps auparavant, avait porté le diagnostic de grossesse : les symptômes ultérieurs semblèrent lui donner raison. Cette femme vit son ventre s'accroître progressivement, ses règles ne reparurent plus ; à quatre mois et demi elle sentit remuer. A neuf mois, au terme présumé de la grossesse, croyant entrer en travail, elle fit appeler une sage-femme qui lui annonça que l'accouchement n'allait pas tarder. Quelques jours se passèrent, la malade étant toujours dans le même état fit venir un médecin. Ce dernier lui affirma qu'il ne s'agissait plus que d'une question d'heures. La malade attendit jusqu'au dixième mois et, à cette époque, il fallut bien reconnaître qu'il n'y avait pas de grossesse. Cette femme s'était comportée comme si elle avait été réellement enceinte, elle avait simulé une grossesse sans oublier aucun des détails de son rôle, elle avait même eu une montée laiteuse. Elle ne paraissait cependant pas hystérique. Elle n'avait aucun des stigmates habituels, mais quelque temps auparavant elle avait présenté une douleur très intense dans la nuque. Elle avait été examinée par le professeur Raymond qui avait porté le diagnostic de topoalgie nerveuse.

Quelle était la nature des troubles dyspeptiques qui, chez cette malade, avaient été le point de départ d'un diagnostic aussi erroné? Ayant observé bien des malades qui présentaient des symptômes du même genre, je suis arrivé à cette conclusion qu'il s'agissait dans ce cas d'une véritable perversion de la faim. C'est un sujet qui n'est pas traité dans les auteurs et sur lequel je reviendrai prochainement. Le plus souvent il s'agit de jeunes femmes nerveuses, surmenées par les obligations mondaines, souvent trop serrées dans leur corset. Leur alimentation est insuffisante à cause des malaises dyspeptiques qui suivent l'ingestion des aliments. Elles se plaignent d'envies de vomir tous les jours, survenant le plus ordinairement vers quatre ou cinq heures de l'après-midi ; quelquefois elles ont des vomissements pituiteux œsophagiens. Dans d'autres cas, les nausées sont remplacées par des douleurs, des tiraillements pénibles, survenant surtout le matin ; en somme, la faim pervertie peut être soit nauséeuse, soit douloureuse. Il suffit de mettre les malades au repos, de régler leur alimentation, de les faire manger au moment où apparaissent les phénomènes nauséeux et douloureux pour voir tous ces accidents disparaître. Chez les hystériques, cela peut aller jusqu'à provoquer un état nauséeux permanent et des vomissements répétés absolument analogues à ceux du début de la grossesse.

Les vomissements incoercibles du début de la grossesse sont surtout confondus avec les vomissements dus à l'hystérie, aux ptoses abdominales ou à la petite urémie lente. Les vomissements hystériques peuvent, je viens de vous en citer un exemple typique, simuler de très près les vomissements de la grossesse. Les mêmes moyens thérapeutiques leur sont applicables. J'ai le plus souvent employé avec succès l'eau chloroformée ou bromoformée, le menthol en solution étendue. J'ai recours en dernier lieu à la faradisation de la région épigastrique.

La malade qui a fait aujourd'hui l'objet de notre leçon nous montre qu'il est parfois difficile de séparer les vomissements de la grossesse de ceux qui s'observent dans les ptoses des viscères de l'abdomen. A cela il y a une raison excellente : c'est que l'utérus en voie d'accroissement réalise assez bien le mécanisme que j'ai indiqué pour ceux-ci. En effet, lorsque cet organe se distend, il tiraille sur les filets nerveux, les plexus abdominaux sont irrités et les vomissements surviennent par voie réflexe. Dans ce cas, les vomissements cessent lorsque l'utérus a acquis un développement plus considérable et que la pression abdominale se trouve

augmentée. Dans la grossesse comme dans les ptoses, il faut d'ailleurs accorder la plus grande importance au terrain névropathique. Je soutiens depuis longtemps cette opinion que les ptoses par elles-mêmes n'amènent ni douleurs ni vomissements; et pour que ceux-ci se produisent il faut une prédisposition nerveuse.

La troisième variété de vomissements capables de simuler les vomissements de la grossesse, ce sont les vomissements urémiques. Ici, et plus encore que dans les cas précédents, l'analogie peut être complète. Pour quelques auteurs même, les vomissements de la grossesse seraient des vomissements liés à l'auto intoxication au même titre que les vomissements urémiques. Le professeur Pinard a soutenu que dans la grossesse il y avait une véritable auto-intoxication par insuffisance physiologique du foie. Il explique de cette façon bon nombre d'accidents qui peuvent survenir chez la femme enceinte et en particulier les vomissements.

THÉRAPEUTIQUE

Médication glycérophosphatée.

Les malades auxquels la médication glycérophosphatée est utile peuvent être divisés en deux grandes classes :

1° Les neurasthéniques adultes, les vieillards, les diabétiques, les albuminuriques, les épuisés et les menacés de paralysie. A ceux-là ni chaux, ni fer, ni alcool, ni sucre mais bien x ou xv gouttes, à chaque repas, de *Névrosthénine* qui est une solution concentrée très assimilable de glycérophosphates de soude, potasse et magnésie, éléments constitutifs de la matière nerveuse.

2° Les enfants, les adolescents à croissance irrégulière, les anémiés, les jeunes filles chlorotiques. A ceux-là le *Polyglycérophosphate granulé de Freyssinge* qui contient, par cuillerée à café, 4 grammes de sucre granulé dans lequel ont été incorporés 25 centigrammes de glycérophosphates de chaux, fer, potasse, soude et magnésie; c'est-à-dire les glycérophosphates de l'organisme à l'état de solubilité et d'assimilation parfaites. La dose moyenne est d'une cuillerée à café à chaque repas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mai 1899. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATIONS

Physiologie de la sympathicectomie. — M. FRANÇOIS-FRANCK fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

Le cordon cervical du sympathique agit comme nerf propulseur du globe oculaire, grâce à son action sur les muscles de Müller et non par une action vaso-dilatatrice non démontrée. Sa section supprime ou atténue l'exophtalmie.

Ce nerf agit sur la circulation intra-oculaire, à la fois, comme constricteur et comme dilatateur des vaisseaux; sa section diminue la tension intra-oculaire et peut intervenir utilement dans le glaucome.

Le sympathique cervical n'agit pas comme vaso-dilatateur thyroïdien; il fait contracter les vaisseaux du corps thyroïde.

Sa section ne peut qu'ajouter une vaso-dilatation paralytique à la congestion active du goitre exophtalmique. Les nerfs vaso-dilatateurs thyroïdiens sont contenus dans le laryngé, surtout dans le supérieur, nerfs qui échappent aux tentatives de résection.

Aucune expérience ne démontre l'action excito-sécrétoire du sympathique; la résection de ce nerf n'agit vraisemblablement pas pour atténuer la sécrétion thyroïdienne, du moins d'une façon directe.

L'action vaso-constrictive cérébrale du sympathique n'est pas douteuse; son action vaso-dilatatrice cérébrale n'est encore qu'hypothétique. Par suite la section du cordon cervical ne peut qu'activer le courant sanguin cérébral. Le bénéfice qu'on en peut retirer au point de vue des accidents de la maladie de Basedow et de l'épilepsie nous semble au moins problématique; la théorie de l'anémie cérébrale dans ces deux affections restant très discutable.

Le sympathique cervical n'agit pas directement sur les vaisseaux protubérantiels, bulbaires et spinaux supérieurs. C'est au nerf vertébral qu'est dévolue cette action vaso-motrice. Nous ne connaissons que son influence vaso-constrictive vertébrale. L'effet vaso-dilatateur de ce nerf n'a pas été clairement établi.

Les nerfs cardiaques accélérateurs du sympathique ne sont fournis qu'en faible proportion par le cordon cervical, ils émanent en majorité de la région thoracique supérieure. Leur suppression n'est dès lors complète que dans l'opération de la résection totale.

Tout l'appareil sympathique, tant thoracique que cervical, superficiel et profond, est doué de la sensibilité directe et transporte au bulbe et à la moelle cervico-dorsale, par des nerfs centripètes, les excitations provenant surtout du cœur et de l'aorte. Il nous paraît logique de penser que la résection du sympathique agit au moins autant pour supprimer la transmission vers les centres d'excitations anormales d'origine cardio-aortique que pour supprimer des influences centrifuges, thyroïdiennes, encéphaliques et cardiaques.

Les irritations aortiques et cardiaques, tout comme celles du sympathique, sont capables de provoquer un ensemble de réactions circulatoires qui rappellent les accidents de la maladie de Basedow, y compris la vaso-dilatation thyroïdienne. Par suite, la résection totale du sympathique pourrait intervenir utilement tout au moins dans la forme réflexe grave d'origine aortique. Mais nous n'avons pas à apprécier la valeur clinique de la sympathicectomie, désirant nous borner à fournir aux cliniciens les indications dont ils pourront ensuite tirer parti.

Du massage dans les affections oculaires. — M. DARIER, en son nom et au nom de M. Domer, dit que le massage oculaire est capable de diminuer notablement l'hypermétropie et de stimuler l'accommodation au point que bien des hypermétropes sont arrivés à se passer de verres.

Dans le strabisme hypermétropique, l'œil amblyope pourrait même être amélioré au point que la vision binoculaire deviendrait possible et que la guérison du strabisme aurait beaucoup plus de chance d'être définitive.

Chez certains myopes l'acuité visuelle serait notablement améliorée, mais la myopie ne serait nullement diminuée.

Enfin M. Darier aurait, par le massage, rendu meilleure la vision de divers malades atteints d'affection chronique, notablement dans les cas de glaucome où la tension oculaire serait très abaissée par ce traitement.

Modes d'exploration de l'estomac par les rayons X. — M. FOVEAU DE COURMELLES, après avoir passé en revue les moyens de voir l'estomac, soit par transparence et ingestion de lampes à incandescence, soit à l'écran fluorescent par l'absorption d'eau de Seltz, par l'ingestion d'une sonde pesante à son extrémité et percée de petits trous pour insuffler de l'air (Rosenfeld), aucune de ces méthodes ne laissant de document durable, l'auteur a utilisé la méthode de Balthazar et Roux jusqu'ici employée seulement avec succès chez les animaux de petite taille : l'ingestion de

sous-nitrate de bismuth avec les aliments. Chez un homme de cinquante ans, une première expérience ainsi tentée en décembre dernier avec 10 grammes de bismuth ne donne aucun résultat, renouvelée huit jours après, l'individu ayant eu, ce jour là, « meilleur appétit, » ayant plus mangé, — il paraît donc y avoir nécessité d'un bol alimentaire abondant, répartissant mieux le bismuth dans l'estomac, — l'auteur eut une épreuve très nette, la première obtenue, à sa connaissance, d'un estomac rétréci, à aspect bi-trapézoïdal, avec aspects blancs sclérosés, et d'un foie, un peu distant de l'estomac et rétracté. Les commémoratifs sont des ingestions — volontaires ou non — de substances toxiques et corrosives, et une absence d'alimentation pendant de longues années, un peu de thé, un atome de pain beurré suffisant alors. L'estomac ainsi bizarrement rétréci a été rendu très net par le bismuth et le bol alimentaire.

L'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 29 AU 31 MAI 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 29 MAI 1899, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Hayem, Dupré et André ; — (2e série) : MM. Ch. Richet, Gaucher et Gilles de la Tourette.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Poirier, Retterer et Sébileau; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Blum et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Reclus, Humbert et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Méry ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 30 MAI, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Charrin et Vaquez; — (2e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Debove, Chantemesse et André.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Gley et Thiéry; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Panas et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Troisier et Achard ; — (2e série) : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Roger ; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 31 MAI, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Fournier, Pouchet et Wurtz ; — (2e série) : MM. Gautier, Lancereaux Gilles de la Tourette ; — (3e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Hanriot, Gaucher et Méry.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Poirier et Sébileau; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Humbert et Lejars ; — (2e série) : MM. Blum, Walther et Legueu ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Dupré ; — M. Mauclaire, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a arrêté ainsi qu'il suit la liste de présentation à la place vacante pour la chaire de l'histoire de la médecine et de la chirurgie : en première ligne, à l'unanimité, M. Brissaud; en deuxième ligne, M. Ballet; en troisième ligne, M. Marie.

— Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Legry, P. Teissier et Hudelo.

— Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Launay et Auvray.

— Le jury du concours d'accouchement est composé de MM. Bouilly, Bar, Brissaud, Lucas-Championnière, Thibierge, Reynier et Lepage. (M. Lepage n'a pas fait connaître son acceptation.)

— Sont nommés officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Bouyon, conseiller d'arrondissement, délégué cantonal à Bromont-Lamotte; — Friot, conseiller général, conseiller municipal, à Nancy; — Helme et Maestrati, publicistes scientifiques, à Paris; — Barbancey, délégué cantonal à Montpont-sur-l'Isle ; — Combes, médecin de l'Union médicale et pharmaceutique des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels, à Paris ; — Marquis, de Nîmes; — Morin, médecin du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement, à Paris; — Naret et Sureau, de Paris; — du Périer, médecin-inspecteur des écoles du XIIIe arrondissement; — Rabion, médecin de l'Association des journalistes parisiens, à Paris; — Royet, médecin de l'œuvre de Villepinte.

— Par décret, en date du 11 mai 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de réserve. — MM. Thiébaut et Marrel, médecins aides-majors de première classe de l'armée active dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Bouchacourt, Robin, Massé, Paquy, Perraud, Lemoine, Boyer, Tuja, Poirier, Ablon, Isnel, Küss, Cabon, Fuchs, Redon, Baillet, Rayrolles, Jourdanet, Fabre, Durouaux, Roger, Aba, Serre, Parent, Ballet, Augereau, Guilloux, Jolly, Ardin-Delteil, Villaret, Biau, Giraud, Bardet, Massal, Lévy, Lefournier, Leroy, Bigotte, Avrillaud, Fabre (M.-F.-L.-A.), Martin, Ramond, Guiollot, Fachatte, Benard, Perrin, Lebert, Gélibert, Millot, Fuynel, Mace, Maheu, Lucas, Galliot, Magnet, Baudot, Lepoutre, Derame, Dalos, Baranger, Boeri, Dubois, Herin, Baudouin, Chanay, Rondot, Guibal, Roy, Guilloz, Arondel, Millas, Poineau, Duret, Lenoble, Degez, Gros, Gil, Vielliard, Dumas, Lefebvre, Cholou, Métayer, Taillefer, Argellier, Rouanet, Jaisson, Creitzer, Mourier, Duquennoy, Lenail, Capdepon, Decoopman.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Mallet, Feyat, La Bonnardière, Azoulay, Bresard, Theille, Potie, Lemanski, Baleste, Marichon, Berthet, Piguet, Galtier, Londe, Beauvillard.

— *École de médecine de Tours.* — Par décret, en date du 8 mai 1899, la chaire d'hygiène et thérapeutique est supprimée. Il est créé une chaire d'histologie.

— *Distinctions honorifiques.* — Des médailles de bronze ont été décernées à MM. les docteurs Gauthier, médecin de la santé à Marseille; Fabre et Martelli, médecins sanitaires maritimes, pour le dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques.

— Le ministre de la guerre a déposé à la Chambre un projet de loi portant augmentation du cadre des médecins-majors de deuxième classe et du corps des médecins aides-majors de première classe. Cette mesure était rendue nécessaire non seulement par la création d'un certain nombre d'unités nouvelles, mais aussi par les déplacements trop multipliés qu'on est actuellement forcé d'imposer aux médecins pendant la saison des manœuvres, des écoles à feu, des marches en montagne, etc. sans parvenir toujours à assurer complètement le service.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur d'Hercourt, médecin en chef de la police municipale à Paris.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 59. — SAMEDI 27 MAI 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 27 MAI 1899. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

REVUE GÉNÉRALE

Des lavements alimentaires.

Par Jean Ch. Roux, interne des hôpitaux de Paris.

Depuis longtemps les médecins ont été tentés dans certains cas de nourrir leurs malades par voie rectale ; lorsqu'on voit un individu présentant un obstacle mécanique sur l'œsophage ou sur le pylore, qui s'affaiblit peu à peu et qui finit par succomber à l'inanition, c'est à cette thérapeutique simple qu'il semble rationnel d'avoir recours. Quel avantage, en effet, si l'on pouvait tourner l'obstacle et introduire directement par le rectum les substances alimentaires !

Les premiers essais de ce genre de médication remontent loin. Regnier de Graaf en parle dans son *Traité des clystères*, et pour sa part il soulève de nombreuses objections contre cette façon de faire. « Avec quelque force que les aliments soient injectés, dit-il, ils ne peuvent aller naturellement au delà du gros intestin, à cause de la valvule découverte par Bauhin à l'extrémité de l'intestin grêle. Quelle que soit la transformation que doivent subir les aliments injectés, il est évident que cette transformation s'opère dans le gros intestin au milieu des matières fécales ; on peut alors se demander comment des aliments transformés dans un milieu fétide peuvent passer dans les autres parties du corps. »

Mais c'est seulement depuis les recherches de Voit et Bauer, sur l'absorption du gros intestin (1869), que cette question est sortie des discussions théoriques et est entrée définitivement dans le domaine scientifique. Elle a été étudiée de différentes manières, par des physiologistes et par des médecins, et ces travaux, très nombreux, sont disséminés dans différents périodiques français ou étrangers ; aussi, il n'est pas sans intérêt de les relever, de les rapprocher et de voir ce que l'on peut penser à l'heure actuelle des lavements alimentaires.

Dans une première partie de ce travail, nous rassemblerons les recherches *physiologiques* sur cette question : c'est évidemment le point le plus important, car avant tout il faut savoir si les lavements alimentaires sont absorbés, et dans quelle mesure ils le sont ; après avoir présenté et discuté l'opinion des différents auteurs, nous essaierons, à notre tour, de déterminer la valeur des lavements alimentaires par un procédé qui, à ce que nous croyons, n'a pas encore été mis en œuvre.

Ce premier point acquis, nous verrons, dans une seconde partie, *toute pratique*, comment on doit composer un lavement alimentaire ; nous en préciserons les indications, et nous signalerons les résultats thérapeutiques obtenus.

C'est dans ces deux grands chapitres que nous rangerons tous les travaux publiés sur la question qu'il nous a été possible de relever.

I

De la valeur des lavements alimentaires. — ÉTUDE DES LAVEMENTS ALIMENTAIRES PAR L'EXAMEN DES EXCRETA. — A l'*état normal*, le gros intestin n'intervient que fort peu dans l'absorption des substances alimentaires. L'intestin grêle ne lui transmet, en effet, que les résidus de la digestion, et dans les matières qu'il reçoit ainsi, il n'y a presque plus rien à absorber. Les recherches faites par différents auteurs sur des individus portant une fistule à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, ont permis de constater que les substances alimentaires absorbables ne sont pas plus abondantes dans les matières fécales recueillies au niveau du cæcum, que dans celles recueillies au niveau de l'anus. C'est tout au plus si l'on peut distinguer quelques *grains d'amidon* (Schmidt) et parfois aussi une *petite quantité de sucre* (jusqu'à 4gr75 p. 100, d'après Mac Fadyen, Nencki et Siebers), qui sont absorbés dans le parcours des matières dans le gros intestin. Ainsi, à l'état normal, le gros intestin n'absorbe pas, parce qu'il ne contient aucune substance nutritive à absorber. Cela ne veut pas dire qu'il ne puisse pas absorber.

En effet, nous savons depuis longtemps que, lorsqu'on introduit une solution salée dans le gros intestin, on voit augmenter la quantité des urines et leur teneur en chlorure de sodium (Voit et Bauer). Nous savons aussi qu'une substance toxique en solution est plus vite absorbée par le rectum que par l'estomac (Savory). Ceci est hors de doute, mais ce qui nous intéresse ici, c'est de savoir si le gros intestin peut absorber des substances alimentaires.

Une expérience curieuse de Filippi tranche nettement cette question par l'affirmative : cet auteur a publié l'observation d'une chienne à laquelle il avait réséqué 1^{m}90 d'intestin grêle : il ne restait plus à l'animal que 25 centimètres d'intestin grêle entre l'estomac et le gros intestin. Or, malgré cela, la chienne a pu survivre parfaitement, elle a même eu une portée, et a mis bas plusieurs petits bien développés : les matières fécales étaient peu modifiées; la proportion d'hydrate de carbone et d'azote était normale; la seule différence portait sur la *graisse*, qui était absorbée en moins grande quantité, il en passait 19 p. 100 dans les fèces. Donc sur cet animal, le chyme intestinal arrivant dans le gros intestin presque directement à la sortie de l'estomac, était à peu près aussi bien utilisé qu'à l'état normal.

Comme nous allons le voir maintenant, les matières alimentaires injectées par le rectum sont loin d'être aussi bien absorbées; mais il ne faudra pas oublier qu'elles n'ont pas la composition du chyme intestinal, qui comprend des matières ayant séjourné plus ou moins longtemps dans l'estomac et s'étant mêlées ensuite à la bile et au suc pancréatique.

L'absorption du gros intestin doit être étudiée séparément pour les *albuminoïdes*, pour les *hydrates de carbone* et pour les *graisses*.

1° *Absorption des matières albuminoïdes*. — Les méthodes auxquelles on a recours pour apprécier la quantité d'azote absorbée sont plus ou moins compliquées. La plus simple, employée par Voit et Bauer, consiste à faire jeûner l'animal pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'il s'établisse une excrétion quotidienne régulière d'urée. Alors on injecte une certaine dose d'albumine dans le gros intestin, et l'on voit dans quelle mesure la quantité d'urée excrétée augmente. Les deux auteurs ont employé comme lavements alimentaires, soit des œufs crus, soit du suc de viande, soit des peptones qu'ils préparaient eux-mêmes. Ils opéraient sur des chiens. Ils ont vu que l'albumine d'œuf n'est résorbée qu'autant qu'on ajoute une certaine quantité de chlorure de sodium. Sous cette condition, un lavement alimentaire comprenant 400 *grammes* d'œuf amène une augmentation de l'excrétion d'urée de 2 à 5 grammes. Une quantité assez considérable de suc de viande (630 grammes) contenant 38 grammes d'albumine augmente de 9 grammes l'urée de l'urine, ce qui correspond à une absorption de 27 grammes d'albumine sur 38. Quant aux peptones, après une injection rectale de 39 grammes de peptone sèche, il y a une augmentation de 8 grammes d'urée.

Somme toute, d'après Voit et Bauer, la muqueuse du gros intestin absorbe bien les albumines, mais en quantité insuffisante. Dans les conditions les plus favorables, ils n'ont pu introduire que le *quart des albumines nécessaires à la vie*, lorsqu'on donne en même temps des substances hydrocarbonées et des graisses.

Leube a plus ou moins modifié ce procédé. Il donne à l'animal une nourriture exactement déterminée, et dose dans l'urine l'excrétion d'urée correspondante : il supprime alors les aliments azotés donnés par la bouche, et les introduit par le rectum; il peut noter alors, en dosant l'urée de l'urine, la valeur de l'absorption par le gros intestin, et la comparer à l'absorption des substances introduites par la bouche. Il employait un lavement composé de viande crue et de pancréas hachés et réduits en bouillie. Dans ces conditions, l'absorption par le gros intestin paraît avoir été plus considérable que dans les expériences de Voit et de Bauer. L'homme sur lequel il faisait des expériences excrétait 40 grammes d'urée par jour par l'urine; or, s'il supprimait la viande de son alimentation et l'introduisait en lavement par le rectum, la quantité de l'urée contenue dans l'urine variait peu; le premier jour il y avait 33 grammes d'urée excrétée, le second jour 39 grammes, soit la proportion d'urée habituelle.

Catillon a fait des recherches semblables, mais avec la peptone, et il a constaté également que la quantité d'urée restait la même, que l'on prît les peptones par la bouche, ou en lavement par le rectum.

Enfin, on peut employer un procédé plus complexe. On met le sujet en équilibre azoté, de façon à ce qu'il excrète par les fèces et les urines une quantité d'azote égale à celle qu'il ingère par la bouche : lorsque l'on donne un lavement alimentaire, il suffit de noter comment se modifie la quantité d'azote que l'on trouve dans les matières fécales et dans l'urine, et l'on peut juger exactement de la valeur de l'absorption. Huber a eu recours à cette méthode, et il l'a appliquée à l'étude de l'absorption du gros intestin chez l'homme normal. Il a constaté ainsi sur trois sujets, que le gros intestin absorbe de 25 à 35 p. 100 de l'azote des œufs crus, environ 70 p. 100 de l'azote des œufs additionnés de chlorure de sodium, et enfin près de 75 p. 100 de l'azote des œufs peptonisés avec la pepsine et l'acide chlorhydrique.

2° *Absorption des amylacés*. — Voit et Bauer ont constaté sur l'animal que les substances amylacées introduites dans le gros intestin étaient parfaitement absorbées. Un lavement d'amidon qui séjourne vingt-quatre heures dans le gros intestin est absorbé complètement; il est impossible de trouver dans les matières fécales émises ensuite, la moindre quantité de substance hydrocarbonée saccharifiable par l'acide sulfurique.

Avant d'être absorbé, l'amidon est transformé en sucre; une heure après qu'on a introduit le lavement, si l'on va en prendre un échantillon avec une seringue, on retire un liquide qui réduit la liqueur de Fehling. Si la quantité d'amylacés est trop considérable, le sucre est produit en telle quantité, qu'il irrite l'intestin, provoque des coliques et de la diarrhée. Cet accident apparaît lorsque la teneur en sucre du contenu intestinal est de 20 p. 100.

Aldor a pu vérifier chez l'homme que, lorsqu'on donne un grand lavement de lait, le lactose est la substance la plus rapidement et la plus complètement absorbée.

3° *Absorption des graisses*. — Nous avons déjà vu que, sur un chien auquel on a réséqué l'intestin grêle, la graisse est la seule substance qui passe en très grande quantité dans les fèces; la graisse est, en effet, très mal absorbée par le gros intestin.

Il est facile d'étudier l'absorption de la graisse par le gros intestin : on met l'animal ou le sujet en expérience à la diète absolue de graisse : quelques jours après on lui donne un lavement d'huile ou de graisse, qu'on laisse séjourner un certain temps dans le gros intestin : il suffit ensuite de doser la graisse dans les matières fécales rejetées, pour savoir exactement la quantité de graisse absorbée.

Voit et Bauer ont vu ainsi qu'il ne disparaissait qu'une très petite quantité de graisse.

Deucher, qui opérait sur l'homme, est arrivé à cette conclusion que, dans les conditions les plus favorables, il n'est pas résorbé plus de 20 grammes d'un lavement d'huile,

encore faut-il que l'huile soit donnée chaude, en émulsion, que le lavement ne soit pas trop considérable (30 grammes de graisse est une dose suffisante), enfin, il faut ajouter au lavement 6 p. 100 de chlorure de sodium et le laisser séjourner le plus longtemps possible dans le gros intestin.

Dans des recherches extrêmement curieuses, Munck et Rosenstein ont pu vérifier ce fait par un procédé des plus inattendus.

Ces deux auteurs eurent l'occasion d'observer un malade qui présentait une fistule lymphatique par laquelle s'écoulait la plus grande partie du chyle. Après avoir fait jeûner leur malade pendant douze heures, ils lui ont injecté dans le rectum 20 grammes de lipanine en solution salée. Puis la lymphe fut recueillie pendant neuf heures. La teneur en graisse du chyle monta alors de 6 à 37 centigrammes, et au bout de neuf heures elle était encore de 0,23 p. 100. Il y avait eu dans ce cas une absorption de 5 1/2 p. 100 de la graisse injectée. Dans une seconde expérience il ne passa dans le chyle que 3 1/2 p. 100 de la graisse introduite dans le rectum.

En résumé, nous voyons que sur l'animal sain ou sur l'individu normal, l'absorption des hydrates de carbone est très complète; mais elle est limitée par ce fait qu'une trop forte proportion de sucre dans l'intestin provoque de la diarrhée.

L'absorption des matières albuminoïdes est également assez élevée; mais, d'après Voit et Bauer, elle est insuffisante pour suffire à la nutrition de l'animal. (Il faut mettre à part les expériences de Leube où l'absorption paraît avoir été beaucoup plus considérable.)

Quant à la graisse, elle est à peine résorbée.

On peut donc conclure que, même à l'état normal, l'alimentation exclusive par le rectum est impossible.

Étude des lavements alimentaires par la rapidité de l'amaigrissement des malades. — Quel que soit l'intérêt des faits que nous venons d'exposer, ils nous apprennent seulement quelle peut être l'absorption de la muqueuse du côlon chez un individu normal, mais ils ne nous indiquent pas quelle est l'utilité exacte des lavements alimentaires administrés à des malades affaiblis et cachectiques, tels qu'ils se présentent dans la réalité. Or, c'est sur ce point qu'il nous importe d'être fixé avant tout.

Pour essayer de résoudre cette question il nous a paru intéressant d'établir une comparaison entre les malades traités par l'alimentation rectale exclusive et les individus soumis à un jeûne absolu dans un but expérimental. On arrive ainsi, en rapprochant les faits cliniques des recherches physiologiques, à mieux apprécier dans quelle mesure les lavements alimentaires peuvent s'opposer à la marche de l'amaigrissement. C'est, on le voit, un procédé des plus simples et il est curieux qu'on ne l'ait pas encore utilisé.

1° *De l'amaigrissement chez un sujet soumis à l'inanition absolue.* — Les recherches des physiologistes nous ont appris que la perte de poids, chez l'animal à jeun, suit une marche toujours la même : pendant les premiers jours l'animal perd beaucoup de son poids, l'animal brûle le surplus de combustible qu'il avait dans son sang et dans ses tissus. Puis il s'établit un taux uniforme de perte modérée; les combustions se réduisent au minimum nécessaire. Et, enfin, dans les derniers jours, l'animal maigrit de nouveau beaucoup et il meurt lorsqu'il a perdu 40 p. 100 de son poids (Ch. Richet).

Les recherches peu nombreuses sur l'inanition de l'homme nous permettent de constater que, tout au moins pendant les deux premières périodes du jeûne, l'amaigrissement suit une marche tout à fait analogue.

Nous avons d'abord les études faites par Ranke sur lui-même pendant un jeûne absolu de quarante-huit heures : il pesait 70 kilogrammes, et en deux jours il maigrit de plus de 5 livres, exactement de 1226gr40 par jour. Richet et Hanriot ont étudié également le jeûne de l'homme pendant quarante-huit heures, et leur sujet a perdu 1600 grammes de son poids par jour, ce qui est un chiffre très considérable.

Mais si le jeûne se prolonge, les pertes diminuent considérablement, l'individu entre dans cette vie minima que nous avons signalée sur l'animal, il limite ses dépenses au strict nécessaire.

Senator a fait jeûner dans son laboratoire un jeûneur de profession nommé Cetti, et cela pendant dix jours. Le sujet pesait 57 kilogrammes au début de l'expérience; au bout de dix jours il avait perdu 6k950, soit une perte de 635 grammes par jour en moyenne. Mais en réalité l'amaigrissement avait surtout été marqué dans les cinq premiers jours, où il avait perdu 800 grammes par jour, tandis que dans les cinq derniers il n'avait perdu que 390 grammes par jour.

Enfin, on connaît des jeûnes qui se sont prolongés beaucoup plus longtemps; ce sont les jeûnes célèbres de Succi et de Merlatti; les conditions de contrôle n'étaient peut-être pas absolument scientifiques, pourtant tout en faisant quelques réserves il est curieux de connaître les pertes de poids que l'on a constatées sur ces jeûneurs. Merlatti pesait 66 kilos; il a jeûné cinquante jours, et à la fin de cette période il avait perdu 22 kilogrammes, soit 27 p. 100 de son poids; pendant les cinq premiers jours de jeûne il perdit quotidiennement 520 grammes; cette perte se réduisit à 320 grammes pendant les vingt-cinq jours suivants, elle augmenta légèrement à la fin et atteignit 363 grammes par jour.

Enfin Succi, dont le jeûne dura trente jours, perdit 12k200 de son poids, soit 441 grammes par jour en moyenne.

Nous voyons donc que dans l'inanition absolue (le sujet pouvant boire de l'eau bien entendu), la perte de poids est très considérable pendant les premiers jours, pouvant atteindre de 600 à 1000 grammes et plus en vingt-quatre heures. Si le jeûne se prolonge cinq jours et au delà, la perte moyenne diminue et varie entre 300 et 400 grammes par jour.

2° *Amaigrissement des malades soumis à l'alimentation rectale exclusive.* — Les observations cliniques que nous allons résumer ici ne sont pas extrêmement nombreuses; en effet, la plupart des médecins qui ont publié des observations de malades traités par les lavements alimentaires, ne nous ont donné que peu de détails sur les variations de poids observées : nous ne trouvons guère d'observations complètes à ce point de vue que dans la thèse de Gros qui a résumé les recherches de Fournier et celle de Lépine (1). A l'étranger on ne peut citer qu'une observation de Fiechter et qu'un travail de Ratjen.

Or, à la lecture de ces travaux, on est frappé d'une chose, tantôt les lavements alimentaires ne font qu'arrêter plus ou moins la marche de l'amaigrissement, tantôt au contraire,

(1) On y trouve en particulier l'observation *in extenso* que Lépine a résumée dans son travail de la *Semaine médicale*, 1895, p. 317.

ils suffisent à maintenir le poids du malade pendant un long espace de temps. Les observations publiées se rangent naturellement dans ces deux groupes. Nous allons les rapporter d'une façon très succincte.

Voici d'abord les cas où l'amaigrissement a été fort peu retardé :

1° Ulcère de l'estomac, hématémèse. En huit jours, perd 5 kilogrammes, soit 625 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 142.)

2° Périgastrite ancienne. Neurasthénie. En dix jours, perd 4k30, soit 430 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 164.)

3° Hyperchlorhydrie, ulcère, gastrite. En treize jours, perd 4k900, soit 376 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 142.)

4° Ulcère probable de l'œsophage. En dix jours perd 3k200, soit 320 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 179.)

5° Hyperchlorhydrie ancienne, ulcère probable, pas de stase. Le malade mis pendant dix-huit jours aux lavements alimentaires perd 4k550 les neuf premiers jours soit 505 grammes par jour et 2k50 pendant les neuf seconds jours, soit 228 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 168.)

6° Hyperchlorhydrie, ulcère, perd 3 kilos en un mois, soit 100 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 139.)

Tous ces malades recevaient par jour six lavements alimentaires, composés de plusieurs jaunes d'œuf délayés dans du bouillon ou du lait salé.

7° La malade de Fiechter, ulcère de l'estomac, recevait chaque jour 200 grammes de viande et de pancréas mêlés, en lavement : en vingt-deux jours, elle perdit 6 livres, soit 168 grammes par jour.

8° Enfin il nous faut citer ici les résultats obtenus par Ratjen. Il a traité par les lavements alimentaires 55 malades atteints d'ulcère de l'estomac. Chaque lavement contenait deux jaunes d'œuf et 250 grammes de lait : le malade recevait trois lavements par jour et restait dix jours au jeûne absolu. « La perte de poids pendant les dix jours de la cure, dit Ratjen, était en moyenne de 6 livres et demie, soit de 320 grammes par jour. »

Ainsi, dans ces cas, l'amaigrissement paraît avoir été notablement ralenti dans les observations numéros 6 et 7 et pendant la deuxième partie du traitement du numéro 5. Dans tous les autres cas, la perte de poids quotidienne est considérable bien qu'inférieure en général à celle des malades soumis au jeûne absolu. Il faut aussi remarquer que l'on n'observe pas ici l'amaigrissement rapide qui apparaît pendant les deux ou trois premiers jours du jeûne absolu. Mais nous ne devons pas oublier non plus que nous parlons de malades qui ont déjà depuis longtemps réduit leur alimentation par crainte de douleurs gastriques et qui n'ont pas un surplus de combustible à dépenser pendant les premiers jours de jeûne comme les individus normaux.

Somme toute, ce que nous constatons sur ces malades, confirme ce que nous avions conclu des expériences physiologiques : l'absorption des substances alimentaires, introduite par le rectum, est insuffisante pour maintenir la nutrition normale.

Pourtant, dans un second groupe de faits dont nous devons parler maintenant, les choses se passent de façon toute différente : l'alimentation rectale réduit considérablement la perte de poids quotidienne et dans quelques cas suffit même à faire engraisser le malade. Au premier abord, ces faits paraissent assez paradoxaux : ils ont l'air d'aller à l'encontre de toutes les données expérimentales, et c'est en les invoquant qu'un certain nombre de cliniciens ont cru pouvoir négliger toutes les recherches faites sur l'homme ou sur l'animal dans les laboratoires. En réalité, l'explication est facile à trouver lorsqu'on étudie ces faits d'assez près, comme nous allons essayer de le faire ; nous verrons ainsi qu'au lieu de s'opposer aux recherches physiologiques ils ne font que les confirmer.

Voici tous les cas de ce genre que nous avons pu relever dans la littérature médicale :

1° Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion ancienne. Crises douloureuses avec péristaltisme visible ; dilatation énorme de l'estomac. Vomissements abondants. Pendant dix jours, le malade reste exclusivement aux lavements alimentaires et il perd 750 grammes de son poids soit 75 grammes par jour. (Thèse de Gros, page 134.)

2° Hyperchlorhydrie, ulcère d'estomac, sténose relative au pylore par cicatrice d'ulcère, gastroptose et dilatation de l'estomac. La malade perd 1 kilogramme en trente-neuf jours soit 25 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 152.)

3° Hypersécrétion ; ulcère de l'estomac. Sténose du pylore en grande partie spasmodique, mouvements péristaltiques visibles ; grande dilatation de l'estomac ; stase alimentaire. Vomissements abondants.

Le malade est mis à l'alimentation rectale exclusive, il perd d'abord en quatre jours 600 grammes soit 200 grammes par jour puis regagne 2100 grammes dans les sept jours qui suivent et gagne ainsi 300 grammes par jour. (Thèse de Gros, p. 149.)

Comme on le voit dans ces trois cas, les seuls que nous ayons pu relever, l'amaigrissement a été très ralenti par l'alimentation rectale et le malade a même pu engraisser.

Pourquoi cela ? M. Lépine et M. Tournier admettraient volontiers que, dans ce cas, les lavements sont remontés dans l'intestin grêle au-dessus de la valvule de Bauhin, ce qui explique leur absorption plus complète. Ils s'appuient pour émettre cette hypothèse, sur les recherches de Grützner qui a montré que, dans certains cas, des substances (poudre de lycopode par exemple), introduites dans le rectum, peuvent remonter dans l'estomac. Ce n'est pas ici le lieu de discuter ces recherches de Grützner qui sont passibles de plus d'une objection, mais il nous semble que l'arrêt de l'amaigrissement dans les observations que nous venons de citer peut s'expliquer d'une façon beaucoup plus simple.

Tous ces malades, en effet, avaient une dilatation considérable de l'estomac, et tous présentaient des vomissements. Or, la muqueuse de l'estomac n'absorbe pas l'eau (von Mehring), et dans ces cas de dilatation avec vomissements l'eau ingérée étant en grande partie rejetée, le malade se déshydrate pour ainsi dire et maigrit considérablement. Unverricht en a donné la preuve chez l'homme même. Il a rapporté l'observation d'un malade atteint de carcinome de l'estomac avec stase alimentaire et qui maigrissait rapidement. Or, il put arrêter l'amaigrissement sans toucher à la diète du malade et en lui donnant chaque jour 2 litres de solution de chlorure de sodium par le gros intestin. Il put faire ainsi remonter le poids du malade de 7 livres.

Cela n'a rien d'étonnant ; Fleischer a montré combien rapidement on peut faire maigrir un animal si on lui fait éliminer une grande quantité d'eau ; cet auteur nourrissait des chiens en leur donnant de la viande, de l'urée, substance très diurétique, comme l'on sait, et pas d'eau du tout. En trois jours ces animaux, suralimentés pourtant, ont l'aspect de chiens qui ont jeûné dix à douze jours. Alors si on leur donne de l'eau, ils se précipitent, boivent

sans s'arrêter et en quelques heures ils ont repris l'apparence d'animaux bien portants. Il est donc probable que sur les trois malades dont nous parlions plus haut, l'eau introduite dans le rectum avec les lavements alimentaires a joué le rôle principal, pour arrêter la perte de poids.

Ainsi nous pouvons maintenant nous faire une idée exacte de la valeur nutritive des lavements alimentaires. Bien que la muqueuse du côlon puisse absorber les substances amylacées et azotées, dans le plus grand nombre de cas les lavements alimentaires ne font qu'enrayer la marche de l'amaigrissement, parfois d'une manière à peine sensible. Ils ne peuvent donc suffire à l'alimentation et s'ils paraissent parfois pouvoir faire augmenter de poids un malade, c'est surtout en lui rendant l'eau qu'il avait perdu.

II

De l'emploi thérapeutique des lavements alimentaires. — 1° De la composition des lavements alimentaires. — La valeur toute relative des lavements alimentaires étant bien établie, il nous reste pourtant à préciser quelles sont les substances qui, introduites par le rectum, peuvent le mieux arrêter l'amaigrissement du malade.

Un premier fait, sur lequel tous les auteurs s'accordent, c'est que l'addition de chlorure de sodium est indispensable. L'albumine d'œuf, par exemple, n'est absorbée que lorsqu'on lui ajoute une certaine quantité de sel (Voit et Bauer, Eichorst). Il en est de même pour la graisse (Bender). La raison de ce fait est difficile à donner; nous rappellerons toutefois que Grützner a vu que la présence du chlorure de sodium dans le contenu intestinal modifie la forme des mouvements péristaltiques : les aliments, au lieu d'être simplement chassés vers le rectum, sont étalés sur une plus grande surface de muqueuse au-dessus et au-dessous du point où l'on injecte la solution de chlorure de sodium : l'absorption doit être, par suite, d'autant plus intense.

Quant aux aliments que l'on doit introduire dans le rectum, ils ont varié avec le temps.

Au début, en 1872, Leube préconisait les lavements de viande et de pancréas : on hachait 150 à 300 grammes de viande de bœuf avec 50 à 100 grammes de pancréas débarrassé de graisse; on réduisait le tout en bouillie dans un mortier, en ajoutant de l'eau tiède jusqu'à consistance molle. Leube ajoutait encore 25 à 30 grammes de graisses. Le lavement ainsi préparé était injecté dans le rectum. Leube a peu employé ce lavement sur les malades; par contre, Brown-Séquard, Mayet, Daremberg, l'auraient employé avec succès. Peut-être bien que cette variété de lavements alimentaires n'a pas été suffisamment étudiée; il se peut, en effet, que les lavements de viande et de suc pancréatique soient mieux utilisés dans le gros intestin que les lavements d'œufs ou de peptones, dont on s'est servi presque exclusivement depuis lors.

Ce sont des raisons théoriques qui ont surtout conduit à l'emploi de la peptone; on a voulu fournir ainsi au gros intestin des substances azotées, telles qu'elles pourraient normalement lui parvenir de l'intestin grêle. Voit et Bauer, Ewald, Huber ont, du reste, montré que les peptones peuvent être absorbées par le gros intestin, et qu'après un lavement de peptone, l'élimination de l'urée augmente. Kohlenberger a même pu s'assurer que des peptones ainsi injectées dans le rectum sont bien absorbées; il est, en effet, impossible de les retrouver dans les matières fécales, et, d'autre part, elles sont bien utilisées par l'organisme, puisqu'il est impossible de reconnaître dans l'urine la moindre trace d'albumoses ou de peptones.

A la suite du travail d'Ewald, l'usage de la peptone dans les lavements alimentaires a été à peu près abandonné : Ewald étudiait un sujet en équilibre azoté, et par les modifications de l'azote urinaire et de l'azote des matières fécales après un lavement alimentaire, il pouvait se rendre compte du bilan de la nutrition azotée. Il a pu montrer ainsi, de la façon la plus nette, que les lavements d'œufs sont aussi bien absorbés que les lavements de peptone, et, d'autre part, que l'azote ainsi absorbé se fixe bien plus dans les tissus que l'azote des lavements de peptones du commerce. Comme, d'autre part, les peptones du commerce contiennent toujours des substances toxiques, ferments et ptomaïnes d'après Fiquet, la tendance actuelle est de donner simplement des lavements d'œufs.

Chaque auteur modifie un peu sa façon de faire suivant ses idées. En général, on dilue les œufs dans une petite quantité de lait; on ajoute aussi aux substances azotées une certaine quantité de graisse et de sucre de lait. M. Mathieu emploie en général les lavements aux œufs salés : pour les préparer, on bat soigneusement, jusqu'à ce que le blanc d'œuf ne file plus, trois œufs dans une petite quantité d'eau froide; on ajoute ensuite 250 grammes d'eau tiède ou de lait et 2 grammes de sel par œuf. On donne quatre ou cinq de ces lavements par jour. Pendant les premiers jours, il vaut mieux donner les œufs simplement délayés dans l'eau. On doit faire précéder l'introduction du lavement alimentaire d'un grand lavement évacuateur. On les introduit à l'aide d'une longue canule en caoutchouc; il vaut mieux ne pas employer l'irrigateur et se contenter d'un réservoir qu'on élève progressivement.

Pour juger si les lavements sont absorbés ou non, il est bon de surveiller la quantité des urines émises par le malade : tant qu'elle est suffisante, on peut être sûr que l'eau du lavement tout au moins est parfaitement absorbée.

Plus récemment, Aldor a préconisé de grands lavements de lait; il en injecte lentement 1 litre dans le rectum; le malade le garde si on a soin de l'injecter assez haut, en introduisant par l'anus une sonde stomacale. Le lait serait très vite absorbé et, au bout d'une heure, on ne trouve plus dans le gros intestin aucune trace de lactose; quant à l'albumine, il en est absorbé 38 p. 100, et de la graisse, 95 p. 100.

Nous ne ferons que signaler les lavements de sang défibriné qui ont été préconisés en Amérique par Smith dans la neurasthénie et l'anémie, et en France par Teissier, dans la phtisie et la chlorose. Prudon, dans sa thèse, inspirée par Teissier, a reconnu qu'il n'arrêtait l'amaigrissement d'un chien que d'une façon très incomplète, de sorte que, d'après lui, les lavements de sang défibriné agiraient surtout comme stimulants, « en donnant un coup de fouet à toutes les fonctions. »

Enfin, Revillod (de Genève) a proposé des lavements d'huile de foie de morue pour suralimenter certains tuberculeux; mais, comme nous l'avons vu plus haut, dans les conditions les plus favorables, le gros intestin absorbe très mal l'huile et les graisses.

2° Indications et résultats thérapeutiques des lavements alimentaires. — Ce qui ressort clairement de notre étude physiologique sur l'alimentation rectale, c'est qu'on ne peut

songer aux lavements alimentaires que dans les cas où l'alimentation buccale doit être absolument suspendue; et, d'autre part, comme ils ne peuvent qu'arrêter légèrement un amaigrissement rapide, et comme ils ne peuvent maintenir indéfiniment la vie du sujet, on ne peut les employer que d'une façon temporaire. Daremberg, il est vrai, a publié l'observation d'un malade atteint de sténose œsophagienne « infranchissable, même aux liquides », et qu'il put nourrir *exclusivement* avec des lavements de viande, d'œuf et de pain traités par la pepsine, puis par la pancréatine. « Cet homme a vécu quatorze mois, écrit-il, engraissant, marchant, écrivant et fournissant 15 à 20 grammes d'urée par jour. Il s'est éteint doucement sans symptôme d'irritation du côté du rectum. » En admettant que ce malade n'a pas trompé la surveillance de son médecin, et qu'il n'a rien ingéré par la bouche, il faut avouer que cette observation est absolument isolée dans la science.

Tous les autres médecins ont considéré les lavements nutritifs comme un mode d'alimentation tout à fait temporaire : sept à huit jours en moyenne (Mathieu), dix jours (Ratjen), deux à trois semaines (Bontini), quinze jours à un mois (Tournier).

Quant aux affections qui peuvent indiquer les lavements alimentaires, nous pensons qu'elles sont beaucoup moins nombreuses que le pensent la plupart des auteurs. Nous ne ferons que signaler certains cas où on doit les employer évidemment, par exemple à la suite d'opérations sur la bouche ou les voies digestives supérieures, lorsque le malade ne doit rien déglutir pendant quelques jours; ou bien dans les sténoses cicatricielles du pylore, en attendant que la dilatation soit suffisante pour permettre la déglutition.

Schlesinger, qui a publié un travail sur les indications des lavements alimentaires, les conseille aussi dans les vomissements incoercibles, dans les vomissements hystériques ou urémiques, et même dans les vomissements des tuberculeux. Il nous semble que, dans tous ces cas, il vaut mieux recourir à autre chose qu'à cette inanition relative, qui affaiblit le malade et aggrave encore son état, dans la tuberculose en particulier. C'est pour la même raison que nous trouvons l'alimentation rectale inutile dans les sténoses de l'œsophage; si la gastrostomie s'impose, il faut la faire immédiatement, car c'est une illusion de croire qu'on va relever les forces du malade par les lavements alimentaires.

Dans le cancer de l'estomac et toujours pour la même raison, les résultats que l'on obtient sont très médiocres; bien que les douleurs se calment, le malade s'affaiblit beaucoup et les chances heureuses dans le cas d'une intervention chirurgicale diminuent d'autant.

Au contraire on peut admettre l'opportunité des lavements alimentaires dans certains cas de sténose du pylore : tout d'abord, si le malade présente une grande dilatation, de la stase alimentaire le matin à jeun, des vomissements fréquents et abondants, les grands lavements d'eau salée pourront très rapidement l'améliorer en rendant de l'eau à cet organisme déshydraté (Unverricht). Nous avons insisté plus haut sur ce point. Mais même dans des cas moins graves, le repos absolu de l'estomac pendant un certain nombre de jours peut améliorer considérablement l'état du malade, ramener l'estomac à ses dimensions normales, faire disparaître, pour un temps tout au moins, la stase et l'hypersécrétion. On en trouvera plusieurs observations dans la thèse de Gros.

Dans la dilatation atonique, sans obstacle pylorique, les résultats seraient beaucoup plus remarquables d'après Rössler et Schlesinger : après une période d'alimentation rectale de dix à douze jours, l'amélioration peut durer pendant plusieurs mois.

Mais les deux indications indiscutables des lavements alimentaires, sont d'une part les gastrites extrêmement douloureuses, d'autre part l'ulcère de l'estomac.

En effet, dans les cas d'une hyperesthésie très marquée, résultant d'irritations longtemps prolongées de l'estomac, le repos absolu de l'organe, tel qu'on le réalise par l'alimentation rectale, produit rapidement les meilleurs effets : la muqueuse, n'étant plus excitée, se calme, et l'estomac reprend sa sensibilité normale très obtuse.

Mais c'est dans le traitement de l'ulcère de l'estomac qu'on obtient par l'alimentation rectale les plus brillants succès. On l'a employée soit à la suite d'une grande hématémèse, soit dans l'ulcère chronique de l'estomac avec douleurs intenses. Dans tous les cas publiés par Tournier, Donkin, Ratjen, Wendt, Pommerais, les malades ont guéri rapidement : les douleurs cessent en peu de temps, et si l'alimentation rectale exclusive dure assez longtemps, une dizaine de jours au moins, les malades peuvent rapidement reprendre l'alimentation ordinaire : en ce qui concerne l'ulcère à marche rapide avec hématémèse, ce résultat est bien connu; mais il est intéressant de savoir que Tournier a obtenu le même succès dans des cas d'ulcères chroniques, chez des malades qui souffraient depuis huit, dix et vingt-cinq ans.

Enfin, il nous reste un dernier fait à signaler; comme nous l'avons dit plus haut, tous les malades soumis à l'alimentation rectale exclusive, maigrissent très rapidement; souvent même aussi vite que des malades soumis à l'inanition absolue. Mais, chose importante, la cure terminée, lorsqu'ils reprennent l'alimentation normale, ils mangent avec appétit, et d'autant plus abondamment qu'ils ne souffrent plus de l'estomac; aussi engraissent-ils de plusieurs kilos en peu de temps, et ils atteignent puis dépassent le poids qu'ils avaient avant le début de la cure. Nous voyons ainsi, dans la thèse de Gros, un malade traité pour un ulcère de l'estomac, qui engraissa de 16 kilogrammes en cinquante-cinq jours, dépassant ainsi son poids primitif de 11 kilos; un autre, traité également pour un ulcère du pylore avec sténose spasmodique, qui après sa guérison augmenta de 9 kilos en deux mois; la malade de Fiechter guérie également d'un ulcère de l'estomac augmenta de 6 kilogrammes en seize jours, dépassant son poids primitif de 2 kilogrammes et demi. Si bien que l'inanition relative des malades soumis aux lavements alimentaires est largement compensée par leur engraissement consécutif.

Liste alphabétique, par noms d'auteurs, des ouvrages cités. — Aldor. Untersuchungen über die Verdauungs und Aufsaugüngsfähigkeit des Dickdarms, *Centralbl. f. innere Med.*, 19 fév. 1898. — Antiq. *Traitement de la chlorose par les lavements de sang défibriné*, Th. de Lyon, 1889. — Brown-Séquard. Alimentation par les lavements de pancréas et de viande, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1879. — Catillon. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., 1880. — Daremberg. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1879, p. 780. — Deucher. Uber die Resorption des Fettes aus Klysterien, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1897, t. LVII. — Donkin. On gastric ulcer and its treatment by enemat, *The Lancet*, 1890. — Eichorst. Die Resorption der Albuminate von Matsdarme, *Pfluger's Arch.*, 1871, B. IV. — Ewald. Die Ernährung mit Pepton und Eierklysterien,

Zeits. f. klin. Med., 1887, Bd. XII. — FIECHTER. Anwendüng und Erfolge der Fleischpancreas-klysterien, *Correspondenzb. f. Schw. Ærtze*, 1875. — FILIPPI. Untersuchungen über Soffwechsel des Hundes nach Magenextirpation und nach resection eines grossen Theiler des Dünndarms, *Deuts. Med. Wochens.*, 1894. — FIQUET. *Arch. de méd. expérim.*, 1899. — FLEISCHER. *Lehrbuch der innere Medicin*, Bd. II, p. 1879. — DE GRAAF. *Regner-Tract. de Clysteribus*, La Haye 1688. — GROS. *Traitement de certaines maladies de l'estomac par les lavements alimentaires*, Th. de Lyon, 1898. — GUTZNER. Ueber bewegungen des Darminhalts, *Pflugers Arch.*, 1898, p. 520. —HUBER. Nährwerth der Eierklysterien, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1890-1891, t. XVII, p. 495 à 407. — JAKOWSKI. Contribution à l'étude des processus chimiques dans les intestins de l'homme, *Arch. biol. de Saint-Pétersbourg*, 1892. — KOHLENBERGER. Zür Frage der Resorbirgkeit der Albumosen im Mastdarm, *Münch. Med. Wochens.*, 1896, n° 47. — LÉPINE. Un malade, alimenté exclusivement par voie rectale, peut-il conserver son poids pendant plusieurs semaines? *Semaine méd.*, 1895, p. 317; — La résorption des matières alimentaires et des graisses d'un lavement nutritif a-t-elle lieu dans le gros intestin ou dans l'intestin grêle? *Semaine méd.*, 1895, p. 389. — LEUBE. Ueber die Ernährung der Kranken von Matsdarm aus, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1872, t. X. — MAC FADJEN, NENCKI, SIEBER-SCHUMOWA. Untersüchungen uber die chemische Vorgänge in Menschlischen Darmcanal, *Arch. f. exper. Pharm. und Pathol.*, 1891, Bd. XXVIII. — MATHIEU. *Thérapeutique des maladies de l'estomac*, 1898. — MAYET. Des lavements alimentaires, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1879. — MUNK et ROSENSTEIN. Ein Lehre von Resorption in Darm nach untersuchungen aus einer chylusfistel bei Munchen, *Wirchow's Archiv*, Bd. CXXIII, 1891. — POMMERAIS. *Lavements alimentaires dans l'ulcère de l'estomac*, Th. de Paris, 1898-1899. — PRUDON. *Étude sur l'alimentation rectale par les lavements de sang défibriné*, Th. de Lyon, 1891. — RATJEN. Ulcus ventriculi auschliesslich mit Rectalernahrung behandelt, *Deuts. med. Wochens.*, 1896. — REVILLIOD. Lavements alimentaires d'huile émulsionnée, *Semaine méd.*, 1894, p. 538. — RICHET. *L'inanition*, travaux de laboratoire, t. II, p. 267. — RÖSSLER. Ueber die Auschaltung der Ernahrung durch den Magen bei dilatatio ventriculi, *Wien. klin. Wochens.*, 1893.— SAVORY. *Gaz. méd. de Paris*, 1864, p. 179. — SCHLESINGER. Indicationen im Auschalting der Ernahrung durch den Magen, *Wien. klin. Wochens.*, 1895. — SCHMIDT. Beobachtungen uber die Zu sammensetzung des Fistelkothe eines Patientin mit anus præternaturalis, *Arch. f. Verd. Krank.*, 1898. — SENATOR. Hungerversuch an Cetti, *Biol. Centralbl.*, 1887. — SMITH. Supplementary rectal alimentation and especially by defibrinated blood, *Med. Record*, New-York 1879. — STRAUSS. *Zeits. f. klin. Med.*, Bd. XXIX, p. 263. — TEISSIER. Soc. de méd. de Lyon, 1880. — UNVERRICHT. Discussion de Mering, XII[e] Congr. de méd. int., *Centralbl. f. klin. Med.*, 1893. — VOIT et BAUER. Ueber die Aufsaugung in Dick und Dunndarm, *Zeits. f. Biol.*, 1869.

MÉDECINE PRATIQUE

Technique du maillot humide dans la broncho-pneumonie des enfants.

Bien que, depuis un certain nombre d'années déjà, on ait commencé, en France, à traiter la broncho-pneumonie des enfants par l'application de compresses d'eau froide, ce moyen n'est pas encore passé dans la pratique courante. Sa technique, telle que M. Gripat (d'Angers) a eu fréquemment l'occasion de l'employer, est pourtant bien simple.

Supposons un enfant de vingt à trente mois, atteint de broncho-pneumonie. On prend un taffetas imperméable bien souple de 75 centimètres de longueur sur 35 de hauteur et une mousseline pliée en huit doubles, un vieux rideau ou une serviette de toilette spongieuse, ladite compresse ayant les mêmes dimensions que le taffetas, enfin, trois cordons.

L'enfant, déshabillé jusqu'au ventre, est assis sur les genoux d'un aide qui lui tient les bras en l'air.

La compresse, préalablement imbibée d'eau froide, à la température de la chambre, c'est-à-dire à 15 degrés, est posée vivement sur le dos, de la base du cou au bas des reins, puis on enveloppe le tronc de façon à faire un peu plus que le tour du corps. Le taffetas est posé de même pardessus, croisé également en avant, et les trois galons lient le tout, le premier passant au ras des aisselles.

Puis, l'enfant est entouré de couvertures, et gardé dans les bras ou remis au lit.

Les effets immédiats du maillot humide sont fort remarquables. La respiration devient plus ample et moins précipitée; la toux se fait plus facile, plus grasse; la température s'abaisse, les phénomènes d'excitation disparaissent et le sommeil redevient calme.

Le renouvellement du maillot, toujours avec la même façon de procéder, se fait à des intervalles qui varient suivant les cas et surtout l'intensité de la fièvre. Généralement, on remplace les compresses toutes les deux ou trois heures pendant le jour, et toutes les quatre heures pendant la nuit, et cela, au moins durant trois ou quatre jours. (*Presse méd.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'emphysème pulmonaire.

1° Vingt jours par mois prendre à chaque repas une cuillerée de :

Iodure de potassium	10 grammes.
Eau quantité suffisante pour .	300 cent. c.

Et les dix autres jours de chaque mois, à chaque repas, une cuillerée de :

Arséniate de soude	10 centigr.
Eau	300 grammes.

2° Tous les huit jours, le soir au coucher, prendre une pilule de 10 à 15 centigrammes d'aloès.

3° Supprimer tabac et alcool. Boire du lait aux repas.

4° Si possible, bains d'air comprimé.

(GRASSET.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1899. — Présidence de M. POZZI.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES

M. QUÉNU rappelle que MM. Monod et Reclus se montrent partisans de l'excision des hémorroïdes, tandis que MM. Pozzi et Tillaux lui préfèrent l'ignipuncture. Il se propose d'étudier les deux procédés.

Il fait d'abord observer qu'il faut établir une distinction entre les diverses variétés d'hémorroïdes, car chacune de ces variétés ne réclame pas le même mode de traitement. Il faut tenir compte aussi des complications que peuvent entraîner les hémorroïdes. Ces complications peuvent être divisées en quatre catégories : 1° les hémorragies; 2° les douleurs; 3° les complications inflammatoires; 4° le prolapsus de la muqueuse rectale. M. Quénu passe en revue chacune de ces complications et les indications qu'elles comportent. Il est bien évident que les hémorroïdes donnant lieu à des

hémorragies demandent un procédé opératoire spécial; de même les douleurs déterminées par les fissures, les contractures peuvent influer sur le choix du procédé. Quant aux accidents inflammatoires, d'ordre infectieux, ils doivent faire écarter certains procédés opératoires qui ne pourraient que favoriser encore l'infection. Reste, enfin, le prolapsus de la muqueuse, contre lequel il n'existe qu'un seul remède, l'excision totale.

M. Quénu étudie ensuite et compare entre elles l'ignipuncture et l'excision.

L'ignipuncture, dit-il, provoque souvent une phlébite; c'est un procédé qui, de l'aveu même de ceux qui le préfèrent, entraîne le plus souvent une douleur très pénible. Ensuite, au douzième ou au quinzième jour se fait la chute de l'eschare, qui détermine parfois des hémorragies. Enfin, l'ignipuncture n'est pas toujours un procédé bien hémostatique, et il y a des hémorroïdes qui saignent plus ou moins abondamment, même lorsqu'elles sont cautérisées. Donc, au point de vue de la sensibilité, de l'hémostase, de la sécurité, il n'y a aucune raison de préférer l'ignipuncture à l'excision.

Le procédé de Whitehead constitue une opération délicate, parfois difficile. Il existe plusieurs sous-procédés, ceux de Reclus, ceux de Delorme, de Monod, de Quénu lui-même, qui peuvent en faciliter l'exécution dans une certaine mesure. Voici comment procède M. Quénu. Il purge son malade trois jours avant l'opération; puis, pendant ces trois jours, le soumet à l'opium et au régime lacté. Comme anesthésique, dans ces cas, il a recours au chloroforme ou à la cocaïne. Il pratique la dilatation avec les doigts et a recours à un procédé d'excision.

M. Quénu discute ici les divers procédés d'excision, ceux de Whitehead, de Reclus, de Delorme, de Monod. Il décrit en détails celui auquel il a recours et se résume en disant: Sans repousser absolument l'ignipuncture, on ne saurait la considérer comme une méthode de choix. La vraie méthode de choix est l'excision avec une suture permettant la réunion par première intention.

M. ROUTIER emploie un procédé intermédiaire à l'ignipuncture et à l'excision. Sur le conseil de son maître Verneuil, il a d'abord fait la simple dilatation, mais il n'a pas tardé à s'apercevoir que c'était insuffisant; plusieurs malades lui étaient revenus non guéris. Il a alors cherché un procédé qui lui donnât de meilleurs résultats, et voici celui auquel il s'est arrêté : il fait la dilatation instrumentale, puis quand il a bien fait saillir le bourrelet hémorroïdaire, il met un fil de soie sur la base de chacune des tumeurs et coupe celles-ci au thermocautère. Ce procédé laisse quelquefois un peu de douleurs facilement calmées par une piqûre de morphine. Mais il en obtient de très bons résultats et n'a jamais ni d'hémorragies, ni de rétrécissements consécutifs.

PRÉSENTATION DE MALADES

Ulcère perforant de l'estomac. — M. QUÉNU présente un malade qui offrait tous les signes d'une obstruction biliaire; il fit une incision au niveau de la vésicule biliaire; il trouva des adhérences qu'il détacha et, une fois ces adhérences détachées, il vit qu'il existait une perforation de l'estomac qu'il dut suturer. Il s'agissait, en réalité, d'un ulcère perforant de l'estomac qui s'était abouché avec la vésicule biliaire.

Lipomatose. — M. SEGOND présente des photographies d'une femme de quarante-sept ans atteinte d'une monstrueuse lipomatose généralisée sous-diaphragmatique.

Acné hypertrophique du nez. — M. TILLAUX présente un malade atteint d'acné hypertrophique qu'il a beaucoup amélioré par le grattage et l'excision.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, dans ces cas, la décortication donne de meilleurs résultats.

M. RECLUS a obtenu d'excellents résultats de la décortication.

M. BERGER a pratiqué un grand nombre de ces décortications; mais il y a des cas où on va trop loin et où l'on perfore le cartilage. Cette opération n'est donc pas sans inconvénients.

Pylorectomie. — M. TUFFIER présente un malade chez lequel il a pratiqué, il y a deux ans et deux mois, une pylorectomie pour un épithélioma de l'estomac. C'est là un nouvel exemple de l'efficacité de ces opérations précoces dans le traitement du cancer de l'estomac.

M. HARTMANN présente également un fait d'intervention sur l'estomac.

Suture de l'artère axillaire. — M. RICARD présente une malade qui a été opérée par un de ses collègues d'un épithélioma du sein. Il s'est fait une récidive dans l'aisselle et, en opérant cette tumeur axillaire, M. Ricard a dû porter sa dissection jusque sur les gros vaisseaux. L'artère axillaire ayant été fendue longitudinalement, il la sutura par quatre points de catgut. On a aussitôt senti les battements de la radiale qui ont persisté depuis.

M. TUFFIER rappelle les expériences qui ont été faites sur les animaux qui semblent démontrer que l'artère, dans ces cas, ne redevient pas perméable.

M. REYNIER, qui a fait beaucoup de ces expériences, a constaté que la grosse difficulté est le caillot qui se forme. C'est là un très bon procédé d'hémostase, mais qui, le plus souvent, ne donne pas le rétablissement de la circulation.

M. DELBET dit qu'on peut encore obtenir le rétablissement de la circulation quand il s'agit d'une simple fente longitudinale. Mais ce qui devient tout à fait impossible, c'est d'obtenir le rétablissement d'une artère complètement coupée et suturée bout à bout.

VARIÉTÉS

Les Coréens, caractères moraux, mœurs et coutumes (1).

Par M. le docteur CHASTANG.

II

MARIAGE, FAMILLE. — De cette situation de la femme, il résulte que les jeunes gens et les jeunes filles ne se rencontrent jamais. Les mariages sont arrangés par les parents et les époux ne se connaissent qu'après la cérémonie.

Cette cérémonie du mariage diffère beaucoup suivant la province, les différentes classes et même les différentes familles. Mrs Louise Jordan Miln nous donne, dans un livre récent (*Quaint Corea*, Londres 1895), d'intéressants détails à cet égard.

Lorsque les parents ont choisi la jeune fille qui leur convient pour leur fils, et que le mariage a été décidé, le jeune homme envoie à sa fiancée des présents qui consistent surtout en pièces d'étoffes et en parfums. Dès qu'ils ont été acceptés, l'union est à moitié accomplie, le fiancé a le droit de nouer ses cheveux en chignon et de se coiffer du chapeau. Il fait visite à ses connaissances pour leur faire part de l'événement et son père donne un festin où se consomme une quantité invraisemblable d'aliments et de boissons.

La cérémonie du mariage prend place ordinairement le troisième jour qui suit l'envoi des cadeaux. Pendant ces trois jours, la fiancée façonne seule et sans aide la toilette qu'elle portera le soir. A l'heure fixée, le fiancé se rend en

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 521.

grande procession à la maison nuptiale. Tout le monde est à cheval et sur une seule file. En tête, sur un animal richement caparaçonné, un servant ouvre la marche, portant une bannière où est peinte en grandeur naturelle une oie, emblème de la fidélité conjugale. Puis vient le fiancé, suivi de ses domestiques, et, derrière lui, son père, également suivi des serviteurs qu'il possède et de ceux qu'il a pu louer. Les parents et les amis ferment le cortège. Tous sont reçus par le père de la fiancée, qui leur souhaite la bienvenue; un repas leur est offert, après lequel chacun se retire.

Resté seul, le fiancé est conduit dans la chambre réservée au culte des ancêtres auxquels il paie un hommage, puis le soir venu, on l'introduit dans l'appartement de sa femme, qu'il ne connaît pas, car elle n'a encore jamais paru. Celle-ci arrive bientôt le visage voilé, amenée par sa mère, accompagnée par ses parentes. Personne ne parle. Lorsqu'on l'a laissée seule avec son époux, elle lève son voile, mais jusqu'au lendemain au moins, quelquefois pendant deux ou trois jours, elle ne doit pas lui adresser la parole. Le troisième jour, elle abandonne la maison paternelle pour aller habiter chez son mari. Elle est reçue par sa belle-mère, va à son tour s'incliner devant les tables des ancêtres, et dès lors elle perd toute relation avec ses propres parents pour faire partie exclusivement de la famille de son mari. Comme en Chine, le fils vit avec son père, et jusqu'à la mort de celui-ci, sa femme, rarement maîtresse chez elle, a à subir les volontés de sa belle-mère, qui a le pouvoir suprême.

Le divorce est assez difficile à obtenir. Il faut payer de fortes sommes. Le mari peut alléguer l'adultère, la stérilité ou une maladie incurable de sa femme. La plupart des divorces obtenus par les femmes auraient pour cause l'incompatibilité d'humeur avec leur belle-mère.

Assez récemment encore, l'adultère de la femme était puni de peines corporelles entraînant la mort. La loi est un peu plus indulgente aujourd'hui; les supplices sont maintenus, mais la mort est généralement évitée. L'épouse adultère est alors donnée comme concubine à un officier du palais ou à un fonctionnaire.

Dans les familles coréennes, on a plus d'affection pour les garçons que pour les filles, pour l'aîné que pour les plus jeunes. A la mort du père, le fils aîné devient le chef de la famille.

Comme chez beaucoup de peuples orientaux, où le culte des ancêtres domine toute la religion, l'adoption de garçons est fréquente parmi les Coréens qui n'ont pas d'enfants. Elle est reconnue par la loi, et l'enfant adopté régulièrement après approbation du roi jouit de toutes les prérogatives accordées au véritable fils, héritant complètement de tous les droits du père de famille bien avant la mère et les autres parents. La conservation des traditions de famille est comme le but de la vie. On n'adopte pas les filles parce qu'elles ne peuvent pas accomplir les rites prescrits, et que le mariage les enlève complètement à leur famille. Lorsque des parents n'ont comme enfant qu'une fille, ils la marient à un fils adoptif.

Lorsque l'enfant commence à parler, on lui donne un premier nom qu'il garde jusqu'à son mariage; à ce moment-là, il reçoit son nom définitif. Mais en dehors de ces deux noms, le jeune homme s'en est choisi un troisième sous lequel il est connu de ses amis.

Les enfants ont pour leurs parents beaucoup de respect et d'affection, et la piété filiale leur est enseignée comme la plus belle des vertus.

Presque tous les Coréens savent lire et écrire. L'instruction de la jeunesse commence de bonne heure. Dès l'âge de cinq ans, l'enfant est envoyé aux écoles qui sont payantes. La littérature et la morale y sont presque exclusivement enseignées. Les mathématiques sont dédaignées. Et on se borne aux premiers principes. Tout est à la mémoire.

La poésie est une des grandes occupations de la noblesse et même du peuple. On fait des vers sur tout, sur les astres, les beaux sentiments, les fleurs, mais jamais sur la femme.

Le Coréen aime beaucoup le plaisir et les jeux; comme au Japon, le cerf-volant est le plus populaire parmi la jeunesse. Les adultes pratiquent le jeu de l'oie, celui des dames (plus compliqué que le nôtre), le tric-trac et les échecs. Les cartes sont interdites : on ne les autorise que dans les postes de soldats pour tenir ceux-ci éveillés.

Mort, funérailles, sépultures. — Les Coréens ont une grande frayeur de la mort et beaucoup sont imbus des idées de la métamorphose.

Lorsque quelqu'un meurt, les membres de la famille se réunissent autour du cadavre et font entendre des lamentations sur un ton aigu et pénétrant; ils dénouent leur chignon et laissent pendre leurs cheveux; ils les redressent le quatrième jour et prennent alors les vêtements de deuil. Ce jour-là on sert aux amis dans la chambre mortuaire un dîner où figurent les mets les plus rares et les plus chers. Jusqu'à l'ensevelissement du corps, on brûle dans toute la maison des chandelles et de l'encens; on fait également brûler de longues bandes de papier sur lesquelles sont inscrits les titres et les qualités du mort. Des veilleurs de profession se relèvent auprès du défunt.

Quoique la crémation soit connue, c'est l'inhumation qui est toujours employée. Le corps est lavé, revêtu de ses plus beaux habits et placé, entouré de plantes aromatiques, dans un cercueil de bois très épais réputé imperméable à l'air. Les pauvres sont enterrés de cinq à neuf jours après leur mort. Les riches ne le sont pas avant trois mois, et parfois même avant un ou deux ans. Le cercueil est conservé dans un appartement spécial ou, à défaut, dans la cour ou dans le voisinage de la maison, recouvert de nattes en paille l'abritant de la pluie. Durant ce temps, on choisit l'emplacement du tombeau, indiqué généralement par des sorciers.

On n'enterre jamais dans les villes, rarement dans leur voisinage immédiat. A part cela, on rencontre des tombeaux partout et le pays entier n'est qu'un vaste cimetière. Les lieux de sépulture sont sur les versants ou au sommet des collines, jamais dans les plaines, regardant toujours du côté du soleil couchant. Suivant l'espace qu'ils occupent, on peut deviner le rang social du mort. Pour les princes et les plus hauts dignitaires, il n'y a qu'une tombe sur une même colline; il y en a quelques-unes, en petit nombre, pour les gens de marque; mais les tombeaux du peuple sont entassés les uns contre les autres.

Les funérailles ont lieu habituellement à la nuit. A Séoul, une des portes de la cité, dite « porte de la Mort », est la seule par où les cortèges funèbres puissent sortir de la ville. Deux hommes, munis d'une large ombrelle jaune, ouvrent le convoi; puis le cercueil, placé sur une sorte de baldaquin porté par deux, quatre ou un plus grand nombre d'hommes, suivant la qualité du défunt, est entouré et suivi d'une foule nombreuse de gens portant chacun une lanterne en papier et marmotant des prières. Le cortège s'arrête à la porte de la ville, et de là, jusqu'à la tombe, les proches parents seuls accompagnent le mort.

Les tombeaux des gens du peuple consistent simplement dans un monticule de terre. Pour les Coréens plus riches et pour les nobles, le tertre est entouré d'une dalle en pierre en fer à cheval; sur le devant est placée une pierre haute d'environ 1 mètre, et de chaque côté sont d'autres pierres en nombre variable, une, deux ou quatre habituellement, grossièrement sculptées et rappelant des figures humaines ou des chevaux.

Le deuil des parents s'observe pendant trois années durant lesquelles le fils renonce au monde extérieur, ne

porte que des vêtements blancs, et se cache la figure sous un grand chapeau de paille conique. Le deuil d'un frère ou d'une sœur ne dure que trois mois. A la mort du roi, la vie sociale s'interrompt pour vingt-sept mois ; les mariages, les inhumations, les exécutions capitales sont suspendues ; les Coréens remplacent leur traditionnel chapeau noir par un de même forme, mais en fil de bambou blanc.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 3 JUIN 1899)

Examens de doctorat.

JEUDI 1er JUIN, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et André; — (2e série) : MM. Hanriot, Vaquez et Wurtz; — (3e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale :* MM. Troisier, Ménétrier et Desgrez ; — M. Charrin, suppléant.

VENDREDI 2 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Widal et Gilles de la Tourette ; — (2e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Hayem, Wurtz et André.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Retterer et Sébileau ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Potain, Dupré et Méry; — (2e série) : MM. Joffroy, Lancereaux et Gaucher ; — M. Legueu, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Reclus, Walther et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Humbert, Delbet et Mauclaire ; — M. Lejars, suppléant.

SAMEDI 3 JUIN, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Roger et Langlois.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Poirier et Gley ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Rémy et Albarran ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Widal et Launois ; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Berger, Richelot et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Troisier et Thiroloix ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 mai 1899, M. le docteur Calmette, médecin principal des colonies, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur à l'Université de cette ville, est promu au grade de médecin en chef de deuxième classe.

— Par décret, en date du 24 mai 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Esclangon, médecin de première classe, en remplacement de M. Rémond.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Conte, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Esclangon, promu.

— Par décret, en date du 24 mai 1899, M. le docteur Rémond, médecin principal de la marine, en retraite, a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Breton, médecin en chef à Lorient, est désigné, sur sa demande, pour occuper les fonctions de résident à l'hôpital de Port-Louis, en remplacement de M. le docteur Manson.

M. Vialet, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, est désigné pour servir aux troupes au Tonkin, en remplacement de M. le docteur Chagnolieau.

M. Duranton, médecin de deuxième classe du 6e d'infanterie de marine à Brest, est désigné pour servir au 4e à Toulon, en remplacement de M. le docteur Préboist.

M. Brachet, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est affecté au 6e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Duranton.

M. Lenoir, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour servir au 2e d'infanterie de marine à Brest, en remplacement de M. le docteur Michollet.

M. Delisle, médecin principal du cadre de Cherbourg, est désigné pour servir au 1er régiment de tirailleurs malgaches à Madagascar, en remplacement de M. le docteur Barême.

M. Bertrand, médecin en chef à Toulon, est désigné, sur sa demande, pour occuper les fonctions de résident à l'hôpital de Saint-Mandrier, en remplacement de M. le docteur Geoffroy.

M. Motin, médecin de deuxième classe, du service général à Lorient, est désigné pour embarquer sur la *Bretagne*, en remplacement de M. le docteur Valmyre.

— *Congrès de chirurgie.* — La première question mise à l'ordre du jour du prochain congrès est l'étude de l'*hystérectomie abdominale totale*, aussi bien pour les fibromes utérins que pour les suppurations pelviennes et le cancer de l'utérus.

M. le docteur Ricard, chargé du rapport, serait reconnaissant aux collègues ou confrères qui voudraient bien lui faire connaître au plus tôt leurs statistiques personnelles ou les observations que leur a suggérées la pratique de l'*hystérectomie abdominale.*

Écrire à M. le docteur Ricard, 68, rue Pierre-Charron.

— *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale.* — M. le docteur Cunéo, prosecteur, commencera son cours de gynécologie le lundi 5 juin à une heure et quart. Le nombre des élèves est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

— Une série de cours et exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 6 juin à deux heures, au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur Cornil, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, chef du laboratoire de bactériologie, et se continuera les jours suivants, excepté le vendredi, de deux à cinq heures.

— HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Voies urinaires.* — M. le docteur Picqué, chirurgien de la Pitié, commencera une consultation spéciale pour les maladies des voies urinaires, le jeudi 8 juin, à dix heures, et la continuera tous les jeudis à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de Paris à Évian-les-Bains et à Genève*, via Mâcon et Culoz.

Validité de 40 jours avec faculté de deux prolongations moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque prolongation. Les billets de Paris à Évian sont délivrés du 1er juin au 30 septembre ; ceux de Paris à Genève du 15 mai au 30 septembre.

Prix des billets : de Paris à Évian-les-Bains : 1re classe, 112 fr. 40 ; 2e classe, 80 fr. 90 ; 3e classe, 52 fr. 75 ; de Paris à Genève : 1re classe, 105 francs ; 2e classe, 75 fr. 60 ; 3e classe, 49 fr. 30.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 60. — MARDI 30 MAI 1899. 72e ANNÉE. MARDI 30 MAI 1899. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Paris, le 29 mai 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La plus grande partie de la dernière séance de la Société médicale ayant été employée à des discussions en comité secret, les communications purement scientifiques ont été forcément peu nombreuses.

M. Béclère revient sur une question traitée par lui à l'avant-dernière séance. Il s'agissait de l'histoire d'un malade que l'on crut porteur d'un **abcès sous-phrénique**. Ce diagnostic avait paru évident à la suite de l'examen radioscopique. Or, le malade étant mort subitement, on constata à l'autopsie que le diagnostic fait pendant la vie était erroné. Il s'agissait tout simplement d'une **ectopie du côlon transverse venant, à certains moments, s'interposer entre le foie et le diaphragme**. Cette ectopie était la cause de la singulière image observée à l'examen radioscopique. L'autopsie permit en même temps de découvrir, du côté gauche, les vestiges d'une ancienne pleurésie diaphragmatique, consécutive à une pneumonie de la base.

M. Antony rapporte brièvement l'histoire de deux malades, jeunes, vigoureux, pris, en parfaite santé, de **pneumonie**. Cette pneumonie se compliqua de pneumothorax, puis d'hydropneumothorax nécessitant des ponctions, et enfin, de pyopneumothorax traité par pleurotomie.

M. Rendu lit une courte note sur un cas de **mélanodermie** produite au cours d'une phtisie confirmée par le fait de la tuberculisation d'une capsule surrénale.

SUR UN CHAMPIGNON PARASITE

DANS LES AFFECTIONS CANCÉREUSES (1)

Par M. CHEVALIER.

Nous nous occupons depuis longtemps de la question du parasitisme du cancer, et les idées qui nous guident nous ont permis d'isoler, il y a plusieurs mois, un parasite spécial obtenu de cultures d'origines différentes, savoir :

1° De tumeurs chirurgicales fraîches prises sur le vivant;

2° De noyaux secondaires non ulcérés, provenant des autopsies que nous avons faites à l'hospice de Brévannes;

3° Du sang des cancéreux du même service; il nous a donné aussi des cultures lorsque la tumeur est assez avancée;

4° De l'air des salles de cancéreux en contact pendant un certain temps avec des plaques de Pietri contenant le même bouillon.

Inutile d'ajouter que les tumeurs expérimentales obtenues sur les animaux fournissent les mêmes résultats.

Nos cultures ont toujours été faites, pour l'acclimatation du parasite, avec un bouillon de mamelles de vache. Il est simplement dégraissé, additionné de 2 p. 1000 de chlorure de sodium et stérilisé. Au bout de quelques jours, ce bouillon, après avoir reçu l'une ou l'autre des semences ci-dessus, porté à l'étuve à 32 degrés, se trouble, et l'on voit s'y former une mince pellicule blanchâtre, puis un dépôt de même couleur. Au bout d'un certain temps, les membranes tombent au fond du ballon, au fur et à mesure de leur production, et bientôt la couche inférieure se colore en rose et en rouge groseille; à ce moment, la sporulation est accomplie.

Les cultures acclimatées sur bouillon de mamelle peuvent alors être transportées avec succès sur différents milieux; mais ceux sur lesquels elles prospèrent le mieux sont les milieux sucrés se rapprochant le plus de la neutralité : les cultures en milieu acide ne réussissent pas; celles en milieu franchement alcalin sont bien moins prospères. Voici les terrains sur lesquels nous avons fait ces cultures :

a. Bouillon de mamelles glycosé à 10 p. 1000. Même aspect que sur le bouillon de mamelles sans glycose. Si l'on augmente la proportion de sucre, la culture est moins prospère.

b. Agar. Au troisième jour, petites colonies grisâtres

(1) Communication à l'Académie des sciences.

s'étalant progressivement. Elles augmentent en épaisseur et deviennent roses.

c. Sérum. Caractères à peu près identiques.

d. Gélatine. Pellicules gris blanchâtre. Pas de liquéfaction.

e. Pomme de terre. Couche étalée gris jaunâtre fort mince.

f. Chou. Culture très prospère gris blanchâtre.

Toutes ces cultures, à un moment donné, prennent une coloration rosée due aux spores sorties des sphérules, qui se disséminent dans le liquide. Cette coloration ne se montre jamais dans des cultures faites à l'abri de la lumière.

La température optima pour ce parasite est de 28 degrés à 35 degrés.

Malgré cela, il est fort résistant, et l'ébullition à 100 degrés, pendant dix minutes, ne tue pas ses spores.

Au microscope, on est frappé de la différence morphologique des éléments qu'on rencontre dans les cultures suivant leur âge et le milieu sur lequel elles vivent :

Dans une culture sur bouillon de mamelles, on voit des sphérules à divers états de développement, des spores et des coccidies.

Sur chou, les formes prédominantes sont des formes mycéliennes, soit stériles, en mince chevelu ; soit, au contraire, fécondes, avec des coccidies à l'intérieur, et ramifiées à leurs extrémités, donnant naissance à des coccidies rondes ou elliptiques.

Nous sommes arrivé facilement à relier entre eux ces divers stades biologiques ; dans toutes les cultures un peu vieilles, on trouve les deux formes réunies.

Une cellule cylindrique ou coccidie (forme souvent rencontrée dans le sang des cancéreux) mesure en moyenne 6 μ en longueur et 2 μ en largeur. On ne tarde pas à la voir devenir bi ou multi cellulaire, s'accroître en donnant naissance à un mycélium irrégulièrement septé, puis à des coccidies endogènes. Ce mycélium est tantôt simple, tantôt ramifié ; parfois même il s'anastomose avec d'autres filaments voisins formant des faisceaux homogènes ou irréguliers. Entre ces faisceaux se rencontrent, soit des coccidies uni ou bi-cellulaires qui ont tendance à se grouper en cercles concentriques, soit des sphérules. Ces sphérules proviennent des coccidies uni-cellulaires qui, au lieu de se diviser, s'accroissent, s'arrondissent et arrivent à former des sphérules réfringentes de couleur jaune clair qui peuvent mesurer 12 et 15 μ de diamètre. Ces sphérules sont composées d'une masse plasmique centrale et d'une membrane à double contour. Pendant leur période d'accroissement, elles se colorent intégralement, et le tout paraît homogène ; puis la sphérule présente à son intérieur des spores endogènes qui tranchent par leur coloration plus intense sur les parties environnantes. Enfin, par un point variable de leur surface, les sphérules laissent échapper leur contenu.

Les spores se présentent alors sous la forme de petites corpuscules de 1 μ et moins, réfringents, d'un rouge rubis, tantôt ronds, tantôt présentant une forme bacillaire, animés de mouvements browniens et environnés d'une matière gélatineuse qui les maintient unies. Suivant que l'expulsion de la matière sporigène est plus ou moins avancée, on voit dans l'intérieur des sphérules diverses formes colorées, la matière se colorant seule. La sphérule arrive, après l'expulsion des spores, à être réduite à l'état d'une simple membrane gaufrée présentant parfois en un point un croissant de matière colorable.

Ces spores, suivant qu'elles restent uni-cellulaires, ou qu'elles deviennent bi-cellulaires, donnent naissance à des sphérules dans le premier cas, à des coccidies dans le second.

Les méthodes de coloration qui nous ont le mieux réussi sont le bleu de Kuhne, le violet de gentiane, la safranine. Elles se colorent par le picro-carmin et prennent le gram.

Les récentes communications du docteur Bra, dans la *Presse médicale*, semblent devoir faire identifier son parasite au nôtre (1).

L'inoculation des cultures de ce champignon sous la peau de cobayes, de lapins et de chiens, a donné lieu à la production de tumeurs à l'endroit de l'injection. Au bout d'un certain temps nous avons pu constater les symptômes de cachexie chez ces mêmes animaux. Enfin, à l'autopsie de certains de ces sujets, nous avons trouvé des généralisations de tumeurs ganglionnaires et des noyaux secondaires viscéraux.

L'examen microscopique de ces tumeurs montre un tissu analogue, tantôt au sarcome, tantôt au fibro-sarcome, tantôt au carcinome. Malgré ces résultats, contrôlés entre autres par M. le docteur Gombaut, nous ne voulons pas pour l'instant affirmer la spécificité du parasite. L'étude de la toxine et les tumeurs expérimentales en voie d'évolution nous permettront, dans un travail ultérieur, d'être peut-être plus affirmatif sur les liens de causalité et de spécificité qui existent entre ce champignon et les affections cancéreuses.

MÉNINGITE EN PLAQUES

AVEC PARALYSIE COMPLÈTE ET ANESTHÉSIE DES MEMBRES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR DROITS. CONVULSIONS CLONIQUES PASSAGÈRES. PARALYSIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE. HÉMIPLÉGIE FACIALE DU MÊME CÔTÉ. MORT. AUTOPSIE. AMAS DE TUBERCULES AU NIVEAU : 1° DU TIERS SUPÉRIEUR DE LA PARIÉTALE ASCENDANTE, DU CINQUIÈME SUPÉRIEUR DE LA FRONTALE ASCENDANTE, DE TOUT LE LOBULE PARACENTRAL DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE ; 2° DU TIERS SUPÉRIEUR DE LA FRONTALE ASCENDANTE DROITE ET DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA DEUXIÈME FRONTALE DU MÊME CÔTÉ (2).

Par M. le docteur BOINET, professeur à l'École de médecine de Marseille.

B..., âgé de dix-huit ans, sans antécédents morbides, est pris le 25 janvier de vertiges, de frissons répétés, d'épistaxis, de diarrhée, de toux fréquente, quinteuse, avec crachats blancs et spumeux. Le 3 février, il a l'aspect d'un typhique : prostration considérable, langue sèche, rôtie, tremblotante ; ventre ballonné ; gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite, 5 à 6 taches rosées lenticulaires sur les parois de l'abdomen. Température 39. L'état s'améliore tellement dans les derniers jours de février, qu'il peut se lever.

Le 1er mars, engourdissement et fourmillement dans le *membre supérieur droit* avec paralysie complète ; le malade ne peut se soulever au-dessus du plan du lit. Les doigts seuls exécutent encore quelques mouvements de flexion, mais ils sont lents, tremblotants, incertains. Pas de convulsions, pas de contractures. Anesthésie presque complète à la douleur et à la température dans tout ce membre supérieur. Pouls 90, température 39. Pas de délire, pas de céphalalgie. Râles sibilants dans les deux poumons,

(1) Les faits analogues publiés en Angleterre par M. le docteur Plimmer ne sont pas détaillés pour qu'on puisse porter un jugement à leur sujet.

(2) Congr. des médecins alién. et neurol. de Marseille, 1899.

crachats puriformes recouverts d'une matière spumeuse, aérée. Diarrhée.

Le 2 mars, les mêmes phénomènes sensitifs et moteurs atteignent le *membre inférieur droit*; il est le siège d'une anesthésie marquée et d'une paralysie à peu près complète; les orteils et le pied exécutent seuls quelques petits mouvements de flexion. La température locale des membres sains ou paralysés est de 38 degrés.

Le 4 mars, parésie du *membre supérieur gauche* avec anesthésie incomplète, empiétant sur les régions deltoïdienne et sus-claviculaire correspondantes.

Le 5 mars, *hémiplégie faciale gauche* sans écoulement de salive ni de larmes, l'orbiculaire de la paupière gauche est respecté, la sensibilité est intacte. Pupilles normales.

6 mars, délire nocturne, grande prostration, face pâle, langue sèche, fuligineuse. Température 39°6, pouls à 90. Les grandes oscillations thermiques, l'augmentation des râles sibilants disséminés dans les deux poumons, l'existence de ces paralysies corticales font admettre le diagnostic de granulie avec localisations méningées au niveau de la zone rolandique.

10 mars, le *membre inférieur gauche* qui était resté indemne est le siège de douleurs spontanées vives, fulgurantes et d'hyperesthésie. Motilité intacte. Eschare sacrée.

11 mars, convulsions cloniques étendues, énergiques, avec anesthésie complète des membres supérieurs et inférieurs droits, elles cessent le lendemain. Douleurs fulgurantes dans le membre inférieur gauche, paralysie complète du membre supérieur gauche.

14 mars. Broncho-pneumonie tuberculeuse.

15 mars. Mort précédée d'une dyspnée considérable avec râles trachéo-bronchiques, de sueurs profuses, froides, visqueuses.

Autopsie. — Les deux *poumons* sont farcis de tubercules miliaires, il n'existe que deux petites cavernes au sommet du poumon gauche. *Rate* grosse, parsemée de tubercules. Ulcération et semis de tubercules au niveau des deux derniers pieds de l'*intestin grêle*. Infiltration tuberculeuse des *ganglions mésentériques* et *trachéo-bronchiques*. Plaques de *méningite tuberculeuse* dans la zone rolandique avec adhérences intimes aux circonvolutions fronto-pariétales sous-jacentes. Elles siègent *à gauche*, sur la partie supérieure de la frontale ascendante, dans le tiers supérieur de la pariétale descendante, dans toute l'étendue du lobule paracentral; et *à droite*, dans le tiers supérieur de la frontale ascendante, sur la partie antérieure du lobule paracentral, sur le point où la partie postérieure de la deuxième frontale est en rapport avec la frontale ascendante (localisation des mouvements de la face d'après Terrier). Les autres parties des centres nerveux n'ont pas de lésions appréciables.

Ce fait confirme les données classiques sur les localisations; il est encore intéressant : 1° par la succession, le nombre, la variété, l'étendue de ces paralysies corticales; 2° par la coexistence de l'anesthésie dans les membres supérieur et inférieur droits; 3° par l'hyperesthésie et les douleurs fulgurantes du membre inférieur gauche qui seul a conservé sa motilité; 4° par cette paralysie faciale d'origine corticale correspondant au côté respecté par l'hémiplégie.

L'ÉVOLUTION DENTAIRE DES ENFANTS PLACÉS EN NOURRICE

Par le docteur Fernand Ledé,

Membre du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge.

Firmin Marbeau, le créateur des crèches, adressait en 1846 aux Chambres une pétition, afin d'obtenir la protection de l'enfant en nourrice, qu'il dénommait l'orphelin temporaire; il demandait pour celui-ci la protection efficace et réelle contre son frère de lait, son frère ennemi. Il a fallu attendre jusqu'en 1869, sur l'initiative de l'Académie de médecine, pour voir être constituée une commission spéciale extra-parlementaire chargée d'étudier les causes de la mortalité infantile en France. Les travaux de cette commission n'eurent de sanction que lorsque M. Théophile Roussel présenta à l'Assemblée nationale la loi qui porte son nom et fut adoptée le 23 décembre 1874.

Cette loi présente des lacunes inhérentes à son fonctionnement même et à son application, mais aussi tenant à ce que le règlement administratif, élaboré en conseil d'État et daté du 27 février 1877, ne pouvait prévoir toutes les conditions d'élevage et assurer la protection de l'enfant placé en nourrice et de l'enfant de la nourrice.

Le summum de la protection est de sauvegarder ces deux existences précieuses à la nation et de préparer une génération saine et robuste. Si des enfants privilégiés sont élevés près de leurs parents par des nourrices, d'autres sont en grand nombre exportés dans les départements ou dans la banlieue des grandes villes.

La protection doit être d'autant plus efficace et sérieuse que l'enfant est plus éloigné du domicile de ses parents.

Or, une des premières mesures à prendre est, en ces circonstances, de ne confier un nouveau-né qu'à une femme dont l'enfant est déjà élevé, pour ainsi dire, ou du moins a dépassé les premières étapes de la vie, les plus difficiles à remplir.

Que se passe-t-il, au contraire, dans la réalité?

Les parents choisissent trop au hasard la nourrice à laquelle ils confieront leur enfant nouveau-né; les convenances et les conseils dominent, souvent l'avis d'une commère suffit pour déterminer le choix des parents. Les conséquences en sont toujours graves, et, si l'enfant ne meurt pas dans le premier mois, son développement et sa nutrition en souffrent, surtout si la nourrice choisie a un lait âgé de moins de quatre mois accomplis et que son enfant reste auprès d'elle.

D'où il suit qu'un des critériums du développement de l'enfant peut être modifié dans son évolution. L'apparition des dents est retardée et ne s'effectue que difficilement.

Dans ce travail, les 248 nourrices, ayant un lait de quatre mois au plus, ont élevé en même temps que leur enfant 248 enfants nouveau-nés. D'où il résulte que 496 enfants (248 nourrissons, 248 enfants de nourrices) ont été étudiés spécialement dans leur évolution dentaire.

L'enfant de la nourrice peut être sevré au moment de l'arrivée du nourrisson ou envoyé en nourrice. Il se peut aussi que, malgré les promesses de la nourrice, il soit encore élevé au sein.

S'il en était autrement, la nourrice serait une mauvaise mère, et peut-être une bonne nourrice. Cette question soulève des considérations sociales que nous n'avons pas à étudier ici; mais il nous importe d'affirmer à nouveau que l'un et l'autre de ces deux enfants sont aussi intéressants l'un que l'autre et qu'il faut assurer le développement de l'un et de l'autre de ces enfants.

Il résulte de l'étude de l'évolution dentaire chez les nourrissons que :

1° Si l'enfant de la nourrice est envoyé lui-même en nourrice, les premières dents apparaîtront chez le nourrisson vers cinq, six ou sept mois.

2° Si l'enfant de la nourrice est sevré prématurément et

élevé artificiellement, l'évolution dentaire sera à peu près normale chez le nourrisson tandis qu'elle sera retardée chez l'enfant de la nourrice.

3° Si l'enfant de la nourrice n'est pas sevré, lors de l'arrivée du nourrisson, l'évolution dentaire sera retardée chez le nourrisson beaucoup plus que chez l'enfant de la nourrice. Le nourrisson n'aura ses premières dents que vers l'âge de douze, treize et quinze mois, tandis que l'enfant de la nourrice, victime aussi du double élevage, n'aura ses premières dents que vers huit ou dix mois.

Il est donc urgent, si on veut accorder une égale protection à ces deux enfants et sauvegarder deux existences si précieuses en ces temps de dépopulation, de ne permettre à une nourrice qui veut se procurer un nouveau-né à élever chez elle au sein, de ne pouvoir obtenir ce nourrisson que lorsque son enfant aura atteint l'âge de quatre mois accomplis.

Le Parlement et le Conseil d'État n'ont pas à intervenir dans cette question et un arrêté ministériel, motivé sur l'avis de l'Académie de médecine, suffit en la circonstance. Laissons les calendes aux Grecs.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des dyspepsies.

Contre la douleur :

Écorce de condurango blanco. . . 15 grammes.
Eau. . . . . 300 —

Faites macérer pendant douze heures et réduisez par ébullition à 150 grammes.

Une cuillerée à bouche trois fois par jour.

(Friedreich.)

Ou :

Écorce de condurango pulvérisée . . . . 15 grammes.
Acide chlorhydrique . . . . xv gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges amères . . . . 150 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

(Krauss.)

Contre l'anorexie :

Arséniate de soude soluble . 5 à 10 centigr.
Eau distillée . . . . 250 grammes.

2 à 3 cuillerées à café par jour.

(Debove et Rémond.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Essais sur la maladie de Basedow (1), par le docteur L. Gayme.

Pour l'auteur, la maladie de Basedow est une maladie nerveuse à localisation sympathique, apportant une perturbation morbide dans toutes les fonctions de l'économie.

Après un exposé historique, M. Gayme étudie la symptomatologie, l'étiologie et la pathogénie de cette maladie.

Il passe en revue les différentes théories proposées pour en donner l'explication : théorie cardiaque, théories de la compression des organes du cou, théorie de Riche, théories nerveuses, théories thyroïdiennes, théorie de Renaut, théorie hématogène, théorie de Moussu, théories sympathiques, théorie de Cyon. Il expose ensuite la physiologie basedowienne et est ainsi amené à traiter de l'anatomie physiologique et de la physiologie normale et pathologique du système sympathique. L'appareil thyroïdien est enfin l'objet d'une étude approfondie, et l'auteur termine son travail par des indications thérapeutiques rationnelles.

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Tableaux synoptiques de pathologie générale (1), par le docteur Coutance, ancien interne des hôpitaux.

L'idee de mettre la médecine en tableaux synoptiques a obtenu un grand succès auprès des étudiants comme auprès des praticiens. La collection Villeroy, qui comprenait déjà des « Tableaux synoptiques de pathologie interne », de « Pathologie externe », de « Diagnostic » et de « Thérapeutique », vient de s'accroître d'un nouveau volume : les « Tableaux synoptiques de pathologie générale » ; c'est essentiellement un livre de clinique.

L'auteur y passe successivement en revue : les causes des maladies ; les lésions anatomiques qu'elles produisent ; les signes cliniques qui les traduisent extérieurement ; la marche avec le diagnostic et le pronostic des affections ; et cela sous une forme éminemment claire et pratique.

Ces nouveaux tableaux synoptiques rencontreront auprès du public médical le même succès que les tableaux similaires déjà parus, qui ont déjà rendu de si grands services aux praticiens par gain de temps, et aux étudiants, à la veille des examens.

Manuel de technique microscopique appliquée à l'histologie normale et pathologique et à la bactériologie (2), par Ch. Morel, professeur agrégé, chargé du cours de bactériologie à la Faculté de médecine de Toulouse, et A. Soulié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, chef des travaux d'histologie.

Ce manuel est destiné aux étudiants en médecine et en particulier à ceux qui fréquentent les laboratoires de nos Facultés. C'est dire que les auteurs ont voulu faire un livre aussi pratique que possible ; leur but a été d'éviter aux commençants de longues et ennuyeuses recherches dans les gros traités techniques ou dans les mémoires originaux, et de leur épargner les tâtonnements qui découragent si souvent les meilleures volontés. Guidés par cette idée, au lieu de faire une longue et fastidieuse énumération de toutes les méthodes connues, une sorte de répertoire histologique dans lequel les gens du métier ont parfois des difficultés à se retrouver, MM. Morel et Soulié ont choisi, parmi tous les procédés usités, ceux qui leur ont paru les plus simples, les plus faciles et dont la pratique journalière du laboratoire leur avait permis de juger la valeur par la constance des résultats.

Si un procédé technique a d'autant plus de valeur qu'il est plus général, les auteurs n'ont pas pour cela négligé d'indiquer les méthodes particulières, celles employées par exemple pour l'étude du système nerveux, qui ont une importance de premier ordre.

Les auteurs ont jugé avec raison inutile de commencer par la description du microscope et des instruments employés dans les laboratoires dont on trouve la description dans les catalogues de tous les bons fabricants.

En écrivant ce manuel, MM. Morel et Soulié ont admis comme principe d'éliminer tout procédé qu'ils n'avaient pu expérimenter ou dont les résultats sont infidèles ; persuadés qu'éviter à nos jeunes étudiants les échecs du début, c'est déjà leur inspirer le goût des recherches microscopiques.

(1) Gr. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Guide pratique pour les analyses de chimie physiologique (1), à l'usage des médecins, pharmaciens et chimistes, par le docteur F. MARTZ, pharmacien de première classe, chef des travaux de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. Préface de M. le professeur LÉPINE.

Les analyses chimiques sont aujourd'hui un des éléments du diagnostic auxquels la médecine recourt le plus souvent. En écrivant son « Guide pratique pour les analyses de chimie physiologique », le but de M. Martz a été de réunir les procédés purement pratiques employés pour l'analyse des principaux produits physiologiques soit, au point de vue; médical, soit pharmaceutique, soit médico-légal, soit alimentaire; mais il a surtout insisté sur l'analyse des produits de l'organisme dans le but de faciliter le diagnostic et le traitement des maladies.

M. Martz passe successivement en revue les divers liquides physiologiques : urine, suc gastrique, sang, lait, bile, salive, etc. Un chapitre complet est consacré à l'analyse des calculs.

Sous le nom de matières albuminoïdes et ferments solubles, M. Martz a réuni un certain nombre de produits physiologiques employés soit comme médicaments, soit comme aliments.

Enfin il a donné un certain nombre de tableaux indiquant la composition des produits physiologiques, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique; modèles de rapports d'analyses que les pharmaciens et chimistes apprécieront.

Les procédés que l'auteur donne ont été essayés et étudiés dans tous leurs détails, au laboratoire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Lyon, sous la direction de M. le professeur Lépine, qui fait dans une préface l'éloge de ce « livre consciencieux ».

Essai sur la cure préventive de l'hystérie féminine par l'éducation (2), par Mlle Georgette DÉGA, docteur en médecine.

L'auteur s'est proposé d'étudier la part de certains facteurs dans l'évolution morbide qui, chez la jeune fille en particulier, aboutit à cet état nerveux si complexe qu'on appelle l'hystérie. Mlle Déga a cherché si, par une direction particulière de tous les instants donnée à la petite fille, puis à la jeune fille, on ne pourrait pas modifier les dispositions héréditaires ou acquises qui favorisent le développement de l'hystérie.

Elle appelle sur cette question l'attention de tous ceux qui ont charge d'éducation, en particulier celle des mères, éducatrices naturelles des enfants, et des personnes appelées à se substituer à elles.

Les indications préventives données par l'auteur se résument dans l'éducation de la volonté; mais il est fait appel surtout au tact et à la finesse des mères de famille pour l'application des pricipes exposés dans cet ouvrage.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 JUIN 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 5 JUIN 1899, à une heure. — 4e : MM. Fournier, Gaucher et André ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Lejars et Legueu ; — (2e série) : MM. Blum, Humbert et Delbet; — (2e partie) : MM. Hayem, Lancereaux et Dupré ; — M. Walther, suppléant.

MARDI 6 JUIN, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (1re série) : MM. Proust, Troisier et Desgrez; — (2e série), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Thoinot et Thiroloix ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Richelot et Poirier ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Grancher, Debove et Achard ; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 7 JUIN, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Widal et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Delbet et Sébileau; — (2e série) : MM. Humbert, Poirier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Gaucher ; — M. Legueu, suppléant.

VENDREDI 9 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Broca (André), suppléant.

A une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette et Thoinot; — M. (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Reclus et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Grancher, Widal et Wurtz ; — M. Sébileau, suppléant.

SAMEDI 10 JUIN, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Vaquez et Langlois ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Richelot et Albarran ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Ménétrier et Achard; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. André, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

280. M. PUYAUBERT. Contribution à l'étude de la pathogénie des fibromes de la paroi abdominale. — 281. M. NICOLAS. Luxations traumatiques du testicule. — 282. M. LECHAUX. Contribution à l'étude des sarcomes du maxillaire supérieur. (Etude clinique et traitement.) — 283. M. THIRIET. Contributiion à l'étude des adénopathies dans les maladies du larynx. — 284. M. WEILL. De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la grossesse. — 285. M. JOANIN. Essai de toxicologie comparée de quelques azols. — 286. M. FAURE. Essai sur le traitement du lupus par la nouvelle tuberculine (tuberculine T.-R.) de Koch. — 287. M. BIDAULT. Les superstitions médicales du Morvan. — 288. Mlle EVREINOFF. Contribution à l'étude des fractures par le massage et la déambulation. — 289. M. MAGREZ. Tumeur papillaire de la trompe. — 290. M. VLACHANIS. Études expérimentales sur les divers traitements du goitre exophtalmique. — 291. M. LE GUERN. Contribution à l'étude du traitement des fractures obliques de la jambe. — 292. M. GUÉRIN. Les différentes manifestations de la pensée. — 293. M. HASLÉ. Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie. — 294. M. CESTAN. Syndrome de Little. — 295. M. NIGAY. Les polypes de l'intestin grêle. — 296. M. LEGRAND. La grindelia robuste; son pouvoir thérapeutique, en particulier dans la coqueluche. — 297. M. CHOUET. Traitement de l'hypospadias par les greffes de Thiersch (procédé de Nové-Josserand). — 298. M. SALMON. Glycogène et leucocytes. — 299. M. FERRARI. Une chaire de médecine au XVe siècle. Grammatteo Ferrari da Grado, professeur à l'Université de Pavie, de 1432 à 1472. — 300. M. GUYOT.

(1) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Contribution à l'étude des psychoses post-opératoires. — 301. M. Lardennois. Traitement chirurgical du cancer du gros intestin. — 302. M. Veeck. L'hémoglobinurie paroxystique essentielle. — 303. M. Delmond-Bebet. Influence des lésions du cotyle et de l'os iliaque sur la marche de la coxalgie. — 304. M. Gourarj. Contribution à l'étude des kystes épidermiques des doigts de la main. — 305. M. Camus. Contribution à l'étude de l'actynomycose dans la région dijonnaise. — 306. M. Birman. Du pharynx spacieux et de ses rapports avec les adhérences palato-pharyngiennes au cours de la syphilis acquise. — 307. M. Chaillous. Etude sur le tétanos à frigore. — 308. M. Abram. Contribution à l'étude sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère simple perforant du tube digestif. — 309. M. Picard. Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la fosse cérébrale moyenne. — 310. M. Markuzewski. Contribution à l'étude de la spondylose rhyzomélique. — 311. M. Olivier. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire au cours de la grippe. — 312. M. Bringeon. Contribution à l'étude de la prophylaxie des maladies évitables principalement dans les campagnes. — 313. M. Vialard. Troubles nerveux cardio-pulmonaires consécutifs aux affections stomacales. — 314. M. Nobécourt. Recherches sur la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants. — 315. M. Schæfer. L'ulcération des piliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde. — 316. M. Estrabant. Les faux urinaires. — 317. M. Giffard. Mal perforant plantaire par névrite traumatique et en particulier par gelures et brûlures. — 318. M. Branca. Recherches sur la cicatrisation épithéliale. — 319. M. Turquet. Dyspepsie et neurasthénie ou de la neurasthénie dyspeptique. — 320. M. Bréal. Contribution à l'étude de la galactophorite. — 321. M. Coste. De la diazoréaction dans l'érysipèle. — 322. M. Pichard. Sur les déformations des doigts survenant au cours de certaines maladies de l'appareil respiratoire. — 323. M. Chicotot. Des pansements simples dans quelques maladies communes de la peau, dermites artificielles eczémateuses et suppuratives. — 324. M. Leseille. Contribution à l'étude des mamelles et mamelons surnuméraires. — 325. M. Merlet. De l'hystéropexie vaginale pour les rétrodéviations utérines (description du procédé de Richelot). — 326. M. Portillo. Une observation de plaie de la veine fémorale au cours de la kélotomie crurale. — 327. M. Hamon. Contribution à l'étude des ostéomyélites costales aiguës. — 328. M. Gilbert. Etude sur l'opothérapie ovarienne et aménorrhée-dysménorrhée. — 329. M. Bézier. Fracture et consolidation tardive des pseudarthroses. Traitements employés. — 330. M. Morard. Du rôle des sels minéraux de l'organisme dans les phénomènes de nutrition et de défense contre l'infection. Traitement de la tuberculose par la minéralisation au moyen des injections sous-cutanées de sérum artificiel à petites doses. — 331. M. Robert. Contribution à l'étude du purpura dans la fièvre typhoïde. — 332. M. Fortunet. Contribution à l'étude des affections de la région sous-glottique du larynx. — 333 M. Vouzelle. De la colite muco-membraneuse. — 334. M. Dauban. De l'intervention précoce dans les plaies du globe oculaire. — 335. M. Riquoir. Étude comparée des résultats de la symphyséotomie et de l'opération césarienne dans les bassins viciés. — 336. M. Gamet. Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du nerf cubital dans les fractures de la gouttière épitrochlée-olécranienne. — 337. M. Lombart. Essai sur les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et des cavités de l'oreille moyenne dans les otites suppurées dermiques. — 338. M. Déboulet. Intervention précoce dans les contusions de l'abdomen. — 339. M. Pissot. Essai sur les glandes du conduit auditif externe (glandes dites cérumineuses). — 340. M. Grillon. Les leucocytes dans la chlorose et l'anémie pernicieuse progressive. — 341. M. Élias. La transplantation des tissus. — 342. M. Mignon. De l'ostéotomie dans les ankyloses vicieuses concernant la coxalgie. — 343. M. Angelergues. Contribution à l'étude des pseudarthroses de l'humérus. — 344. M. Grimpret. De la pilocarpine en thérapeutique oculaire et en particulier dans les kératites interstitielles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours d'accouchement est définitivement composé de MM. Bouilly, Lepage, Bar, Boissard, Lucas-Championnière, Thibierge et Reynier.

— Par décision ministérielle, en date du 27 mai 1899, M. Mercier, médecin principal du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer, sur le *Carnot* (escadre de la Méditerranée), M. le docteur Doué.

M. Grisolle, médecin principal du cadre de Cherbourg, est désigné, sur sa demande, pour remplacer à la fonderie de Ruelle M. le docteur Le Texier.

M. Brou-Duclaud, médecin principal du cadre de Rochefort, est désigné pour servir au 1er régiment de tirailleurs malgaches, à Madagascar, au lieu et place de M. le docteur Delisle.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 26 juin 1899, à neuf heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 18 juin 1899. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, bureau du personnel, premier étage.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français, sans limite d'âge.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delarocheaulion (d'Évian) ; Letinois, médecin de la marine ; Mayor (de Genève).

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagne P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 4 juin 1899.*

Départ de Paris, 9 h. 32 matin ; retour, minuit 9.

Prix (tous frais compri)s : 1re classe, **18** fr. ; 2e classe, **16** fr. ; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance, par J. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (3e édition). In-8°. — Prix : 20 francs. — Paris, Ruef et Cie.

Manuel de technique microscopique appliquée à l'histologie normale et pathologique et à la bactériologie, par MM. Ch. Morel et A. Soulié. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Des indications des eaux minérales alcalines dans les diabètes sucrés, par le docteur Bouchinet, médecin consultant de Royat. Un vol. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 24 JUIN 1899

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement, gazes* et *cotons antiseptiques, mackintosh, protective*, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er juillet 1899.

Ces fournitures sont évaluées approximativement :

1er et 2e lots. *Gazes iodoformées et au salol*, 51000 fr. par lot.

3e et 4e lots. *Coton au salol et boriqué, mackintosh, protective, lint boriqué*, 17000 fr. par lot.

5e et 6e lots. *Coton hydrophile*, 30000 kilogs par lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 61. — JEUDI 1er JUIN 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 1er JUIN 1899. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

AVIS

Les bureaux du journal sont transférés, 49, rue Saint-André-des-Arts.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Renaut (de Lyon) a fait, malheureusement en fin de séance et presque devant les fauteuils vides, une communication très intéressante sur les injections rectales de liquides arsenicaux. On sait tous les bienfaits que l'on peut retirer, dans certains cas, de la médication arsenicale ; mais on sait aussi combien il est parfois difficile de faire tolérer l'arsenic et de pouvoir l'administrer pendant assez longtemps pour obtenir le résultat cherché. L'année dernière, M. Lancereaux communiquait à l'Académie plusieurs cas d'intoxication par l'arsenic observés chez des malades qui, d'eux-mêmes, avaient eu recours à la médication arsenicale pendant un temps plus ou moins long. M. Renaut a eu l'idée d'administrer ces préparations arsenicales par l'intestin. Il s'est d'abord servi d'une solution de liqueur de Fowler, puis d'un nouveau produit expérimenté par M. Armand Gautier, le cacodylate de sodium, produit dérivant d'une combinaison arsenicale organique, très soluble, facilement dialysable et absorbable et dépourvu de toute toxicité. Comme agent d'épargne, le cacodylate de sodium a donné à M. Renault les meilleurs résultats, employé en injections rectales ou sous-cutanées, dans la première période de la tuberculose localisée, dans le diabète, dans la maladie de Basedow, dans la chlorose et surtout dans la leucémie, en un mot dans tous les cas où, en vertu d'un mouvement déperditeur, la nutrition interstitiel devient hyperactive et aboutit à un mouvement de désassimilation excessif. Il semble donc y avoir, dans ce nouveau produit, une ressource thérapeutique précieuse, sur laquelle, d'ailleurs, M. Armand Gautier reviendra dans la prochaine séance.

M. Dieulafoy a fait une communication sur le traitement des kystes hydatiques du foie. On connaît le faible, évidemment bien justifié, de M. Dieulafoy pour la chirurgie. Aussi pouvait-on s'attendre à ce que, avec la plupart des chirurgiens modernes, il préconisât l'incision, par laparotomie, des kystes hydatiques du foie. Eh bien! il n'en est rien. M. Dieulafoy, moins que personne, ne pouvait oublier qu'il y a une trentaine d'années il a été inventé un appareil fort ingénieux, l'aiguille aspiratrice, permettant d'évacuer facilement et sans danger toutes les cavités kystiques. C'est à cette ponction aspiratrice, pratiquée avec l'aiguille n° 2, que M. Dieulafoy donne la préférence pour le traitement de la grande majorité des kystes hydatiques, réservant la laparotomie avec incision et ablation pour les kystes anciens, très volumineux, susceptibles d'adhérences ou infectés. Comme toujours, M. Dieulafoy appuie ses conclusions sur de nombreux faits cliniques.

M. Lancereaux a présenté deux malades atteints de cette forme d'aortite qu'il désigne sous le nom d'aortite en plaques et à laquelle il attribue une origine paludéenne. On trouvera au compte rendu un résumé de ces deux intéressantes observations. Signalons seulement ici que l'un de ces deux malades, qui présentait un gros anévrysme, a été très amélioré par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné à 2 p. 100.

Enfin, M. Laveran a fait un rapport sur un travail de M. Roché (de l'Yonne), relatif à la disparition de l'endémie palustre en Puissaye. A ce propos, M. Laveran fait observer que partout, en France, le paludisme est en décroissance. Ce n'est pas là une des moindres conquêtes de l'hygiène.

L'Académie a élu deux membres correspondants nationaux, MM. Vincent, médecin de la marine, et Coyne (de Bordeaux).

RUPTURE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

ET ABCÈS PRÉVÉSICAL D'ORIGINE PUERPÉRALE

Par le docteur P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Le 25 février dernier, je fus appelé à Mauguio auprès d'une jeune femme, sur laquelle mon confrère et ancien élève, le docteur Vailhé, me fournit les renseignements que je rapporte ici.

Agée de vingt-trois ans, primipare, Mme X... n'offre aucun antécédent héréditaire digne d'être relevé. Elle a accouché après une grossesse conduite normalement à terme le 1er février : le travail a débuté le 30 janvier, à six heures du soir, par la rupture précoce des membranes ; les douleurs se sont montrées presque aussitôt, mais très espacées au début, et n'ont pris quelque intensité, en même temps qu'elles devenaient plus fréquentes, que dans la journée du 31. A dix heures du soir, la dilatation était complète. Mais bien qu'il

s'agisse d'une présentation du sommet en G.A. et que la tête soit engagée, la terminaison du travail se fait encore attendre assez longtemps; ce que voyant, la sage-femme, qui présidait à l'accouchement, crut devoir faire mettre la parturiente en travers du lit, les deux pieds appuyés sur une chaise, dans l'espoir que cette attitude favoriserait les douleurs d'expulsion. Il y avait à peine quelques minutes que la femme était en position obstétricale, lorsque brusquement, au cours d'un effort énergique accompagnant une contraction utérine, elle perçut au niveau de la symphyse pubienne une sensation très nette de craquement en même temps qu'elle éprouvait une douleur atroce. Et tout aussitôt était expulsé un enfant vivant, du sexe masculin, de moyen volume (1er février, quatre heures du matin). La délivrance s'effectua sans incident. Ni avant, ni pendant l'accouchement, pas plus que dans les premiers jours qui suivirent, aucune précaution d'antisepsie ne fut prise par la sage-femme.

Six jours plus tard, comme la douleur au niveau des pubis persistait toujours très vive, comme les mouvements des membres inférieurs étaient impossibles depuis l'accouchement, on pria le docteur Vailhé de voir la malade. Il recueillit les renseignements que je viens de donner et fit les constatations suivantes :

État général assez satisfaisant. Température, 38 degrés. Légère fétidité des lochies. Le ventre est souple et n'offre nulle part de sensibilité. Mais quand la main arrive au niveau des pubis, elle provoque une douleur tellement vive que l'exploration de la région est rendue absolument impossible. Point de modifications appréciables à la vue. Les membres inférieurs, dont l'impotence est à peu près absolue, sont portés en rotation externe; si l'on essaie de fléchir un peu la cuisse sur le bassin, on détermine aussitôt au niveau des pubis de la douleur, qui oblige vite à s'arrêter dans les tentatives. Prescriptions : injections vaginales au sublimé; repos au lit.

Mais ni l'une ni l'autre de ces recommandations ne furent suivies : la sage-femme jugea les injections vaginales inutiles et, après avoir traité sa cliente de paresseuse et de douillette, ne tarda pas à l'engager à se lever. Péniblement, en s'appuyant sur le dossier de deux chaises, la malade, pour se conformer à ces peu sages conseils, essaya de faire quelques pas dans la chambre. Mais, au bout de quelques jours, la marche, loin de s'améliorer, restait toujours aussi difficile, la douleur de la symphyse allait en augmentant, des frissons se produisirent, d'abord légers, puis de plus en plus intenses; si bien que, le 18 février, se sentant dans l'impossibilité de quitter le lit, la malade fit de nouveau appeler le docteur Vailhé.

En découvrant l'abdomen, on voit au-dessus de la symphyse pubienne une légère tuméfaction, un peu plus étendue du côté gauche que du côté droit de la ligne médiane, douloureuse à la pression, dure, n'offrant en aucun point de fluctuation. Les autres régions de l'abdomen restent souples et indolores. L'écoulement lochial est abondant et d'odeur fétide. La température est de 39 degrés le soir; à quatre heures, grand frisson. Injections vaginales au sublimé; onguent mercuriel sur la tuméfaction de l'hypogastre; sulfate de quinine.

Au bout de trois jours la fétidité des lochies a totalement disparu; mais la fièvre et les frissons vont toujours en augmentant et la tuméfaction dépasse la symphyse pubienne de quatre travers de doigt. Le 25 février quand pour la première fois je vis la malade, voici ce qu'à mon tour je constatai :

La paroi abdominale au niveau de la région hypogastrique est soulevée par une tumeur dont les contours, déjà très appréciables à la vue, sont encore plus nettement délimités par le palper. Rappelant par sa forme le chapeau de gendarme, cette tumeur a sa base dirigée parallèlement aux branches horizontales du pubis, derrière lesquelles elle semble s'enfoncer; son sommet arrondi se trouve un peu à gauche de la ligne médiane à quatre bons travers de doigt au-dessus de la symphyse; à gauche aussi la tumeur est plus saillante et se prolonge un peu plus sur les parties latérales qu'à droite : l'angle inférieur droit se trouve à trois travers de doigt de la ligne médiane, celui de gauche à quatre. Cette tumeur est dure, tendue, douloureuse. Les parties voisines, la région prépubienne, les organes génitaux externes ont leur aspect normal et ne sont le siège ni de tuméfaction, ni d'œdème.

En pratiquant le toucher vaginal, on sent très haut derrière le pubis la base de la tuméfaction. L'exploration de la symphyse pubienne ne permet pas de sentir un écartement anormal des surfaces articulaires. L'utérus encore volumineux et lourd est facilement mobilisable; les culs-de-sac sont absolument libres. Pas de promontoire. Cette exploration ne provoque pas de douleur; il en est de même de la palpation effectuée dans les divers points de l'abdomen autres que celui occupé par la tumeur.

Quoique la malade soit en proie à une forte fièvre (39°7), l'état général se maintient assez bon : les fonctions digestives se sont jusqu'ici régulièrement accomplies, malgré quelques nausées apparues depuis deux jours; les urines présentent leur aspect normal; il n'y a jamais eu de trouble de la miction.

Je portai le diagnostic rétrospectif de rupture de la symphyse des pubis; actuellement nous avions affaire à un phlegmon prévésical. Bien que la ponction de la tumeur avec une seringue de Pravaz soit restée négative, l'existence du pus ne faisait, pour moi, pas de doute.

Au bout de quatre jours, pendant lesquels la température oscilla entre 38°5 le matin et 40 degrés le soir, mon confrère me rappelait auprès de sa cliente pour pratiquer l'ouverture de l'abcès. Le 1er mars, après avoir pris les précautions antiseptiques habituelles et sous anesthésie, je fis, un peu à gauche de la ligne médiane, sur le point le plus saillant de la tumeur, une longue incision verticale, qui me conduisit, après avoir traversé, couche par couche, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le muscle grand droit de l'abdomen, dans une vaste cavité de laquelle s'échappa une abondante quantité de pus. En introduisant le doigt derrière le pubis, je pus me rendre compte de la parfaite intégrité de l'articulation et des surfaces osseuses avoisinantes. Lavage de la poche, dans laquelle deux drains sont laissés à demeure; deux points de suture diminuent la longueur de l'incision; pansement antiseptique.

Les suites de l'intervention ont été des plus simples : dès le lendemain, la température descendait à la normale; les frissons ne se reproduisent plus, et l'appétit, disparu ces derniers jours, commence à revenir. Le 4 mars, le pansement souillé de pus est changé; le 14, on supprime les drains et le 20, la malade se lève pour la première fois. Le 1er avril, l'ouverture de l'abcès étant complètement fermée, la malade fait sa première sortie : la marche s'effectue sans aucune difficulté; l'embonpoint est revenu et la guérison est complète.

De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement, de la production pendant les suites de couches d'un abcès prévésical, cette observation tire un double intérêt.

I. Bien que je n'aie pu constater l'écartement des surfaces articulaires, je n'ai pas cru cependant devoir mettre en doute la disjonction des pubis : l'époque relativement éloignée de l'accouchement (25 jours), où l'exploration de la symphyse a été pratiquée, explique l'absence d'hiatus inter-

pubien, au moment de mon examen. D'un autre côté, nous retrouvions dans l'histoire de la malade tous les symptômes qui accompagnent la séparation des surfaces articulaires des pubis : craquement perçu par la femme, douleur vive et subite, terminaison rapide de l'accouchement contrastant avec l'inefficacité des efforts jusque-là déployés, impotence et attitude spéciale des membres inférieurs portés en rotation externe, réveil de la douleur dans les jours qui suivent par les mouvements provoqués des membres et par les tentatives d'exploration de la région pubienne, tous ces signes habituels de la disjonction de la symphyse se rencontrent ici réunis.

Or, cette disjonction des pubis constitue une complication peu commune de l'accouchement : sur 30000 accouchements faits à la Maternité de Vienne, R. Braun n'en a relevé que 3 cas. Malgré sa vaste expérience, Tarnier, cité par Bonnaire (1), n'en aurait observé, tant dans sa pratique privée qu'à la Maternité, qu'un seul exemple pendant une céphalotripsie. A la clinique d'accouchements Baudelocque on n'en a constaté aucun cas depuis juillet 1889, date de sa fondation (2).

Les circonstances, dans lesquelles la diastasis de la symphyse pubienne s'est produite, diffèrent de celles que l'on trouve mentionnées dans le plus grand nombre des observations. La disproportion entre le volume du fœtus et la capacité du bassin d'une part, de l'autre l'extraction artificelle du fœtus, particulièrement à l'aide du forceps, telles sont les deux grandes causes invoquées pour expliquer les ruptures de la symphyse survenues au cours de l'accouchement; dans la presque totalité des faits publiés l'existence d'un rétrécissement pelvien est consignée (Bonnaire); sur 23 cas de ruptures de la symphyse des pubis, Havajewicz note 16 applications de forceps. A l'inverse de ce qui se rencontre habituellement, dans le cas que nous venons de relater, le bassin possédait ses dimensions normales, et l'accouchement s'était terminé tout spontanément par la naissance d'un enfant de très ordinaire volume.

II. Peu nombreux encore sont les faits d'abcès de la cavité de Retzius d'origine puerpérale.

Dans sa thèse d'agrégation, Bouilly (3) n'en rapporte que 7 cas empruntés à Boyer, à Desgranges, à Macotte, à Gordon, à Gillette, à Saint-Blaquez et à Lepelettier.

Ainsi qu'en témoigne le travail de Rudaux, qui, sur 98 cas de rupture des pubis, consécutive à l'accouchement, en compte 23 compliqués d'abcès, la suppuration du foyer de diastasis s'observerait dans des proportions relativement élevées. Mais tantôt la suppuration est restée localisée à la jointure, tantôt elle a envahi le tissu cellulaire pré-pubien, pour gagner de là les organes génitaux externes ou la région inguinale, tantôt le pus a fusé dans le tissu cellulaire pelvien. Huit fois seulement il semble bien, soit d'après les constatations faites au cours de l'opération (observations de Rudaux et de Durhssen), soit d'après les détails relevés à l'autopsie (observations de Kostlin, de Moreau, de Greuser, de Murat, de Stolz, de Cayla) que la cavité prévésicale de Retzius est devenue, secondairement à la rupture et à l'inflammation de la symphyse, le siège d'un abcès.

En joignant ces 8 faits aux 7 rapportés par Bouilly, et en y ajoutant le nôtre, on arrive à un total de 16 cas de phlegmons prévésicaux d'origine puerpérale.

Pour en expliquer la formation, on peut invoquer, dans le cas où l'abcès s'est produit consécutivement à une rupture de la symphyse, la propagation au tissu cellulaire prévésical d'une inflammation primitivement développée dans la jointure pubienne : la coexistence de lésions plus ou moins graves de l'articulation notées dans la plupart des observations, destruction du fibro-cartilage interarticulaire (Cayla, Stolz), dénudation et rugosités des surfaces osseuses (Murat), élimination lors de l'ouverture de l'abcès, de lambeaux périostiques auxquels adhèrent des fragments osseux (Duhrssen), rend cette interprétation parfaitement plausible. Dans les cas où le phlegmon a été constaté en dehors de toute rupture de la symphyse, l'infection partie de l'utérus s'est localisée dans le tissu cellulaire de la loge prévésicale, que les agents septiques peuvent envahir au même titre que les divers points du tissu cellulaire pelvien.

Quoique, dans le fait par nous recueilli, la formation de l'abcès ait été précédée de diastasis pubienne, il ne semble pas, cependant, qu'on doive attribuer à cette dernière un rôle autre que celui d'une cause occasionnelle. Pour qu'il en fût différemment, pour pouvoir rapporter à l'arthrite symphysienne le phlegmon prévésical, il nous aurait fallu constater, en même temps que les signes de l'inflammation de la cavité de Retzius, les signes qui accompagnent la suppuration de l'articulation pubienne. Or, non seulement nous notons l'absence de toute tuméfaction de la région, de gonflement et d'œdème, des organes génitaux internes, d'abcès dans les grandes lèvres et au niveau des plis inguinaux, mais encore et surtout, au cours de l'intervention, nous pouvons nous assurer que l'articulation des pubis et les surfaces osseuses n'offraient pas la moindre altération.

En somme, il s'agit ici, tout comme dans les cas où il n'y a point eu au préalable rupture de la symphyse, d'un phlegmon de la cavité de Retzius ayant pour origine une infection née dans l'utérus et propagée de là au tissu cellulaire prévésical.

Quant à la disjonction des pubis, elle doit, à notre avis, intervenir seulement pour expliquer la localisation, si rarement observée à la cavité de Retzius, de l'infection puerpérale. N'est-elle pas aujourd'hui chose bien démontrée par la clinique et par l'expérimentation, cette action du traumatisme déterminant, sur le point où il porte, la venue et le développement des agents microbiens, répandus dans la circulation ou même simplement localisés en une région plus ou moins distante? Lésé du fait de la rupture pubienne, le tissu cellulaire prévésical est devenu un excellent milieu de culture pour les microbes apportés à l'intérieur de la cavité utérine, au cours d'un accouchement conduit sans aucun soin antiseptique.

(1) BONNAIRE, in *Traité d'accouchements* de Tarnier et Budin, t. III, p. 351.

(2) RUDAUX. *De la rupture de la symphyse pubienne*, Th. de Paris, 1898, p. 18.

(3) BOUILLY. *Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale*, Th. d'agrég., Paris 1880.

MÉDECINE PRATIQUE

L'iodure de potassium en lavement.

Toutes les fois que l'iodure de potassium n'est pas toléré par l'estomac, M. le professeur Kirstein (de Berlin) administre ce médicament par la voie rectale.

Avec une seringue ordinaire, munie d'un embout en

caoutchouc, le malade s'injecte dans le rectum, trois fois par jour, 10 centimètres cubes de la solution suivante :

Eau distillée. . . . . 200 grammes.
Iodure de potassium. . . . . 8 à 10 —

Comme cette solution ne demande pas à être chauffée avant d'être injectée dans le rectum, ces petits lavements se prennent aussi commodément qu'une pilule ou une potion.

Il arrive quelquefois, au début, qu'après avoir pris son lavement, le malade ressent le besoin d'aller à la selle. Il va de soi que ce besoin doit être réprimé. Du reste, pour établir une accoutumance, on peut débuter par des solutions moins fortes de médicament.

Les malades de M. Kirstein ont pu prendre ces lavements pendant des mois, sans qu'il fût survenu de troubles du côté du rectum. Ajoutons que l'administration de l'iodure de potassium, par la voie rectale, ne met pas à l'abri des accidents d'iodisme. (*Presse méd.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la migraine.

Prendre toutes les demi-heures un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude. . . . } *ââ* 50 centigr.
Antipyrine . . . . }

Pour un cachet n° 6. De deux à quatre par jour.

Ou :

Antipyrine . . . . 50 centigr.
Citrate de caféine . . . . 10 —
Sulfate de spartéine . . . . 2 —

Pour un cachet n° 10. Deux à quatre par jour.

Le soir prendre une pilule contenant :

Extrait de belladone. . . . }
Poudre de belladone. . . . } *ââ* 1 centigr.
Podophyllin. . . . . }

Pour une pilule n° 10.

(GRASSET.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1899. — Présidence de M. PANAS.

RAPPORT

Disparition du paludisme en Puysaie. — M. LAVERAN fait un rapport sur un travail de M. Roché (de Toucy) [Yonne], dans lequel l'auteur étudie la marche du paludisme dans cette région et sa disparition progressive.

Cette disparition de l'endémie palustre en Puysaie est en concordance avec beaucoup d'autres faits qui montrent que, partout en France, le paludisme est en décroissance.

Les grands travaux publics exécutés en Puysaie depuis trente ans, la culture intensive du sol et les progrès de l'hygiène ont joué certainement, dans cette région, comme sur beaucoup d'autres points, un rôle important dans la disparition des fièvres, mais ce rôle est indirect et par suite difficile à apprécier.

On ne pourra se rendre compte exactement du mode d'action des causes qui aggravent l'endémie palustre dans une localité, qui l'atténuent ou qui la font disparaître que lorsqu'on connaîtra bien les conditions dans lesquelles les microbes du paludisme vivent et se reproduisent en dehors du corps humain. A ce point de vue, une étude approfondie des moustiques s'impose dans toutes les localités palustres.

PRÉSENTATION DE MALADES

Aortite paludéenne. — M. LANCEREAUX présente deux malades.

Le premier est un homme de trente-sept ans qui est atteint d'une aortite de la première portion de l'aorte, aortite en plaques ou aortite paludique ainsi que l'a désignée M. Lancereaux. Cet homme avait toujours été bien portant et n'a jamais eu de syphilis. Il a fait son service militaire au Tonkin où il est resté deux ans et où il a contracté des fièvres palustres. Rentré en France, il a encore parfois des accès de fièvre intermittente. En 1875, il fut pris de douleurs névralgiques des premiers nerfs intercostaux avec irradiations dans les bras. Pas d'angine de poitrine. Pendant l'été de 1898, apparition d'une tumeur pulsatile au niveau de la poignée du sternum.

Au moment où ce malade entre dans le service de M. Lancereaux, en octobre 1898, l'anévrysme avait le volume d'une mandarine, la poche est molle, dépressible, et animée de battements d'expansion. Le malade se plaint de douleurs intercostales et, au moindre effort, ou à l'occasion d'une émotion, il ressent une douleur précordiale, un serrement accompagné d'oppression et de palpitations. La voix est rauque, il tousse quand il est couché sur le dos; la toux est aboyante. Le cœur n'est pas augmenté de volume, il n'y a pas d'artério-sclérose, pas de polyurie nocturne.

Comme traitement, M. Lancereaux a recours aux injections sous-cutanées de 100 centimètres cubes de solution gélatineuse à 2 p. 100. Dès les premières injections, la poche durcit, les douleurs se calment, la toux cesse. Après 24 injections, la poche est devenue ferme, ne présente plus de mouvements d'expansion. Un jour, le malade s'étant refroidi, à la suite d'une quinte de toux violente, il ressentit une vive douleur dans la poitrine et l'on vit apparaître à droite de l'ancienne tumeur une nouvelle petite tumeur, très molle. Après de nouvelles injections de gélatine, cette poche s'est, elle aussi, remplie de caillots. Ce malade a reçu, en tout, 36 injections de gélatine en sept mois.

Le second malade présenté par M. Lancereaux est un homme de quarante-huit ans, sans antécédents pathologiques, ayant fait son service militaire en Cochinchine où il est resté trois ans et où il a contracté la fièvre palustre. Rentré en France, il a eu plusieurs accès de fièvre intermittente. En 1891, première crise d'angine de poitrine, caractérisée par une sensation de striction à la région précordiale avec angoisse et oppression, palpitations, douleurs irradiant dans les deux bras, principalement dans le gauche. Depuis lors, jusqu'en 1895, ce malade eut toutes les nuits des crises semblables. Le cœur est énorme et à l'auscultation on entend, au niveau de l'aorte, un double souffle. Comme traitement, régime lacté et 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Depuis 1895, il n'a plus de crises d'angine de poitrine et il a pu reprendre son travail. Le double souffle aortique persiste encore. A plusieurs reprises, son cœur a faibli et il a eu les jambes enflées, mais quelques pilules contenant de la digitale l'ont vite remis.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux. Au premier tour de scrutin, M. Vincent est élu par 52 suffrages et en second lieu, M. Coyne, par 48 suffrages.

COMMUNICATION

Kyste hydatique du foie — M. DIEULAFOY relate l'observation d'un malade, entré dans son service avec tous les signes d'un kyste hydatique du foie. Il avait de vives douleurs, la température était de 38 degrés, ce qui semblait indiquer que le kyste était en train de s'infecter. En pré-

sence de cette complication, il ne restait qu'une chose à faire, la laparotomie ou l'excision de la poche kystique. M. Marion, chef de clinique de M. Duplay, pratiqua cette opération. Il fit une incision sur le côté droit de l'abdomen, arriva sur le kyste, le ponctionna, en retira trois litres d'un liquide louche, purulent, excisa la poche et fit la marsupialisation de la paroi du kyste. Le malade guérit. La chirurgie possède de nombreux cas de ce genre.

Un enfant, d'environ onze ans, présente tous les caractères d'un kyste hydatique du foie, mais sans fièvre, sans élévation de température. On fait, dans ce kyste, une ponction avec l'aiguille n° 2, on retire 800 grammes de liquide clair, contenant des échinocoques. Cet enfant a été rapidement guéri et est resté guéri.

Voilà donc deux cas de kystes hydatiques du foie traités, l'un par la laparotomie, la grande opération chirurgicale, l'autre, par une simple ponction, et tous deux très bien guéris. Dans quels cas devra-t-on se contenter de la ponction? C'est ce que M. Dieulafoy veut étudier dans cette communication.

La ponction aspiratrice des kystes hydatiques du foie a été trop délaissée depuis que la chirurgie a su rendre l'incision du ventre si peu dangereuse. Or, la première observation des ponctions aspiratrices d'un kyste du foie date de 1870. Elle a été pratiquée par M. Dieulafoy dans le service de M. Gübler. Il s'agissait d'une jeune femme qui était atteinte d'un volumineux kyste hydatique du foie. Elle fut ponctionnée avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy, et elle guérit.

En 1872, M. Liberman, médecin militaire, appelle M. Dieulafoy dans son service, au Gros-Caillou, auprès d'un militaire qui était atteint d'un kyste hydatique du foie. M. Dieulafoy ponctionne ce kyste, en retire 1500 grammes de liquide, et ce malade guérit fort bien. En 1882, M. Vica (de Montevideo) adresse à M. Dieulafoy un malade atteint d'un énorme kyste hydatique du foie, sans fièvre, sans complications. M. Dieulafoy propose la ponction à ce malade qui, auparavant, voulut aller consulter d'autres médecins en Allemagne et en Espagne. Il revient six semaines après avec son kyste enflammé. M. Dieulafoy lui déclare alors qu'il n'y avait plus qu'une chose à faire, l'ouverture du ventre. Le malade s'y refuse et exige qu'on essaye d'abord de la ponction. M. Dieulafoy le ponctionne, retire 1450 grammes de liquide louche. Il restait un autre kyste qui fut également ponctionné, et, contre toute attente, le malade a parfaitement guéri, est resté guéri, et est retourné à Montevideo.

M. Dieulafoy cite plusieurs autres exemples de guérison de gros kystes hydatiques du foie, ayant parfaitement et définitivement guéri après une seule ponction. Il est donc surabondamment prouvé que la simple ponction aspiratrice avec l'aiguille n° 2 peut amener la guérison définitive d'un kyste hydatique du foie. Or, s'il en est ainsi, pourquoi a-t-on si souvent recours à l'incision? Parce qu'on a observé des accidents terribles, pouvant amener la mort après la simple ponction.

En 1859, M. Moissenet publia l'observation d'un homme de quarante-deux ans, atteint d'un kyste hydatique du foie; on ponctionne, on retire 350 grammes de liquide, le malade a une syncope et meurt. Dans un autre cas, le malade est pris de frissons, ses traits s'altèrent, le pouls est à 125, et dix-huit heures après la ponction il succombe. En 1875, M. Martineau ponctionne un kyste hydatique du foie, le malade est pris d'une syncope et meurt quelques minutes après la ponction. Dans un autre cas, on ponctionne le kyste, le malade est pris de syncope, d'attaque épileptiforme et meurt. A l'autopsie, on trouve un gros kyste hydatique dans lequel la ponction n'avait pas pénétré.

M. Chauffard a publié l'observation d'un malade chez lequel l'interne, pour confirmer le diagnostic, avait fait une ponction avec la seringue de Pravaz. On fait ensuite la ponction, le malade est pris d'une attaque épileptiforme et meurt vingt-cinq minutes après la ponction.

En présence de ces faits, on semble en droit de conclure que la ponction du kyste du foie est une intervention terrible, et qu'il vaut cent fois mieux recourir à la grande opération chirurgicale. Mais cela est-il bien vrai? M. Dieulafoy ne le pense pas. Les malades meurent par suite d'intoxication résultant de la chute du liquide du kyste dans le péritoine. Accident facile à éviter par une bonne technique opératoire.

M. Dieulafoy termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il me semble que la laparotomie avec incision et ablation du kyste doit être réservée pour les kystes anciens, très volumineux, susceptibles d'adhérences, surtout si des symptômes douloureux et fébriles font redouter l'infection du kyste;

2° La ponction aspiratrice aseptique pratiquée avec l'aiguille n° 2 me paraît applicable dans la moitié des cas environ; elle a son indication quand le kyste hydatique n'est ni trop mince ni trop volumineux et quand les symptômes douloureux et fébriles ne font pas redouter l'infection du kyste; on obtient en quelques minutes, au moyen d'une piqûre insignifiante, la guérison du kyste hydatique;

3° Dans le traitement par la ponction aspiratrice, le liquide kystique doit être évacué en totalité, dans la mesure du possible; il faut éviter les ponctions exploratrices, qui sont la cause des accidents. »

M. MARC SÉE demande à M. Dieulafoy si l'on a fait des expériences sur les animaux.

M. DIEULAFOY rappelle que MM. Debove et Achard ont fait des expériences et ont été amenés à conclure qu'on n'observe pas chez les animaux les mêmes effets que chez l'homme.

M. LABORDE n'admet pas qu'on puisse obtenir sur les animaux des effets différents de ceux qu'on observe chez l'homme. Il faut donc reprendre des expériences à ce sujet, car il est impossible d'admettre que cette toxicité du liquide kystique observée chez l'homme ne se retrouve pas chez les animaux.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les Coréens : hygiène (1).

Par M. le docteur CHASTANG.

III

J'ai dit déjà que les Coréens sont d'une paresse étonnante : les riches et les bourgeois passent leur temps à manger, à fumer et à dormir; ils dorment tellement pendant le jour que souvent dans les heures d'insomnie de la nuit ils se lèvent pour aller boire avec leurs amis. Les excès de boisson sont habituels, et le sakké coréen est bien plus alcoolique et dangereux que le sakké japonais. A cette existence ils acquièrent un tempérament mou et efféminé, et beaucoup vieillissent avant l'âge.

Un de leurs plus grands défauts, qui les rapproche des Chinois du nord, est la malpropreté, non seulement dans leurs vêtements qui étant blancs sont très salissants, mais aussi sur leur personne dont ils n'ont aucun soin. Un voyageur anglais a écrit que l'homme le plus sale qu'il ait jamais rencontré était un Coréen propre. Un autre dit qu'un Coréen

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 552.

n'est lavé que deux fois dans sa vie, le jour de sa naissance et celui de sa mort. Il y a là une exagération réelle, car on voit quelquefois les adultes et les enfants se baigner pendant l'été dans les rivières. Cependant, d'une manière générale, on peut dire que le Coréen se lave assez facilement les mains, le visage quelquefois, mais rarement le corps. Et pour les jeunes enfants, l'eau est considérée comme dangereuse et funeste.

La femme, surtout dans une certaine classe, a plus de soin de sa personne; elle a quelque coquetterie, se farde et se parfume, mais discrètement. Elle se rince la bouche avec une légère solution d'encre de chine aromatisée au musc, qui donne de la fraîcheur à son haleine et une teinte un peu bleuâtre à ses dents.

Le tabac est d'un usage général. Le tabac coréen ressemble assez au tabac turc; il est fin, de couleur assez claire.

L'emploi de l'opium est rare; on en connaît les propriétés, mais l'introduction et la vente en sont formellement interdites, et ceux qui s'en procurent par contrebande ne peuvent le faire qu'au prix d'une grosse somme d'argent. Les riches seuls peuvent donc le fumer ou le manger, et il en résulte qu'on observe peu d'accidents d'intoxication aiguë ou chronique (4 à Chemulpo, en 1894).

Habillement. — Le chapeau est la partie la plus originale de l'habillement. Il est en forme de tronc de cône, haut de 12 à 15 centimètres ou même davantage, avec des bords de plus de 10 centimètres, noir, en crin de cheval tressé, transparent, ayant juste assez de circonférence pour contenir le chignon. Le Coréen l'adapte sur un bandeau qui enserre la base de ce chignon et l'attache sous le cou par deux rubans noirs qui pendent ensuite sur le devant de la poitrine. On ne l'enlève jamais au dehors, et, comme en Chine, c'est une marque de respect de le garder sur la tête quand on parle à quelqu'un. Il est l'apanage des gens mariés ou au moins fiancés. Il constitue un objet d'ornement, un curieux travail d'art, mais il n'est que cela, n'abritant ni de la pluie ni du soleil, ne réunissant aucune des qualités que, suivant nos idées européennes, le chapeau doit posséder. Lorsqu'il pleut, on le recouvre d'un cône en épais papier huilé.

Dans l'intérieur des habitations, les Coréens nobles portent une coiffure plus simple, en forme de mitre, faite, soit en crin de cheval comme le chapeau, soit en bambou découpé, en fils extrêmement minces. Contre les ardeurs du soleil, les travailleurs des campagnes se protègent à l'aide d'un chapeau conique en paille de riz. Un chapeau du même genre, mais présentant plusieurs échancrures sur son bord et cachant le visage, est le signe du grand deuil.

Les vêtements sont en coton ou en soie; les couleurs très claires et surtout le blanc dominent pour les cotonnades; les étoffes de soie sont très souvent foncées, de préférence grises ou violettes, jamais noires; le chapeau est la seule partie noire dans le costume. Les cotonnades des femmes sont souvent teintes en bleu, les couleurs vives, rouge, rose ou vert, sont les plus en vogue pour les enfants. Tous les vêtements sont lavés avec beaucoup de soin, puis une fois séchés, sont battus avec des rouleaux en bois jusqu'à ce qu'ils aient pris un aspect luisant.

Chez l'homme, une veste serrée aux épaules et plus large à son extrémité inférieure, couvre le haut du corps jusqu'à la taille. Elle a les manches larges, mais courtes, laissant souvent à nu les avant-bras que, pendant l'hiver, on protège du froid par des manches séparées remontant jusqu'au-dessus du coude. Un large pantalon s'attache en haut à la ceinture par un ruban terminé par des glands et noué sur le côté droit, et entre en bas dans des guêtres lacées qui recouvrent aussi des bas en coton. La veste et le pantalon sont appliqués directement sur le corps et sont matelassés pendant l'hiver d'une épaisse couche d'ouate.

Les souliers sont en étoffe, en cuir ou en fort papier, ayant habituellement, comme en Chine, le bout plus ou moins relevé. Comme au Japon, on les dépose en pénétrant dans les maisons au seuil de la première marche.

Les Coréens d'un certain rang portent en outre, surtout l'hiver, un grand manteau tombant jusqu'à mi-jambes, muni de longues et larges manches, rembourré, lui aussi. Les hauts fonctionnaires et les grands personnages le recouvrent encore d'une sorte de redingote sans manches qui embrasse toute la poitrine, et se divise en bas, en avant comme en arrière, en deux larges rubans qui pendent.

Ces vêtements n'ont pas de poches; on n'y voit non plus, sauf en de rares exceptions, ni boutons, ni boutonnières, tous s'attachent avec des rubans.

Mentionnons enfin les accessoires qui complètent le costume de tout Coréen, la bourse, le couteau et le tabac renfermés dans de petits sacs attachés à la ceinture; en été l'ombrelle et l'éventail, mais avant tout et en tout temps la pipe, semblable à la pipe chinoise, mais beaucoup plus longue. Elle se compose d'un tuyau en bambou, terminé d'un côté par un embout, et de l'autre par un fourneau en forme de demi-sphère, en métal tous les deux. Par la longueur de sa pipe, on peut presque à coup sûr juger du rang d'un Coréen. Tandis que celle du coolie est courte, celle du fonctionnaire est parfois si longue qu'il ne peut l'allumer lui-même.

Les lunettes sont très répandues, à la mode chinoise: elles sont en verre blanc, brun ou fumé, enchâssé dans des montures d'or ou d'écaille.

Voici maintenant l'habillement de la Coréenne: pardessus un large pantalon semblable à celui de l'homme, elle porte une jupe qui s'attache assez haut au-dessus de la ceinture. Un corsage couvre la poitrine, mais il est ordinairement si court que l'extrémité des seins reste découverte. Une longue robe en forme de peignoir complète le costume. Dans la rue, la femme porte un long manteau, habituellement en soie verte, dans lequel les manches restent pendantes. Dans l'intérieur des appartements, surtout l'hiver, elle se couvre la tête d'un bonnet en soie ouvert en haut, garni de fourrure à sa base, portant à son sommet deux glands en soie et muni en arrière de deux longs rubans qui pendent parfois jusqu'à terre. En ville, le capuchon du manteau constitue sa coiffure; elle le tient appliqué contre la figure à l'aide de la main gauche pour mieux se cacher le visage.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (accouchements). — Ce concours s'est ouvert le lundi 29 mai. La question tirée était la suivante: « Région ombilicale. De l'effort. »

— *Concours pour le prosectorat.* — Questions écrites: « Épiploon gastro-hépatique. Sécrétion biliaire. Calculs du cholédoque. »

— *Concours pour l'adjuvat.* — Question écrite: « Diaphragme (anatomie et physiologie). » — Les copies seront lues le 2 juin, à quatre heures, dans l'ordre suivant: MM. Desjardins, Lenormand, Auffret et Chifoliau.

— *Reims.* — Le concours ouvert à Reims pour la place de chirurgien des hôpitaux, laissée vacante par le départ de M. Doyen, vient d'être terminé le samedi 27 mai.

M. le docteur Lardennois, ancien interne des hôpitaux de Paris, se trouvant classé le premier, est nommé chirurgien des hôpitaux.

Parmi les autres candidats, M. le docteur de Bovis, ancien interne des hôpitaux de Lyon, professeur à l'École de médecine de Reims, ayant fait aussi des épreuves très satisfaisantes, le jury a pris la résolution de demander pour lui à l'Administration des hôpitaux la création d'une seconde place de chirurgien suppléant.

— *Franchise postale.* — Par décret, le directeur de l'Administration de l'Assistance publique à Paris est autorisé à recevoir en franchise, sans contre-seing, la correspondance relative au service de son administration, qui lui est adressée des localités situées dans le département de la Seine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bellau, médecin principal, décédé à Constantine et inhumé à Nancy; Cellières, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, à soixante-quatorze ans; Charpentier, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, à soixante-trois ans; Perchet (d'Attignévill·).

— Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Bains de m r de la Méditerranée. Billets d'aller et retour valables 33 jours. — Billets individuels et billets collectifs (de famille).* — Il est délivré, du 1er juin au 15 septembre de chaque année, des billets d'aller et retour de bains de mer, de 1re, 2e et 3e classes, à prix réduits, pour les stations balnéaires suivantes : Agay, Aigues-Mortes, Antibes, Bandol, Beaulieu, Cannes, Golfe-Juan-Vallauris, Hyères, La Ciotat, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Montpellier, Nice, Ollioules-Sanary, Saint-Raphaël-Valescure, Toulon et Villefranche-sur-Mer.

Ces billets sont émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. et doivent comporter un parcours minimum de 300 kilomètres aller et retour.

Prix : le prix des billets est calculé d'après la distance totale, aller et retour, résultant de l'itinéraire choisi et d'après un barème faisant ressortir des réductions importantes pour les billets individuels; ces réductions peuvent s'élever à 50 p. 100 pour les billets de famille.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Sur le rôle de la prédisposition dans la genèse des troubles psychiques vrais qui se produisent après les opérations gynécologiques.

Par le docteur P. BATIGNE,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Assistant suppléant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

I

En 1875, Lorain écrivait ce qui suit :

« L'idée de la prédisposition personnelle, de la fatalité qui s'attache à notre destinée, de la faiblesse native, d'une diathèse qui n'attend en nous que l'occasion de se mettre en action, répugne à notre esprit craintif. Il va sans dire que tout phtisique a été victime d'un refroidissement, que tout aliéné est devenu malade par amour, par chagrin, que tout scrofuleux a été victime de l'humidité, des privations..., que le rhumatisme n'a d'autres causes que le froid. L'amour-propre humain supporte mieux l'idée d'une constitution vigoureuse altérée par des excès, que celle d'une vie réglée qui n'a pas empêché nos défauts physiques d'apparaître et de mettre notre vie en danger. Il est donc naturel qu'une fille chlorotique soit réputée affaiblie par le travail; une hystérique est une personne à qui l'amour, une peur, une émotion vive ont soudain procuré des accidents convulsifs ou paralytiques. La chorée procède de la peur ou de la colère (1). »

A l'heure actuelle, et au sujet de la question qui nous occupe dans cet article, nous ne parlons pas tout à fait de cette manière, et nous reconnaissons que si, pendant longtemps, le rôle de la prédisposition soit héréditaire, soit acquise, n'a pas eu dans l'étiologie la place qu'il mérite, c'est d'abord que plusieurs autres facteurs concourent à l'éclosion des manifestations psychiques post-opératoires, le fait est indéniable; c'est aussi que leur influence est réelle et assez considérable sur la marche et l'évolution de la maladie (1) pour voiler parfois cette prédisposition.

(1) LORAIN. *Arch. gén. de méd.*, 1875, t. I, p. 205.

Nous aurons d'ailleurs à dire un mot du rôle, regardé par certains comme absolument capital, non seulement du traumatisme opératoire lui-même, et de l'appréhension, parfois très vive, des malades qui vont le subir, mais encore, des anesthésiques, des stimulants, des calmants, des substances antiseptiques... qui sont employés au cours de l'intervention ou après elle.

Certains malades ne présentent que des troubles légers, passagers, assez peu importants pour passer inaperçus, et si l'exacerbation et la précipitation de ces troubles se produisent après l'apparition d'une cause occasionnelle bruyante, c'est celle-ci qui est rendue responsable, alors qu'elle n'a fait qu'éclairer la situation.

De plus, les troubles héréditaires ne sont pas toujours facilement décelés, et souvent, dans leur recherche, on se heurte à beaucoup de difficultés qui relèvent soit de l'ignorance du sujet, soit d'une sorte de pudeur très compréhensible, soit du mauvais vouloir, soit enfin d'un véritable état latent pour la découverte duquel une enquête minutieuse est d'absolue nécessité.

Il n'est pas absolument rare de voir des femmes entachées d'une prédisposition originelle très nette, mais qui persiste latente pendant toute leur vie, qui résiste aux chocs physiques, aux ébranlements moraux auxquels peut être exposée l'activité de leur existence, et qui, au moment de la ménopause, réapparaît; elles deviennent aliénées à ce moment sous la seule influence de la suppression physiologique des menstrues (2).

D'autre part « que d'enfants accusant leur hérédité, par des crises d'éclampsie à l'occasion de l'éruption difficile des dents, puis restant jusqu'à la puberté sans accidents dignes de remarque » (3).

Pour bien des motifs, les parents de la malade, la malade elle-même, n'avouent très souvent qu'avec une extrême difficulté l'existence d'une tare nerveuse héréditaire dans les ascendants, surtout si cette tare est du domaine intellectuel (4).

Que s'il s'agit de mettre en avant des hommes doués

(1) CH. FÉRÉ. *La famille névropathique*, p. 17, Paris 1894.
(2) *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. SYMPATHIQUE (FOLIE), p. 703.
(3) MÉRIGOT DE TREIGNY. In *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1893, p. 278.
(4) DÉJERINE. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, Th. d'agrég., 1886, p. 30.

d'une grande supériorité intellectuelle, des excentriques de génie, les renseignements s'obtiennent, mais on n'avoue pas facilement dans sa parenté l'existence de cas d'imbécillité, d'idiotie, d'aliénation mentale.

Somme toute « rien n'est plus difficile que d'affirmer que la malade ne présente aucun antécédent, aucune prédisposition » (1).

Mais, si l'hérédité ne se dévoile pas avec la même lumière chez tous les sujets, elle n'en existe pas moins.

Si, chez les uns, la tare originelle est puissante et manifeste ses effets d'une façon si éclatante qu'on les a dénommés des dégénérés inférieurs, chez d'autres, elle demande a être cherchée, car on ne voit, à un examen superficiel, qu'un « nervosisme vague » qui ne demande, il est vrai, qu'à se développer, si les circonstances s'y prêtent (Mérigot de Treigny) « un défaut d'harmonie des fonctions psychiques », nullement incompatible, d'ailleurs, avec le développement remarquable de certaines facultés.

Si nous insistons ici, après bien des travaux, sur cette question de la prédisposition morbide, c'est qu'elle est grosse de conséquence au point de vue de la famille, et au point de vue médico-légal, et qu'il s'agit de montrer, en somme, que, grâce à elle, des causes tout à fait impuissantes par elles-mêmes, agissent efficacement, et cela avec d'autant plus de facilité que « l'imprégnation héréditaire » est plus profonde.

D'autre part, ainsi que le fait très justement remarquer M. Picqué dès le début de sa communication à la Société de chirurgie (2), les observations publiées jusqu'à ce jour, non seulement « manquent le plus souvent de rigueur scientifique », mais aussi ne paraissent pas avoir été prises avec une parfaite sincérité. Il semble même que les travaux parus dans ces dernières années, soient nés pour établir malgré tout une relation étroite entre les psychoses et les opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme, et discréditer ainsi la chirurgie gynécologique.

Qu'on lise attentivement ces observations mises en avant, somme toute, comme démonstrations de l'influence nocive directe de l'intervention chirurgicale, on verra généralement, que l'hérédité et les antécédents personnels du sujet ne sont pas sérieusement fouillés, et que, souvent, ils sont presque passés sous silence.

C'est ainsi que, peu à peu, la notion du terrain s'est effacée, et qu'elle a cédé le pas à une étiologie qui n'est faite, après tout, que de causes occasionnelles.

II

Aujourd'hui que la science est en possession de connaissances précises sur le rôle des glandes sans conduit excréteur, des glandes à sécrétion interne, et que les propriétés physiologiques que possèdent les extraits de certaines d'entre elles ont été soigneusement étudiées, on a pensé trouver la raison suffisante de ces psychoses dans la suppression de la fonction ovarienne, dans les modifications biologiques qu'entraîne l'ablation d'organes aussi importants (3).

On a fait remarquer « la sympathie qui relie aux centres nerveux les organes de la reproduction », sympathie notée, on peut le dire, de tous temps, puisque Hippocrate a connu les rapports de la manie avec, notamment, la dysménorrhée, la suppression du flux menstruel et des lochies... etc., puisque les anciens « considéraient la mélancolie et le suicide comme ayant leur point de départ dans une lésion des organes de l'abdomen » (1).

On a dit l'étroitesse des liens unissant la vie génitale à la vie cérébrale, si grande, que l'on a pu écrire (Ball) qu'il n'existe nulle part dans l'économie une sympathie plus intime que celle qui unit aux centres nerveux, les organes de la reproduction.

Cette sympathie, a-t-on dit, est prouvée par l'influence qu'exercent, dans les deux sexes, les organes génitaux sur les désordres intellectuels, et par ce fait, enfin, que « la matrice est disposée à retentir douloureusement sur l'organisme entier, toutes les fois qu'il s'opère, dans cet organe, un changement d'état ou de fonction » (2).

« C'est un fait d'observation vulgaire, écrit Boyé, que celui de cette influence sur la disposition morale des femmes, et l'on peut dire justement, avec le docteur Nonat, que l'utérus est, jusqu'à un certain point, le régulateur de la santé chez la femme. »

On s'est encore basé sur ce que, à l'établissement de la menstruation, alors que l'enfant devient femme, et que l'appareil génital qui jusqu'à cette époque n'a existé que d'une façon latente, se réveille, on voit se produire de grandes modifications non seulement dans le développement de la forme, mais encore dans le caractère et les sentiments (Boyé), et sur ce que ce retentissement est d'une intensité quelquefois très marquée, au point de faire apparaître « des tendances mélancoliques, des impulsions, des tics..., des perversions, des érotismes » (3).

On a montré la fréquence, au moment de la ménopause, des troubles de l'émotivité, des modifications du caractère, etc., et enfin, comme nouvelle preuve des relations psycho-sexuelles, on a donné les « souffrances nerveuses, les altérations morales » qui accompagnent les périodes menstruelles, et qui peuvent se traduire « par des changements d'humeur, par une certaine irritabilité, par des névralgies, ou bien par une disposition spéciale, positive ou négative, de l'intelligence, de la volonté, et des sentiments » (Venturi).

A l'appui de ces raisonnements, l'exemple a été invoqué de ce qui se passe chez l'homme, chez qui on voit souvent « les maladies de l'urèthre, et en particulier, la blennorragie et la blennorrhée », certaines altérations testiculaires, les pertes séminales etc..., les troubles de l'appareil urinaire..., « affecter l'intelligence, déprimer l'individu, et amener progressivement, soit de l'hypocondrie, soit même un état mélancolique délirant, avec tendance au suicide. »

D'ailleurs, et pour conclure, l'innervation si riche du péritoine et des organes abdominaux par les plexus que forment les nerfs de l'axe spinal, le grand sympathique et le pneumogastrique, ne permet-elle pas de se rendre compte de tous ces phénomènes ? « Et étant donné cette relation évidente entre tous ces organes et les centres psychiques, n'est-il pas raisonnable d'admettre que le traumatisme chi-

(1) Musin. *De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme*, Th. de Lille, 1895, p. 90.
(2) Séance du 23 fév. 1898.
(3) *Bull. de la Soc. de chir.*, 2 mars 1898, p. 308.

(1) *Dict. encycl. des sc. méd.*, loc. cit.
(2) J. Boyé. *Essai clinique sur les rapports des troubles génitaux avec la folie de la femme*, Th. de Montpellier, 1880, p. 10 et 11.
(3) Venturi. *Corrélations psycho-sexuelles*, Lyon 1899, p. 316.

rurgical, sectionnant, tiraillant les nerfs de la sensibilité, mutilant les organes génitaux, puisse être une cause d'excitation énergique, capable d'aller influencer au loin les fonctions intellectuelles de l'encéphale (1). »

III

La théorie qui subordonne à la suppression des ovaires, à l'absence de sécrétion ovarique interne, les troubles psychiques observés, est *a priori* séduisante. « Entre l'ablation des ovaires et les troubles mentaux, il se fait une association d'idées qui paraît toute naturelle (2), » et si l'on songe, par exemple, aux désordres psychiques qu'engendre la suppression du corps thyroïde, on ne peut s'empêcher de faire un parallèle, et de remarquer que la théorie de la *cessation ovarienne* a trouvé un appui singulier dans ces faits.

Cependant, très souvent, le plus souvent pour certains auteurs, ces psychoses succèdent à des opérations de petite chirurgie gynécologique, à des opérations qui n'ont point porté sur l'utérus ou les annexes, et qui avaient un but réparateur. C'est ainsi qu'il s'agissait de déchirures anciennes du périnée, de ptoses utérines, accompagnées ou non de rectocèle, de cystocèle, d'affections nécessitant un simple curetage, voire même l'introduction d'une laminaire.

« J'ai fait souvent des ovariotomies, dit Weiss, et jamais je n'ai eu d'accidents, j'ai fait douze fois la cure radicale du prolapsus utérin (amputation de Schrœder, colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie) et j'ai eu six fois des accidents (3). »

Enfin, le 6 avril 1898, M. Lucas-Championnière communiquait à la Société de chirurgie l'observation d'une malade, ayant d'ailleurs un passé névropathique non douteux, et qui présenta les signes de la manie aiguë la plus complète et la plus nette, quelques semaines après une opération vaginale pour fibrome, opération extrêmement pénible et laborieuse, et pour ces motifs, ayant dû rester incomplète, abandonner les ovaires, et même assez de cavité utérine, pour que les règles aient persisté.

Cette malade « redevint lucide et raisonnable, sans que rien ne fût changé à sa situation », et dès lors, M. Championnière décida une nouvelle intervention.

En agissant par les deux voies, abdominale et vaginale, il fit une opération radicale; restes de tumeur, débris d'utérus, ovaires furent enlevés. Or, cette nouvelle opération fut suivie d'un succès parfait, et les accidents cérébraux disparus ne reparurent pas.

Quant au rapprochement entre l'ovariotomie et la thyroïdectomie, il ne résiste pas à un examen sérieux. En effet, la thyroïdectomie est toujours suivie de troubles psychiques. Peut-on en dire autant de l'ovariotomie? « Je ne crois pas qu'il y ait un seul cas d'ablation de la glande thyroïde qui n'ait été suivi de perturbation mentale durable, preuve incontestable d'une relation de cause à effet. Combien d'ovaires ont été enlevés sans que la moindre atteinte ait été portée à l'intelligence des opérées (4)! »

J'ajouterai que l'influence du suc ovarien, très bienfaisante sur certains états, n'est nullement prouvée dans la folie post-ovariotomique, que l'opothérapie ovarienne remise en usage, depuis peu, n'a pas donné les résultats qu'on espérait, et que « chez les castrées, cette médication n'a que peu d'influence sur les phénomènes nerveux vrais, dont l'amélioration, quand elle se produit, peut être mise sur le compte de la suggestion » (1).

Quant aux relations qui unissent les lésions et les troubles de l'appareil génital aux psychoses véritables, sont-elles aussi fréquentes, qu'on a l'air de le croire?

On a mis en avant, il est vrai, l'influence manifeste des maladies génitales sur le moral de l'homme, l'action déprimante des écoulements, des cystites, des affections testiculaires chroniques; mais cela doit-il être considéré comme une raison pour avancer avec Boyé que « le moral de la femme se laisse aussi facilement déprimer par des lésions analogues »?

S'il est certain qu'il y a sympathie entre les organes génitaux et les centres, et qu'il peut exister des modifications psychiques, comme il y a des modifications physiques au moment de la puberté, à certaines grandes époques de la vie de la femme; s'il est vrai que la transformation de l'individu qui se produit à ces périodes, puisse ne point régulièrement s'exécuter, s'il est parfaitement observé que certaines affections s'accompagnent de tristesse, d'abattement, d'hypochondrie, il est aussi, par contre, bien constaté : 1° que beaucoup de sujets ne sont nullement atteints psychiquement; 2° que c'est aux héréditaires, aux prédisposés, aux nerveux que l'on a affaire lorsqu'il s'agit de psychoses véritables (2).

Combien de femmes atteintes n'ayant jamais présenté la moindre manifestation névropathique!

Que si les troubles psychiques apparaissent, ce sera avec une très grande inconstance. Ils se produiront, en effet, chez les unes et pas chez les autres. On les verra se montrer avec une simple déviation utérine, une minime lésion inflammatoire du col, et pas avec une affection profonde de l'ovaire.

Comment expliquer ces différences, sinon par les dissemblables conditions subjectives de chaque individu?

Il faut donc admettre qu'il s'agit bien alors de réveil d'un état antérieur, ainsi que le voulaient Esquirol, Weill, Helfft, Marcé, Pinel, Morel, et enfin B. Ball, qui nous dit : « Il est un principe général qu'il ne faut jamais oublier, c'est que sans une prédisposition spéciale, qui prépare pour ainsi dire le terrain sur lequel doit s'exercer l'action nocive de la maladie, ces causes morbides ne sauraient jamais atteindre l'intégrité des fonctions intellectuelles » et les influences diverses qui produisent la folie, influences morales, physiques, spécifiques, etc..., ne sont suivies d'effet que parce qu'elles trouvent un terrain préparé à l'avance (3). Par elles-mêmes, elles ne peuvent suffire : mais elles font développer un germe resté latent jusque-là, et elles donnent ainsi à une prédisposition héréditaire l'occasion de se manifester au grand jour.

IV

Si nous envisageons maintenant les effets du traumatisme opératoire, nous voyons d'abord que, malgré l'opinion de

(1) Denis. *De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales*, Th. de Montpellier, 1889, p. 67.

(2) L.-G. Richelot. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, mars 1898, p. 308.

(3) Weiss, in Th. de Seeligmann. *Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques*, p. 46, Nancy 1896.

(4) Marandon de Montyel. *Rev. de chir.*, mai 1899.

(1) F. Jayle. Opothérapie ovarienne, *Rev. de gynécol. et de chir. abdomin.*, 1898, p. 671.

(2) Venturi. Loc. cit., p. 316.

(3) *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Sympathique (Folie), p. 690.

Dent, l'extirpation des ovaires n'exerce pas, au point de vue qui nous occupe, « la même influence que la castration chez l'homme » et que « généralement la castration chez la femme est acceptée facilement, d'où peut-être l'abus qu'on en a fait à une période heureusement loin de nous » (1).

Que nous disent les auteurs?

Un des promoteurs de la *castration ovarienne*, Lawson Tait, « nie formellement l'influence des opérations gynécologiques, sur la production des psychoses. » Déjà, dans l'édition 1886 (2), de son *Traité des maladies des ovaires*, il écrivait: « Deux des malades (sur mes 50 premiers cas) ont été admises dans des maisons d'aliénées depuis l'opération, mais, dans un cas, la folie était assez évidente avant l'enlèvement des annexes de l'utérus, et dans l'autre, elle se montra presque aussitôt après que l'anesthésie se fut dissipée, en sorte que c'est à peine si l'on peut attribuer ce malheureux résultat aux effets indirects de l'opération. »

« Au V[e] Congrès français de chirurgie, il a signalé, sur 271 cas personnels, un seul cas de psychose durable (3), et il faut croire qu'il n'a point été frappé par la fréquence des psychoses, puisqu'il a, depuis ses débuts (1872), conseillé non seulement l'ablation des ovaires, mais aussi celle des trompes, et qu'il tend maintenant à ériger en règle générale cette méthode de traitement des fibromes. »

« Everké, enfin, dans un travail publié dans le *Deutsch. med. Wochens.*, 1895, déclare lui-même, que cette complication est très rare » et « il rappelle que la Société gynécologique de New-York s'est prononcée dans ce sens, dans sa séance du 4 octobre 1892 » (Picqué et Briand).

Le 2 mars 1898, M. Richelot déclarait à la tribune de la Société de chirurgie, que sur un nombre considérable d'opérations abdominales, jamais il ne lui a paru que la suppression de l'utérus ou des ovaires apportât dans l'organisme une perturbation si profonde.

A la séance du 6 avril, M. Segond s'exprimait ainsi : « Sur 642 femmes ayant subi soit l'hystérectomie, soit l'ovariotomie bilatérale, soit l'une et l'autre, j'en ai vu 4 seulement dont l'état mental ait été plus ou moins influencé par l'opération.

L'une d'elles, hystérique de vieille date, et déjà sujette à des bizarreries intellectuelles, a présenté, aussitôt après l'opération, des troubles cérébraux qui ont nécessité son internement à Sainte-Anne pendant quelques semaines.

Deux fois chez des hystériques non moins avérées, j'ai constaté des accès de mélancolie profonde qui ont duré quelques mois.

Une fois, enfin, la monomanie du vol à l'étalage s'est manifestée peu après une hystérectomie; j'ai même failli donner un certificat à décharge, mais ici encore la patiente avait un passé significatif, et celui-ci démontrait qu'il s'en fallait beaucoup qu'elle fut à son coup d'essai (4).

Dans la séance du 27 avril, M. Bouilly déclarait que, « sur plusieurs milliers d'opérations gynécologiques, il ne relevait que 5 cas de troubles cérébraux nettement caractérisés, et que, en fin de compte, leur analyse l'amenait à reconnaître que deux femmes étaient déjà folles au moment de l'intervention, qu'une troisième était atteinte d'affaiblissement cérébral sénile, qu'une quatrième fut atteinte de folie mystique deux mois après l'opération, et la cinquième, de cette même variété de folie, après la simple introduction d'une tige de laminaire, ces dernières malades ayant guéri. » Voilà, ce semble, des faits parlant assez clairement d'eux-mêmes (1).

Je sais bien (et je l'ai dit en commençant) que, par contre, on a aussi proclamé la grande fréquence des troubles mentaux après les opérations, et surtout après les opérations gynécologiques. Ainsi se sont exprimés T. Dent, Keith, Sears, Landau, Werth (de Kiel) et bien d'autres encore, de nos jours.

Mais on peut leur faire remarquer que, chez la femme, les opérations se font surtout, et en très grand nombre, dans la sphère génitale. « Chez elles, dans cette région, elles sont pour le moins, dix fois plus fréquentes qu'ailleurs; quoi d'étonnant dès lors que les cas rapportés concernent surtout les opérations gynécologiques, puisque ce sont surtout celles-là que les femmes subissent! » (Marandon de Montyel.)

Je rappellerai, en outre, les réflexions faites au début de cet article, sur ce que l'on doit penser des recherches entreprises au sujet de la prédisposition et du passé héréditaire des sujets.

D'autre part, nous allons voir ci-dessous, avec quelques développements à l'appui, qu'un grand nombre des accidents psychiques observés chez les castrées, ne sont autre chose que des épisodes dans l'évolution d'une affection mentale dont le début, plus ou moins caractéristique, je le veux bien, est tout à fait antérieur à l'opération, et qui, entre autres signes, s'était déjà manifestée par un désir exagéré de l'opération, et une excessive insistance pour la satisfaction de ce désir.

Enfin, il faut bien dire que, sous l'étiquette *psychoses post-opératoires*, on a rangé des phénomènes fort disparates comme origine, et qui, partant, ne devaient pas être réunis dans un même cadre, sous peine de la plus regrettable confusion.

C'est ainsi, par exemple, que l'on trouve, si l'on analyse scrupuleusement les faits publiés, d'abord des troubles qui sont dus à l'emploi des anesthésiques (chloroforme, éther, cocaïne) (Voy. Reynier, Acad. de méd., séance du 17 novembre 1896), puis des troubles d'intoxication et dont on a accusé les divers antiseptiques employés au cours des opérations abdominales, tous phénomènes n'ayant aucun rapport avec les psychoses véritables, et qu'il convient de mettre de côté, si l'on veut quelque clarté dans le sujet.

On a encore groupé sous cette dénomination, des phénomènes hystériformes, un état mental particulier des malades, très frappées de se savoir *incomplètes*, *pas comme tout le monde*; et enfin les troubles dus à l'intervention elle-même, et qui, non seulement peuvent être engendrés par l'acte traumatique opératoire, mais aussi ressortissent aux impressions pénibles ressenties par la malade à la pensée de l'opération qu'elle va subir, à la vue de tous les préparatifs qui précèdent l'intervention, aux conversations entendues sur la gravité opératoire, sur les suites et les terminaisons possibles.

Et pour terminer cette énumération, il faudrait insister sur les accidents d'infection, d'une manière toute particulière, car depuis longtemps ils devraient être regardés

(1) J. Boyé. Loc. cit.

(2) L. Tait. *Traité des maladies des ovaires*, trad. Olivier, Paris 1886, p. 438.

(3) Picqué et Briand. Soc. de chir., 1898.

(4) P. Segond. Soc. de chir., séance du 6 avril 1898.

(1) Voy. encore Soc. de chir., discussion, *Ibid.*

comme responsables de troubles qui ont été mis sur le compte d'une tout autre cause, depuis les infections suraiguës, que l'on a qualifiées de schock opératoire, jusqu'aux formes plus atténuées, aux phénomènes cérébraux, qui appartiennent aux *délires septicémiques*.

Il faut bien reconnaître, en effet, que les opérations gynécologiques sont parmi celles qui exposent le plus à la septicémie. Des conditions éminemment favorables pour cette fâcheuse complication se trouvent ici réunies : surface absorbante de la séreuse, souvent manœuvres laborieuses et prolongées, parfois présence de liquide purulent et fétide, et hâtons-nous d'ajouter qu'avant les perfectionnements de la technique opératoire et des méthodes d'antisepsie et d'asepsie, les cas d'infection se produisaient fréquemment.

« Or, tous les cas de ce genre ont été catalogués comme folie post-opératoire ; en réalité, ils n'étaient que des délires toxiques (1). »

De tout ce qui vient d'être exposé, il résulte, après saine appréciation des faits et interprétation qu'ils méritent, qu'il faut beaucoup en rabattre au sujet de la fréquence des psychoses post-gynécologiques.

Mais ce n'est pas tout, et il ressort encore de l'étude de ces faits, que ces psychoses ne se montrent qu'avec une grande irrégularité.

En effet, elles apparaissent ou n'apparaissent pas, alors qu'il s'agit de conditions opératoires identiques. Comment expliquer que tous les organismes ne réagissent pas avec la même intensité d'effets morbides à une égale intensité de causes?

D'autre part, nous avons vu que si, à des opérations sur la matrice, à des ablations d'ovaires peuvent succéder des états psychiques, des causes d'importance beaucoup moindre, et très souvent insignifiantes, engendrent, le plus souvent, pour la majorité des auteurs, des troubles de haute gravité.

Pourquoi, dès lors, cette disproportion entre la cause et les phénomènes consécutifs? et pourquoi une cause de faible importance peut-elle faire apparaître des troubles psychiques graves, aussi bien qu'un sérieux traumatisme opératoire?

Et remarquons-le, ces mêmes troubles peuvent être engendrés par des opérations absolument différentes, et comme siège et comme but. Car enfin, ils succèdent encore à des opérations sur le sein, à des résections, des amputations, des interventions sur la face, des cures radicales de hernies, des opérations autoplastiques, etc., et enfin à cette *opération naturelle* qui est l'accouchement.

Comment se défendre de cette idée que l'opération ne crée pas de toutes pièces le trouble psychique, et qu'elle ne fait que mettre en éveil un état antérieur ; qu'il s'agit, en somme, de troubles dont on n'a bien vu jusqu'à présent que les causes apparentes?

V

Que si l'on étudie l'évolution de ces troubles psychiques, on voit qu'ils ne revêtent pas dans leur symptomatologie, de forme particulière, qu'ils ne présentent pas de type clinique spécial, de telle sorte qu'il n'est pas possible de mettre dans une classe à part la folie post-opératoire génitale.

(1) MARANDON DE MONTYEL. Loc. cit., p. 669.

Tantôt, en effet, il s'agit d'états d'excitation, tantôt d'états de dépression ; tantôt on observe de la manie avec ou sans délire, de l'agitation excessive, de la loquacité, des cris, des impulsions, des actes de violence, des hallucinations... ; tantôt les sujets sont progressivement abattus, deviennent hypocondriaques, tristes, moroses, indifférents, tombent même dans un état mélancolique, délirant, avec tendance au suicide (cette forme est le plus fréquemment observée, d'après l'opinion générale).

Si on compare ces manifestations psychiques post-opératoires, à celles qu'ont pu mettre en évidence l'établissement ou l'arrêt définitif de la menstruation, les affections puerpérales, les lésions utérines ou annexielles dont nous avons parlé, où donc se trouvent les différences symptomatiques?

Et nous retrouvons encore les mêmes psychoses au début, au cours de la grossesse, après l'accouchement, pendant l'allaitement ; nous les voyons succéder aux lésions plus ou moins accentuées de l'appareil digestif, et celles-ci n'étaient point ignorées des Anciens, qui avaient vu qu'entre l'état intellectuel et celui des fonctions digestives il existe un rapport des plus étroits (1). « Du temps d'Homère et d'Aristophane, l'origine bilieuse de la folie était déjà vulgaire (2). » Et qui ne sait enfin les troubles psychiques d'origine gastro-intestinale, les psychoses des dyspeptiques?

Il ne s'agit donc pas ici d'une entité spéciale, mais bien de troubles dignes de remarque par leurs causes déterminantes seulement, et avec l'aide des seuls secours de la symptomatologie, il serait impossible à un observateur non prévenu de faire le diagnostic de production post-opératoire.

Il faut donc qu'une même cause domine toute l'étiologie de ces manifestations psychiques. Cette cause est la condition primordiale de leur production, et les autres causes, soit morales, soit physiques, ne sont en réalité que des causes *déterminantes*. « Il n'est pas jusqu'aux délires d'origine infectieuse ou toxique qui ne se développent que sur un terrain préparé... on peut en dire autant de la folie brightique (3). »

VI

Les observations de troubles psychiques vrais, apparus après opérations gynécologiques, peuvent être rangées en deux parts :

Dans un premier groupe, l'évidence de la prédisposition saute aux yeux ; c'est ainsi que l'on voit du côté des ascendants, la paralysie générale, l'alcoolisme, l'hystérie, l'épilepsie... et encore des manifestations choréiques, la folie du suicide, etc., etc., et que l'on retrouve dans les antécédents personnels de la malade, les convulsions de l'enfance, des manifestations plus ou moins évidentes de l'hystérie, dss accidents nerveux à l'établissement de la menstruation, des bizarreries intellectuelles.

Dans un deuxième groupe se trouvent des relations absolument défectueuses au point de vue des antécédents, mais relations qui ne nous permettent nullement de conclure à l'absence de prédisposition. Car, que dire de celles qui sont muettes sur les antécédents héréditaires et person-

(1) *Dict. encycl. des sc. méd.*, loc. cit., p. 709 et 710.
(2) *Dict. encyclop. des sc. méd.*, loc. cit., p. 684. — D'après Ch. LOISEAU. *De la folie sympathique*, Th. de Paris, 1856.
(3) Ch. FÉRÉ. Loc. cit., p. 13 et 14.

nels, et de celles qui ne font qu'effleurer la question par la simple mention « rien dans les antécédents », ou encore « tempérament nerveux », et qui ne disent mot des divers stigmates psychiques et physiques de dégénérescence, ne serait-ce que pour constater leur absence?

N'avait-on pas affaire, dans tel ou tel cas, à une prédisposition latente, à une folie larvée, ne demandant qu'une occasion de se manifester d'une manière évidente, occasion fournie par l'opération gynécologique, comme elle eût pu l'être par un traumatisme opératoire quelconque, une vive émotion, une phlegmasie, une intoxication?

Il faut donc, soigneusement, s'attacher à découvrir cet état caché, et pour s'éclairer sur ce point qui est parfois si difficile à mettre en relief, ainsi que nous l'avons vu au cours de cet article, on devra s'appliquer non seulement à l'étude du passé familial, mais encore à la recherche des stigmates physiques et psychiques du sujet, et très souvent ce travail ne sera pas sans aboutir.

VII

Quelques mots seulement sur ce dernier point.

Nous avons dit plus haut que, suivant la plus ou moins grande puissance des tares originelles, les effets se manifestent sur l'individu avec une clarté plus ou moins nette. Les uns résument une hérédité chargée, et celle-ci a marqué son empreinte sur le physique aussi bien que sur le moral de la façon la plus évidente. Ce n'est point d'eux qu'il doit être ici question.

Chez les autres, au contraire, l'hérédité est voilée, et demande à être cherchée. Il peut se trouver dans cette catégorie des sujets à intelligence tout à fait remarquable, et l'on sait que, depuis Moreau (de Tours), on accorde volontiers au génie une parenté névropathique (1); mais cependant si l'on étudie le sujet de plus près, on voit que le développement exceptionnel de certaines facultés s'est fait souvent au préjudice des autres, et qu'il s'agit d'individus mal « équilibrés ».

Ceux-là surtout doivent attirer notre attention.

A l'observation attentive, leurs idées et leurs actes habituels manquent de pondération et ne sont pas ce qu'on est en droit d'attendre d'un sujet normal.

Si l'on interroge le passé de ces malades, on apprend que leur enfance a été traversée par des modifications du caractère, brusque, inégal, capricieux, remarquablement indocile, par de violentes colères, des instincts pervers. On apprend qu'elles ne pouvaient supporter la moindre contradiction, la moindre discussion, et que brusquement, de la douceur et du calme, on les a vues passer à la violence et à la grossièreté.

Certaines étaient affectées d'une véritable hyperesthésie morale avec tendance fréquente au pessimisme (2), d'autres, d'une excessive susceptibilité pour les agents physiques, réagissaient violemment suivant les cas par une joie exubérante ou une profonde tristesse : leur excitabilité sensorielle était exagérée.

Il y a des malades qui présentent des idées d'une fixité et d'une ténacité qui résiste à tout. C'est ainsi qu'on les voit insister pour se faire opérer avec un véritable entêtement. C'est chez elles une obsession.

(1) Ch. Féré. *La pathologie des émotions*, p. 529.
(2) Ch. Féré. *Ibid.*, p. 530.

Elles s'efforcent de se créer un état pathologique nécessitant une intervention chirurgicale; elles simulent des maladies qu'elles savent ne pas avoir, pour obtenir les opérations qu'elles désirent. Et cette insistance fixe, continuelle, qui a d'ailleurs pu suggestionner le chirurgien lui-même, peut aller jusqu'à des menaces de suicide, si elle n'est pas satisfaite.

Ce sont bien là des manifestations *pré-opératoires* de la psychose à mettre en regard des manifestations *post-opératoires*, et ce désir immodéré de l'opération n'est le plus souvent pas une expression isolée de l'état névropathique.

Un point tout à fait digne d'attirer l'attention, se trouve dans la non-concordance entre les manifestations accusées par la malade et les résultats de l'examen direct. Ainsi, par exemple, elle se plaint amèrement de vives douleurs abdominales, sans caractères bien précis; elle accuse des palpitations cardiaques, des digestions pénibles, la perte du sommeil, une très grande lassitude, et l'impossibilité du plus petit effort; elle s'inquiète perpétuellement de son état, se trouve complètement obsédée par toutes sortes de complications imaginaires. Or, l'examen direct révèle, par exemple, un vice de position, une déviation de l'utérus, avec de la mobilité, nulles lésions inflammatoires, pas de complications annexielles.

« Il faut se méfier, a dit M. Segond, des malades à grandes douleurs avec lésions annexielles minimes, et bien que la chose soit souvent exacte, ne rendre celles-ci responsables de celles-là, qu'avec la plus attentive circonspection (1). »

Chez ces malades, il n'est point difficile de trouver d'autres stigmates non douteux, inconséquences, doutes, jalousies, scrupules, changements et bizarreries d'humeur, « instabilité psychique particulière à la merci des circonstances les plus futiles (2). » On découvre dans leur passé, des tics, des peurs, des rêves, des hallucinations nocturnes, une humeur fantasque et capricieuse, une impressionnabilité exagérée; on apprend que la malade « se prenait, à certains moments, d'une affection excessive pour telle ou telle personne, puis, que brusquement, sans motif apparent ou pour la moindre futilité, elle se brouillait... parlait... à tort et à travers » (3).

On sait que les émotions morales vives, la peur, la joie, sont du domaine de la nervosité excessive (4), qu'elles engendrent l'enthousiasme excessif, ou donnent naissance à une profonde dépression, et que très souvent cette émotivité se manifeste par des craintes absolument injustifiées, par exemple : crainte de l'espace, des endroits obscurs et fermés, de la solitude, crainte de certains contacts, et surtout crainte bien connue du sang répandu, voire même devant le simple souvenir évoqué d'une plaie qui saigne.

Cette émotivité se retrouve chez certains malades, qui l'accusent au plus haut degré par une appréhension de l'opération, une terreur vraiment au delà de toutes limites, et c'est ainsi, par exemple, qu'on a pu voir au moment de l'intervention, des femmes s'énerver, s'agiter, se débattre, les yeux hagards, les traits altérés, s'enfuir même en poussant des cris de bêtes sauvages (Bouilly).

Dent, et récemment M. le professeur Joffroy, se sont demandé si cette très vive préoccupation et cette grande

(1) P. Segond. Loc. cit.
(2) Ch. Bataille. *Traumatisme et névropathie*, Th. de Paris, 1887, p. 8.
(3) E. Denis. Loc. cit., p. 31 et seq.
(4) Ch. Féré. Loc. cit., p. 15 et 16.

émotivité consécutive, ne pourraient pas être le point de départ de la folie.

Avec M. Rayneau (1) nous regardons, au contraire, cette émotivité comme un stigmate de prédisposition, et nous croyons devoir lui appliquer les réflexions que nous venons de faire à propos de l'insistance de certaines malades à se faire opérer.

Dans ces cas, en effet, pensons-nous, ce n'est point l'émotion qui a rendu le sujet névropathe ; mais c'est, tout au contraire, parce qu'il était déjà névropathe, qu'il a présenté en face de l'opération cette crainte immodérée (2). « Et si, comme le dit l'auteur précité, l'opéré n'a pas d'antécédents héréditaires ou personnels, s'il n'a pas de dégénérescence héréditaire ou acquise, il pourra bien redouter une opération grave, mais il ne délirera certainement pas du fait de cette appréhension bien naturelle. » L'homme normal est armé pour la lutte et pour la souffrance, l'adversité est un tonique pour les cerveaux normalement constitués, et l'on doit considérer comme taré, l'homme qui devient fou devant la seule crainte de l'intervention (3).

Ces cas d'émotivité sont fréquents; mais ils ne se montrent pas tous avec la même évidence, car il est des sujets mieux doués psychiquement, qui en arrivent à faire sur eux-mêmes les plus grands efforts pour vaincre cette si grande préoccupation, qui affirment même ne pas être émus en pareille occurrence (4).

Enfin, nous avons fait remarquer ci-dessus, qu'il s'agit souvent, précédant les psychoses, d'opérations destinées à remédier à des positions vicieuses de l'utérus, des ptoses et des relâchements ligamenteux, à de l'atonie du plancher pelvien...

Or, s'il existe des prolapsus d'origine locale, souvent aussi on doit considérer qu'ils sont une des manifestations d'un trouble général de l'économie.

On sait qu'il est des familles dans lesquelles il existe et des prolapsus génitaux et des hernies, qu'il est des malades présentant de la faiblesse des parois abdominales, avec néphroptose, dilatation stomacale, distension du système veineux, voire éventrations post-opératoires, et qu'il s'agit, en pareils cas, d'une véritable maladie générale, d'un vice de nutrition, d'une dystrophie, d'une « infériorité physiologique des tissus », qui pourrait bien dépendre d'une lésion primitive du système nerveux (5).

La plupart des sujets ainsi psychiquement atteints présentent aussi certaines *imperfections* physiques, certains vices de conformation et difformités dus à des anomalies de développement; des asymétries pouvant porter sur la tête, le tronc, les membres, les organes génitaux, et présentant bien des degrés dans leur nombre et leur profondeur, viennent d'ailleurs attester le rôle primordial de l'hérédité dans le sujet que nous traitons; et nous devrions joindre encore à tous ces troubles, les anomalies fonctionnelles, dont plusieurs ont pu se montrer dès l'enfance, les vices du langage, les anomalies du mouvement, les diverses perversions des sens, etc.

Cependant, ajoutons tout de suite, que de même que pour les stigmates psychiques, il y a ici des degrés, qu'il est à peine besoin de dire que, seuls, les sujets prédisposés les plus entachés d'hérédité, pourront présenter ce tableau avec une netteté plus ou moins grande, et que, si nous avons insisté de la sorte, c'est uniquement pour montrer avec quelle sévérité doit être menée une telle enquête.

C'est, en effet, en interrogeant de cette manière le passé des malades, et les malades elles-mêmes, que l'on produira des observations concluantes, et que l'on pourra lutter efficacement contre la grande difficulté des aveux familiaux.

Jusqu'à présent, ce n'est malheureusement pas ainsi qu'elles ont été prises, et voilà comment nombre de publications récentes accusent à tort les opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme d'engendrer la psychose, alors qu'il apparaît clairement, lorsque les manifestations névropathiques se produisent chez des sujets présentant de tels stigmates, que le rôle attribué au traumatisme doit être singulièrement amoindri, que le traumatisme ne doit être envisagé que comme agent provocateur, et que c'est à l'état constitutionnel qu'apparaît la responsabilité de ces troubles.

(1) Cong. des médecins aliénistes, Angers 1898.

(2) Mérigot de Treigny. Loc. cit., p. 279.

(3) Marandon de Montyel. *Rev. de chir.*, p. 660.

(4) Tissié. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 juillet 1898, n° 29, p. 340.

(5) Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, p. 443-449. — Tuffier. *Semaine méd.*, 1894, p. 285.

THÉRAPEUTIQUE

Uréthrite blennorragique.

Bleu de méthylène.		6 à 12 centigr.
Huile de bois de santal.	} ââ	18 —
Oléorésine de copahu .		
Huile de cinnamone		1 goutte.

Pour une capsule n° 20. — S. A prendre une capsule trois fois par jour. (O. Horwitz. *Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1899. — Présidence de M. Monod.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE TESTICULAIRE

M. Delbet étudie d'abord la nature des opérations auxquelles on peut avoir recours dans le traitement des tuberculoses testiculaires. Il doit, en effet, y avoir une corrélation entre la gravité des opérations et leurs indications. Si une opération est très grave, mutilante, on hésitera bien plus à la pratiquer que si elle est légère, facile et bénigne. M. Delbet discute successivement les opérations s'adressant à l'épididyme et la castration.

La castration est-elle légitime dans la tuberculose testiculaire? Quand l'épididyme est atteint par la tuberculose, s'ensuit-il que le testicule lui-même soit également malade? Telles sont les questions que M. Delbet veut passer en revue.

Il laisse de côté les jeunes enfants et les phtisiques cachectiques pour ne viser que les cas de tuberculose épididymaire non cachectique. Dans ces cas, le corps d'Higmore est très souvent infecté, mais les lésions de la glande elle-même sont très rares : sur 17 cas relevés par M. Delbet, il ne s'en est trouvé que 3 dans lesquels la glande testiculaire elle-même était envahie. Ce n'est évidemment pas assez pour qu'on doive préconiser la castration comme méthode générale de traitement des tuberculoses dites testiculaires. Ces tuberculoses ne commandent donc pas, en général, l'ablation du testicule. Or, pourquoi certains chirurgiens la recommandent-ils? parce qu'ils croient avec M. Berger que l'ablation d'un testicule tuberculeux est le

meilleur moyen de sauvegarder l'autre testicule d'une atteinte secondaire et, pour défendre cette opinion, M. Berger s'appuie sur ce fait qu'il n'a pas constaté de récidive de la tuberculose dans le testicule du côté opposé après une castration simple. M. Berger a eu affaire à une série heureuse; c'est, en effet, le contraire qu'a observé M. Delbet. C'est un leurre de pratiquer la castration dans le but de sauvegarder le testicule du côté opposé.

Les partisans de la castration insistent sur l'amélioration des lésions prostatiques qui suit cette opération. Il est reconnu aujourd'hui que ce n'est pas là le fait de la castration et cette amélioration a été constatée également après les opérations portant sur l'épididyme. Dans la plupart des cas, les premiers tubercules se déposent sur la prostate et les premiers symptômes observés sont précisément ceux qui indiquent ces lésions prostatiques. Or, tous ces symptômes disparaissent après les opérations portant sur l'épididyme.

On a prétendu que le testicule privé de ses voies d'excrétion était un organe inutile, un organe moral. C'est là, dit M. Delbet, une grande erreur et la preuve c'est, qu'après ces opérations, le testicule ne s'atrophie pas, ce qui prouve qu'il fonctionne. Ce n'est pas du tout un testicule détruit, on sait que les malades qui ont eu une épididymite double restent parfaitement puissants. Ils sont inféconds mais puissants. Un homme sans épididyme n'est pas un eunuque. On n'a donc pas le droit de supprimer un testicule tant qu'il n'est pas lui-même le siège des lésions.

Au point de vue de l'opération, M. Delbet préfère la résection de l'épididyme au bistouri qui permet, bien mieux que les cautérisations, d'enlever tout ce qui est malade et de respecter tout ce qui est sain. L'opération radicale doit être réservée pour un très petit nombre de cas spéciaux. La résection précoce de l'épididyme est celle qui est indiquée dans la grande majorité des cas.

M. POIRIER cite l'exemple d'un malade chez lequel la prostate a été atteinte de tuberculose après l'ablation de l'épididyme. A ce propos, il décrit un procédé opératoire permettant d'enlever les vésicules séminales par la voie inguinale. L'incision est celle de la ligature du canal déférent On a donné à cette opération le nom de vésiculectomie. Cette voie inguinale paraît à M. Poirier bien préférable à la voie périnéale.

M. QUENU cite l'exemple d'un malade qui conserve le volume et la sensibilité de son testicule six ans après l'excision de l'épididyme.

RAPPORT

Néphrotomie pour remédier à une anurie. — M. NÉLATON fait un rapport sur une observation adressée par M. Legueu. Il s'agit d'une néphrotomie pratiquée pour remédier à une anurie de cause indéterminée. Voici le résumé de cette observation :

Une femme de trente-neuf ans entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Nélaton, pour une tumeur abdominale, mobile, fluctuante, présentant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Toutefois, la tumeur semblait s'enfoncer dans les fausses côtes gauches; en outre, la malade affirmait avoir été opérée dix ans auparavant d'un kyste de l'ovaire. M. Nélaton opéra cette malade, trouva une masse kystique sous-péritonéale et qui avait le rein gauche pour point de départ. Il s'agissait d'une vaste hydronéphrose avec un rein aplati sur la paroi du kyste. Il n'y avait pas de calculs. Après avoir enlevé cette masse kystique multilobée, M. Nélaton lia trois pédicules épiploïques. Ayant porté sa main dans le petit bassin, il put constater que cette femme avait ses deux ovaires.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Mais dans la nuit du huitième au neuvième jour, la malade fut prise de douleurs assez vives dans le flanc droit pour nécessiter une piqûre de morphine. M. Nélaton pensa qu'il s'agissait d'une colique néphrétique. Il fit faire une injection de sérum qui ne fit ni bien ni mal. Le soir à cinq heures, la malade n'urinant pas, on la sonda sans succès. Le lendemain, pas d'urine. M. Nélaton attendit encore. Le dixième jour et la nuit, pas d'urine. Dès le lendemain matin, M. Nélaton fit venir M. Legueu avec un appareil pour éclairer la vessie; l'appareil ne marcha pas : il y avait trente-huit heures que la malade n'avait pas rendu une goutte d'urine. M. Nélaton demanda alors à M. Legueu de pratiquer une néphrotomie palliative sur le seul rein restant. Il fit une large incision lombaire, incisa le rein, explora le bassinet, tenta, sans succès, le cathétérisme rétrograde, plaça un drain et referma la plaie. Le résultat fut parfait. L'urine s'écoula par cet orifice lombaire anormal. Vers le septième jour, l'urine reprit son cours normal, seulement il y avait tantôt 200 grammes, tantôt 50 grammes, tantôt 1 500 grammes. Ce ne fut qu'à partir du quarantième jour que l'urine reprit définitivement son cours normal. M. Nélaton retire alors le drain et la malade guérit en huit jours.

MM. Nélaton et Legueu ont fait, dans ce cas, une néphrotomie palliative de propos délibéré, ils ont ainsi paré aux accidents mortels qui menaçaient cette malade. Cette pratique était rationnelle et il n'y avait pas autre chose à faire. Il resterait à déterminer la cause de cette anurie. M. Nélaton avait pensé un instant que l'un des pédicules épiploïques qu'il avait formés avait pu s'infecter et contracter des adhérences avec l'uretère de façon à le dévier ou à le boucher. D'autre part, il semblait bien y avoir une colique néphrétique, mais on ne trouva pas de calculs. Quoi qu'il en soit, en pareil cas, on peut toujours commencer par pratiquer une néphrotomie palliative, quitte à recourir ultérieurement à une seconde opération pour lever l'obstacle, si obstacle il y a.

M. ROUTIER déclare que c'est pour lui une conduite courante que celle qui, dans ce cas, a été suivie par MM. Nélaton et Legueu. Il n'hésite pas, en présence d'une anurie, à pratiquer tout d'abord une néphrotomie palliative.

M. NÉLATON fait observer qu'on pouvait hésiter entre cette néphrotomie et l'urétérotomie qui a été proposée, dans des cas analogues, pour rechercher l'obstacle dans la portion pelvienne de l'uretère. La conduite à tenir, dans ce cas, pouvait donc être discutée.

M. BAZY pense qu'il ne pouvait être question que d'un calcul ou d'une coudure de l'uretère. Il n'y avait pas autre chose à faire que ce qui a été fait.

LECTURE

Gastro-entérostomie. — M. DEMOULIN lit une observation de tumeur de nature indéterminée du pylore, avec sténose pylorique, impossibilité de s'alimenter; il pratique la gastro-entérostomie; le malade guérit et la tumeur disparut (commiss. M. Tuffier).

PRÉSENTATION DE MALADES

Gangrène pulmonaire. — M. TUFFIER présente un homme de soixante-quatre ans, qui avait une gangrène du poumon datant de huit mois. Il y avait un gros foyer du côté droit, avec abcès du volume du poing. M. Tuffier ouvrit cet abcès et le malade guérit sans fistule; il n'a conservé aucune lésion bronchique, ni pulmonaire, aucune dilatation bronchique. Il n'y a pas eu, chez ce malade, de tuberculose secondaire, comme cela s'observe si souvent. Il a été et est resté complètement guéri.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. POTHERAT présente un couteau qu'un jeune garçon de dix-sept ans s'est enfoncé dans le flanc droit. Il y a eu pénétration, puisqu'il y avait

hernie épiploïque. L'interne de garde se contenta de retirer ce couteau qui était encore enfoncé dans la plaie et de laver celle-ci. L'enfant guérit sans accidents. Il est à supposer qu'aucun organe important n'a été atteint par la pointe du couteau. Si M. Potherat avait été appelé auprès de ce blessé, il n'eût pas hésité à faire la laparotomie. Dans ce cas, elle eût été blanche.

Ostéome du brachial antérieur. — M. MONOD présente un ostéome du brachial antérieur qu'il a enlevé.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les Coréens : hygiène (1).

Par M. le docteur CHASTANG.

IV

HABITATION. — Les habitations des mandarins et des notables sont entourées d'un mur en maçonnerie, et la porte d'entrée est surmontée d'un petit toit, dont l'architecture rappelle celle des pagodes chinoises. Chez les généraux et les princes, il est habituel d'avoir à franchir jusqu'à trois portes avant d'arriver au corps du logis. Mais ce sont là de véritables palais se rapprochant de la construction chinoise. La maison coréenne type est plus simple.

La toiture constitue souvent la plus grande différence entre les habitations des riches et celles des pauvres. Les premières, plus rares, sont couvertes de tuiles vernissées, les autres de chaume. Le toit dépasse en général le mur de 75 centimètres à 1 mètre, formant ainsi tout autour de la maison un abri contre la pluie et le soleil.

Les murs sont quelquefois en moellons de pierre, plus communément en terre glaise pétrie, soutenue par des lattes de bambou et de bois. Les portes et les fenêtres en bois plein ou en treillis recouvert de papier fort, sont d'ordinaire assez mal ajustées et laissent passer les courants d'air. Pendant l'été, on les tient ouvertes, et pour protéger l'intérieur, plus contre les regards des passants que contre les rayons du soleil, on attache des stores au rebord de la toiture.

Les maisons ont rarement plus d'un étage. Les chambres sont petites, ayant à peine 2 mètres de hauteur et souvent moins de 3 mètres dans leur plus grande dimension; les gens les plus pauvres n'ont qu'une chambre, les plus aisés en ont habituellement trois, séparées les unes des autres par des châssis en bois recouverts de papier; une d'entre elles est spécialement consacrée au culte des ancêtres.

Le parquet des appartements consiste en dalles de pierre sur lesquelles une couche épaisse de papier remplace le tapis. Il est exhaussé au-dessus du sol un peu creusé, et l'espace compris entre la terre et lui constitue un four de même superficie, dans lequel on allume l'hiver un feu de bois, souvent très ardent. La fumée s'en échappe par un tuyau qui aboutit à l'extérieur, et qui a à peine 40 à 75 centimètres de hauteur au-dessus du sol. Ce mode de chauffage est fréquemment remplacé par un autre plus économique; la fumée, provenant de la cheminée de la cuisine, s'engage dans des conduits qui passent sous les appartements avant d'être évacuée au dehors, et c'est elle qui échauffe le parquet. Il arrive d'habitude que tuyaux et parquet, en assez mauvais état, présentent des fissures à travers lesquelles la fumée pénètre dans la chambre, dont elle vicie l'air.

L'ameublement est des plus simples; dans la chambre réservée aux réceptions un petit coffret à tiroirs, une table basse sur laquelle un vase peut contenir quelques fleurs, sur le sol une peau de tigre ou de léopard; dans la chambre à coucher, d'autres coffres à serrures et à poignées de cuivre pour les vêtements, se transformant en malles quand on voyage, et dans un enfoncement du mur des porte-manteaux plus ou moins primitifs. Dans les appartements des femmes, on voit en outre quelques petits meubles en bois plus fin et en laque, des objets de toilette, des paravents, et sur les murs des kakémonos avec des devises. Nulle part de chaises; on s'asseoit sur le parquet.

La femme a sa chambre ou ses chambres à elle, donnant sur la cour, et où ne peut pénétrer aucun autre homme que son mari.

On couche sur le sol, sur une natte, avec une traverse en bois comme oreiller; quelques-uns plus raffinés remplacent la natte par un petit matelas recouvert de soie qui s'étale la nuit et reste enroulé dans un coin pendant le jour.

On s'éclaire avec des lampes à huile, mais bien plus communément avec des chandelles portées par de grands chandeliers en bois ou en cuivre. Ces chandelles sont d'un bon marché étonnant, mais elles brûlent vite, fument beaucoup et répandent une odeur désagréable.

Sur le côté de la maison, une pièce séparée sert à la fois de cuisine et de chais. On y conserve dans de grands vases de grès les liquides, le riz et les céréales.

Les Coréens ne cherchent à avoir ni jardins, ni pelouses. Quelques-uns très rares cultivent à peine quelques fleurs, de préférence des chrysanthèmes et des roses trémières. La cour de la maison est étroite et resserrée. Dans un coin un enclos entouré par une palissade sert de dépotoir et de fosse d'aisance. Les matières fécales et les détritus de toutes sortes restent là jusqu'à ce qu'on les enlève pour les envoyer à la campagne où ils sont utilisés comme engrais.

Toutes les maisons sont séparées les unes des autres par des murs en terre ou par des palissades assez élevées pour qu'on ne puisse être vu de ses voisins.

VILLES, VILLAGES. — Les habitations sont groupées en villages ou en villes. Les hameaux composés de cinq à dix maisons sont la grande majorité. Les gros villages sont rares. Les villes sont au nombre d'une centaine à peine. Les maisons sont souvent plus propres et plus vastes à la campagne que dans les villes. Dans celles-ci les rues larges sont l'exception; on ne rencontre que des ruelles étroites, tortueuses, mal entretenues, où s'accumulent toutes les immondices. L'écoulement des eaux se fait par des ruisseaux découverts qui descendent le long des maisons jusqu'à la rue où ils aboutissent à d'autres ruisseaux occupant soit le milieu, soit les côtés de la voie : les matières y stagnent souvent en répandant de mauvaises odeurs. Dès qu'il pleut, on circule dans une boue épaisse et puante.

Les villes sont entourées de murailles élevées. Séoul, la capitale, a un mur d'enceinte percé de huit portes monumentales. Elle n'a que trois rues larges, l'une allant de l'est à l'ouest, les deux autres coupant la première à angles droits.

Partout la population est dense; on vit à l'étroit dans l'agglomération et l'encombrement.

ALIMENTATION. — L'alimentation des Coréens présente sur celle de leurs voisins les Chinois la supériorité d'être beaucoup plus variée. Bien que le pays produise des céréales en abondance, ils n'ont rien qui ressemble à notre pain. Le riz cuit à l'eau constitue la base de la nourriture; les indigènes excellent à le préparer et les femmes en savent faire de la patisserie. Le millet bouilli constitue aussi un aliment nourrissant et peu coûteux, remplaçant complètement le riz dans certains districts du nord ou dans les régions montagneuses où celui-ci n'est pas cultivé.

Ils aiment beaucoup les fruits, surtout les concombres,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 569.

les melons d'eau, les pommes, les prunes, les oranges qu'ils préfèrent très avancées ; les légumes, navets, choux-chinois, pommes de terre; les œufs. Ils mangent de la viande, surtout du bœuf et du porc simplement rôtis. Ils égorgent leurs animaux et les saignent aussi peu que possible. La viande de chien n'est guère employée que pour faire des bouillons de malades. La volaille et le gibier sont peu goûtés.

Le poisson est préféré frais, cru, très épicé. Mais dans l'intérieur on mange le poisson sec.

Tous les aliments sont mangés fortement épicés, apprêtés avec de l'huile de sésame, de colza ou de ricin.

Comme boisson c'est l'eau, et avant tout celle dans laquelle a bouilli le riz qui est la boisson habituelle. Le thé est peu répandu. On boit différentes liqueurs alcooliques obtenues par la fermentation des céréales, notamment une bière faite avec le riz. Aujourd'hui la bière japonaise tend à remplacer ces liqueurs, et parmi les gens très riches le vin de Bordeaux et le champagne sont déjà connus. Le Coréen ne boit jamais le lait des animaux et est incapable de traire une vache.

On fait trois repas par jour; un repas léger le matin, un plus copieux au milieu du jour, et le soir un diner abondant où l'indigène déploie toute sa gloutonnerie. Le service commence souvent par un plat sucré. Les hommes mangent habituellement les premiers, les femmes ensuite dans une chambre à part. On dit que la Coréenne a de grandes tendances à être excellente cuisinière.

L'habitant des villages de l'intérieur mange dans de la porcelaine du pays très grossière; celui des villes ou des villages plus en relations avec la côte, a de la porcelaine plus fine d'origine japonaise. L'un et l'autre possèdent souvent des ustensiles en cuivre bronzé tenus très propres. On se sert bien comme en Chine de petites baguettes en bois, mais le service comprend aussi des cuillers en cuivre assez plates.

Les Coréens sont grands mangeurs, voraces et gourmands, et ils mettent un certain point d'honneur à absorber beaucoup de nourriture. Dès l'enfance, rapporte le P. Dallet, on s'applique à donner à l'estomac toute l'élasticité possible. Souvent les mères prennent leurs petits enfants sur les genoux et les bourrent de riz et d'orge en leur frappant sur le ventre pour activer le travail mécanique de la digestion; si bien qu'il n'est pas rare après un de ces repas de les voir respirant à peine et incapables de marcher. On peut dire que la dyspepsie est la maladie nationale de la Corée.

Naissance. Allaitement. — Lorsque l'enfant va naître, un lit fait en paille de riz molle est étendu à terre. Une ou deux amies de la femme sont seules présentes à l'accouchement. On lui fait prendre une boisson qui consiste dans une tisane tiède édulcorée avec du miel ou qui est quelquefois une préparation très amère de foie d'ours à laquelle on attribue des vertus spéciales. Le nouveau-né est lavé à l'eau chaude; pendant les deux premiers jours on ne lui fait boire que de l'eau de riz; le troisième jour on le met au sein. A ce moment le lit de paille disparait et est remplacé par la natte ordinaire. La nourriture de la mère se borne jusque-là à une soupe au riz dans laquelle on fait bouillir une herbe marine desséchée. Pendant huit ou dix jours elle ne reçoit aucune visite.

Les femmes du peuple qui travaillent beaucoup n'allaitent guère leurs enfants que jusqu'à deux ou trois ans, mais celles des hautes classes, qui n'ont d'autre occupation, prolongent souvent l'allaitement jusqu'à sept ou huit ans et même davantage.

Démographie. — La population de la Corée semblerait se maintenir à un chiffre à peu près fixe, avec tendance à une légère décroissance. Les nombreuses familles sont rares; celles de deux ou trois enfants sont les plus communes; elles sont plus nombreuses dans les campagnes que dans les villes.

Efféminés par leur existence oisive et fatigués par des excès de toute nature, les hommes ne jouiraient pas d'une très grande virilité et les drogues qu'ils absorbent en quantité pour combattre cette faiblesse en seraient la meilleure preuve. La stérilité de la femme n'est pas rare. L'existence renfermée de la mère, les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles on vit, la syphilis répandue dans toutes les classes sont autant de causes qui peuvent expliquer ce fait maintes fois rapporté que les enfants sont très faibles pendant les premiers mois qui suivent la naissance et ne se développent que plus tard. La natalité, relativement faible déjà, serait encore diminuée par la pratique de l'avortement qui, suivant le P. Dallet, serait commune.

Beaucoup d'enfants meurent jeunes, soit de faiblesse constitutionnelle, soit des maladies du jeune âge, soit que perdant leur mère avant d'être sevrés ils soient voués à une mort certaine parce qu'on n'a pas l'habitude de l'allaitement artificiel et qu'on ne sait pas les nourrir.

Le suicide n'est pas très fréquent et s'observe surtout chez des aliénés ou des veuves qui ne peuvent se résoudre à la nouvelle existence sociale que leur impose la mort de leur mari.

On se marie beaucoup et on se marie très jeune. Les hommes à quinze ans, les femmes à quatorze peuvent contracter mariage, et, sur permission spéciale des autorités, cet âge peut être réduit à douze ans pour les deux sexes dans le cas où les parents sont malades ou âgés de plus de cinquante ans. Dans la pratique, on se marie à un âge plus avancé et même la formalité du mariage n'implique pas la cohabitation. En tout cas on projette une réforme interdisant les unions précoces et fixant à vingt ans pour les hommes et seize ans pour les femmes l'âge minimum exigé pour le mariage. D'après de Rosny, dans les castes élevées, des lois sévères interdisent les mariages consanguins aux degrés de parenté les plus éloignés.

Malgré les règles de morale rigides admises dans le pays, le Coréen est très dépravé et enclin à tous les vices. La prostitution est très répandue dans les villes et surtout dans la capitale et les ports, et elle est très dangereuse parce que rien ne la réglemente et que la syphilis a de profondes racines dans le pays.

En dépit de la paresse des indigènes la pauvreté absolue est rare, on rencontre peu de mendiants; la mendicité d'ailleurs n'est tolérée que dans certaines fêtes ou dans des circonstances rares, et ceux qui implorent la charité publique sont des besogneux réels, estropiés ou lépreux. On ne trouve pas dans ce pays, ce qui est si commun dans le céleste empire, de difformités artificielles produites en vue de la mendicité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (accouchements). — Lecture : MM. Basset, 15; Chavanne, 17; Dubrisay, 14; Wallich, 18.

— Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — M. le docteur Carle (de Montélimar.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Miquet, Thoumas (de Paris); Marmier (de Lille); Marsset (de Lavoute-Chilhac).

— *Congrès de Berlin.* — Les membres du Congrès de la tuberculose, ouvert le 23 mai dernier, sous la présidence du chancelier d'Empire, en présence de l'impératrice, ont été reçus dimanche dernier par l'empereur et l'impératrice entourés des membres de la famille impériale, à Potsdam.

L'empereur, après quelqparoles adressées au duc de Ratibor, président du Congrè est entretenu avec certains des membres présents, en parlier avec MM. Brouardel et Nocard.

L'empereur a particulilment interrogé M. Brouardel sur l'Exposition de 1900 et le grès international de médecine qui va se tenir à Paris l'an prain.

— *École de médecine dijon.* — Un concours s'ouvrira le 13 novembre 1899, pour lploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— M. le docteur Phocient d'être nommé membre associé étranger de la Société b de chirurgie.

— Nous avons le regd'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Bigot (d'Hazbuck); Grizou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Châlons (Marne

— *Travaux pratiques médecine opératoire spéciale*, sous la direction de MM. Terriprofesseur, et Hartmann, agrégé. — M. le docteur Cunéo, osecteur, commencera son cours de gynécologie le lundi 5 à une heure et quart.

1. Dilatation de l'uts; curetage; amputation du col. — 2. Principes généraux dopérations plastiques; colporraphie antérieure, colpopérinéophie. — 3. Opérations plastiques sur le col; ligature vaginale de l'utérine; colpotomie postérieure. — 4. Colpotomie antérieure, ses applications; traitement des déchirures du périnée. — 5. Ablation des fibromes intra-utérins; hystérotomie et hystérectomie vaginales. — 6. Dilatation de l'urèthre; taille vaginale; traitement des fistules vésico et recto-vaginales. — 7. Raccourcissement des ligaments ronds; hystéropexie abdominale. — 8. Principes généraux des opérations abdominales; ablation unilatérale des annexes; ligature de l'utérine par l'abdomen. — 9. Castration abdominale totale pour annexites suppurées. — 10. Hystérectomie abdominale pour fibromes.

Le nombre des élèves est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

MÉNORRHAGIE — *Apiol Joret et Homolle.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 63. — MARDI 6 JUIN 1899. 72e ANNÉE. MARDI 6 JUIN 1899. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Paris, le 5 juin 1899.

CONGRÈS DE BERLIN

Le Congrès pour la lutte contre la tuberculose vient de se terminer. Organisé d'une façon remarquable par nos voisins, il nous a montré quelle importance ils attachent à la lutte contre la tuberculose, contre ce mal sans cesse envahissant et jusqu'ici insuffisamment combattu.

La consécration officielle n'a pas manqué à ce Congrès. L'appui du gouvernement allemand, celui de tous les gouvernements d'Europe qui avaient délégué leurs représentants les plus illustres et les plus autorisés, tout a concouru pour en assurer le succès.

Si tous les desiderata allemands n'ont pas été atteints, au moins avons-nous vu la question des sanatoria faire un grand pas en avant. Les Allemands nous ont montré là tout ce qu'on pouvait faire avec de l'ordre et de la suite dans les idées.

Mais il faut aussi en attribuer le mérite à nos compatriotes. S'ils étaient venus en petit nombre, ils n'en ont pas moins été très écoutés. MM. Brouardel et Grancher, en particulier, ont lu une « Note sur les sanatoria » et ont montré tout ce que l'*alimentation*, l'*aération* et le *repos* pouvaient obtenir dans des établissements *aseptiques* et *disciplinés*. Cette communication venant appuyer le remarquable mémoire du professeur Landouzy, sur lequel nous reviendrons, a bien montré tout l'intérêt attaché à la vulgarisation des établissements pour le traitement des maladies du poumon.

Cette notion de l'importance des sanatoria, sanatoria pour riches, et surtout sanatoria pour pauvres, a d'ailleurs été la dominante de tout le Congrès. Le gouvernement allemand et l'initiative privée de grands industriels (l'un d'eux, M. Heyl, vient de donner 3 millions de marks dans cette intention), tout cela contribuera au succès de cette idée.

Signalons, en terminant, l'esprit pratique de nos voisins, dont l'Exposition d'hygiène, ouverte en même temps que le Congrès, a pu profiter à la science, mais profitera surtout au commerce allemand.

L'étude de la **propagation de la tuberculose** était la première inscrite au programme.

Les considérations générales sur la propagation de la tuberculose et sur son importance comme maladie endémique ont fait l'objet d'un rapport de *M. Kohler* (de Berlin). L'auteur insiste sur le caractère contagieux et éminemment redoutable de la tuberculose. Dans tous les pays, ses progrès sont considérables; il est un devoir social et d'État de la combattre énergiquement.

M. Krieger (de Strasbourg), étudiant les rapports entre les conditions extérieures de la vie et la dissémination de la tuberculose, montre que certaines professions y sont particulièrement prédisposées : les infirmiers des hôpitaux, exposés à tant d'infections; les ouvriers qui aspirent des poussières ou débris irritants pour les bronches. D'une manière plus générale, toutes les professions qui amènent une diminution de la résistance de l'organisme.

Et *M. Brauer* (de Heidelberg) cite, à ce propos, la fréquence de la tuberculose parmi les ouvriers des manufactures de tabac.

L'étude de la tuberculose dans l'armée, par *M. Schjerning* (de Berlin), nous montre que la fréquence de cette maladie est restée stationnaire dans l'armée allemande de 1882 à 1890, qu'elle a augmenté de 1890 à 1892, et que depuis cette année elle tend constamment à diminuer, tandis que le nombre des hommes a augmenté très sensiblement. Ce résultat montre qu'il faut être particulièrement sévère au point de vue du recrutement, puis surveiller rigoureusement le casernement et l'hygiène des troupes.

C'est dans le même ordre d'idées que *M. Bollinger* (de Munich) recommande la surveillance de la viande et du lait contaminés, qui sont si fréquemment une cause de la propagation de la tuberculose des animaux à l'homme. *M. Nocard* insiste sur le contage par les bovidés et montre quels immenses services rend actuellement la tuberculine pour faire le diagnostic des animaux malades. Il insiste, en outre, sur l'isolement de ces animaux et la désinfection des locaux. Cette question n'intéresse pas seulement l'agriculture, mais aussi, et au plus haut point, les médecins.

En présence de ces modes de propagation si nombreux, la recherche des moyens, la **prophylaxie**, s'imposait.

Aussi *M. Roth* (de Potsdam) étudie-t-il les mesures générales à prendre contre la propagation.

La généralisation de l'usage de crachoirs portatifs et stérilisables lui semble, avec raison, de toute importance. Il en est de même de la désinfection des locaux habités par des tuberculeux.

La protection de l'enfance doit être mise en première ligne, surtout lorqu'il s'agit d'enfants ayant une hérédité tuberculeuse. Ici, une hygiène appropriée peut fort bien, comme le dit *M. Heubner* (de Berlin), avoir une heureuse influence. A l'école, il y a lieu de séparer de leurs camarades ceux qui sont soupçonnés de tuberculose (*Juba*). Mais c'est surtout à la suite des maladies infectieuses, pendant la convalescence, que les enfants doivent être surveillés et protégés contre toute contamination [*Ritter* (de Berlin)].

Au cours de cette discussion, *M. Meyer* (de Berlin) fait remarquer combien certaines intoxications, en particulier l'intoxication saturnine, sont favorables à la propagation de la tuberculose. Il l'a observé notamment chez les ouvriers compositeurs et imprimeurs de Berlin.

M. Baer (de Berlin) insiste aussi sur l'influence néfaste de l'alcoolisme. Tous deux réclament des mesures prophylactiques.

Les dangers du mariage entre tuberculeux sont bien montrés par *M. Kirchener* (de Berlin). Pour les combattre efficacement, on devrait empêcher que les individus suspects de tuberculose ou ayant une hérédité tuberculeuse se marient jeunes. Le médecin a le devoir de les surveiller. Si le mariage est un fait accompli, le médecin doit faire connaître à l'époux malade les dangers qu'il peut faire courir à son conjoint et à son entourage, et les moyens de les éviter.

De grandes précautions devront également être prises dans les ateliers et les logements privés (*Rubner*), dans les hôpitaux (*von Leube*), dans les ateliers (*Meyer*), dans les chemins de fer (*Schutze*), enfin, dans les stations climatériques et les villes d'eaux recevant des tuberculeux. A ce propos, *M. von Weismayre* (d'Alland) constate que le public qui manifeste des appréhensions contre les sanatoria, en montre moins pour les stations climatériques, où il se rend pour son plaisir. Là, comme partout ailleurs, il faut arriver à discipliner les tuberculeux, et il faut préconiser l'usage du crachoir.

En somme, on le voit, rien de bien nouveau n'est sorti du Congrès au point de vue de la prophylaxie. En est-il de même au point de vue de l'**étiologie**?

M. Flugge (de Breslau) étudie le bacille tuberculeux dans ses rapports avec la tuberculose. Il insiste avec Koch sur ce fait que le bacille de la tuberculose est la cause immédiate de toute tuberculose, quelle qu'en soit la localisation. On peut ne pas toujours le retrouver, et Koch lui-même a montré que le bacille disparaît des produits caséifiés et mortifiés.

Il faut maintenant considérer comme identiques la tuberculose des bovidés et la tuberculose humaine. Il n'en est pas de même de la tuberculose aviaire dont l'identité n'est pas démontrée.

M. Frænkel étudie ensuite les différents modes de propagation. Il faut, pour qu'il y ait contagion, que la pénétration du bacille dans l'organisme sain soit répété. On devra donc tenir compte du facteur quantité, mais aussi du terrain.

M. Landouzy place parmi les plus exposés les variolisés, les adolescents démesurément grands et les anciens trachéotomisés;

Puis les prédisposés héréditaires;

Enfin les « Vénitiens », — et il cite 7 infirmiers roux qu'il a soignés pour tuberculose dans les hôpitaux de Paris, aussi est-il d'avis de les éloigner comme tous les prédisposés des milieux de propagation.

M. Pfeiffer étudie ensuite les infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire.

Enfin l'hérédité, l'immunité et la prédisposition sont l'objet des conclusions suivantes de *M. Lœffler* (de Greifswald).

1° La tuberculose peut guérir spontanément, mais l'existence d'une immunité naturelle, acquise, ou congénitale, contre la tuberculose n'est pas démontrée.

2° La tuberculose congénitale ne se rencontre que d'une façon exceptionnelle et présente une importance tout à fait secondaire au point de vue pratique.

3° Les faits que nous possédons ne permettent pas d'affirmer d'une façon décisive l'existence d'une prédisposition congénitale ou héréditaire à la tuberculose.

4° Il est très probable que les affections non tuberculeuses des appareils digestif et respiratoire, ainsi que les troubles de nutrition générale favorisent la contagion tuberculeuse.

MM. Lannelongue et *Achard* viennent encore éclairer l'étiologie. Ils rappellent les célèbres expériences de Max Schüller qui avait montré l'influence du traumatisme sur le processus tuberculeux. La clinique avait d'ailleurs confirmé les données de l'expérimentation en montrant que le traumatisme peut localiser sur le point où il porte une infection généralisée ou née à distance. Or, on voit bien rarement chez un tuberculeux un grand traumatisme, fraction ou luxation, causer lui-même un foyer tuberculeux. Il y a donc là une contradiction apparente. Pour la vérifier, MM. Lannelongue et Achard ont injecté à des cobayes des produits tuberculeux, puis ils les ont traumatisés. Aucun foyer bacillaire ne s'est montré, et cependant tous les animaux inoculés sont morts tuberculeux.

Mêmes résultats sur d'autres cobayes et sur cinq lapins.

Ils inoculent alors à d'autres lapins des produits tuberculeux humains. Les uns moururent alors d'infection septique. Cinq survécurent et furent atteints d'arthrite suppurée ou d'arthrite fongueuse. Chez ces lapins les produits avaient été injectés dans le sang, aussi faut-il considérer cette infection du sang comme une condition favorable à la localisation du bacille dans les tissus lésés. Chez l'homme tuberculeux il n'en est pas de même, le sang n'est pas virulent; aussi concluent-ils : « Chez l'homme, la grande loi de pathologie générale que l'on a déduite des expériences de Max Schüller, ne trouve donc que d'une manière tout à fait exceptionnelle son application à la tuberculose, bien qu'elle dût précisément, dans l'esprit de son auteur, expliquer les faits relatifs à cette infection. »

MM. Arloing et *Courmont* (de Lyon) ont obtenu l'agglutination des cultures homogènes du bacille tuberculeux par les humeurs de l'homme et de la vache tuberculeuse. Ils emploient des sérums de chien ou de bouc inoculés avec cultures peu virulentes. Le sérum doit être agité tous les jours, il est utilisé du huitième au douzième jour.

Ils sont arrivés à avoir ainsi un moyen de diagnostic très sensible, d'autant plus sensible que la tuberculose est moins grave. Leurs recherches ont porté sur 186 cas. 106 malades cliniquement tuberculeux ont tous donné la réaction agglutinante, sauf 10 cavitaires.

Sur les 60 non tuberculeux, 26 ont agglutiné, ils sont donc en puissance de tuberculose.

Ici comme pour la fièvre typhoïde, comme pour la pneumonie, le procédé est appelé à un grand avenir.

M. Courmont signale encore quelques cas extrêmement rares où les tuberculoses humaines sont dues à des bacilles autres que les bacilles de Koch.

A côté de ces deux communications, il faut signaler la très intéressante note de *MM. F. Bezançon* et *V. Griffon* (de Paris) sur la culture du bacille de la tuberculose sur le sang gélosé. Ils donnent ici les résultats d'ensemble obtenus en cultivant le bacille de Koch ou des produits tuberculeux sur le milieu spécial que nos lecteurs connaissent déjà (1).

Pour ensemencer un produit solide, on emploie un tube de sang gélosé et on ensemence en promenant le fil de platine chargé du produit à la surface du milieu.

Si le produit à ensemencer est liquide (pus d'abcès froid, de pleurésie), on emploie les flacons d'Erlenmeyer au fond desquels on a laissé figer une couche de sang gélosé. Capuchonner, mettre à l'étuve à 39 degrés.

Au bout de six jours, on repique les colonies nettement apparentes, au bout de quinze jours le tube présente à sa surface des masses grumeleuses, saillantes, couleur chocolat. Au microscope les bacilles se montrent isolés ou agglomérés avec leur forme habituelle de moustaches tordues.

Les auteurs ont obtenu des résultats positifs avec du pus tuberculeux, du liquide de pleurésie franche pris sur deux malades dans le service de M. Chauffard, à l'hôpital Cochin. Dans ce dernier cas, au bout de quatre semaines, ils ont observé des colonies grosses comme des têtes d'épingles (2).

Enfin des produits pathologiques bacillifères, comme la matière caséeuse d'un testicule tuberculeux enlevé par castration, ont pu donner des résultats positifs.

C'est dire quels immenses services cette méthode est appelée à rendre à la clinique. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

MM. Rendu et Widal rapportent un cas très intéressant, et fort minutieusement étudié, de **splénomégalie primitive** sans leucémie, avec hyperglobulie et cyanose. Ce fait est d'autant plus curieux qu'il apporte quelque lumière dans le groupe encore fort complexe des splénomégalies essentielles. On sait, en effet, que, du cadre de ces splénomégalies on a peu à peu distrait : l'épithélioma primitif de la rate ou maladie de Gaucher, la splénomégalie scléreuse de la rate, avec atrophie du foie, ou maladie de Banti ; et, enfin, la splénomégalie primitive isolée par MM. Debove et Bruhl, mais à laquelle manque le contrôle indispensable de l'autopsie. Enfin, en ces dernières années, quelques observations de tuberculose primitive de la rate ont été publiées surtout depuis la période d'intervention chirurgicale; ces observations ont été rapportées dans le mémoire de Quénu et Baudet.

L'observation présentée par MM. Rendu et Widal est un type particulier de splénomégalie tuberculeuse, caractérisé à la fois par un syndrome clinique spécial et par une série de lésions tout à fait curieuses.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, n° 18.
(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, n° 41.

Le malade n'était ni syphilitique, ni paludéen, ni alcoolique. Il fut pris, pour la première fois, à l'âge de trente et un ans, de pesanteur au niveau de l'hypocondre gauche. Puis il constata, deux ans après, qu'il existait une tumeur dans cette même région. Pendant six ans il put continuer son métier, n'ayant comme anomalie pathologique qu'une rate énorme remplissant la moitié gauche du ventre ; quelques varicosités abdominales et thoraciques, et surtout deux symptômes importants : de la cyanose de la face et des extrémités et de l'hyperglobulie.

Le malade mourut huit ans après le début de ces accidents. A l'autopsie, on trouva une rate énorme, fibreuse. Cette trame fibreuse était parsemée de nodules caséeux. Au microscope, on put se convaincre qu'il s'agissait d'une tuberculose caséo-fibreuse, avec destruction presque complète du tissu propre de la rate. Le foie apparut hypertrophié, avec des tubercules histologiques. Donc : tuberculose locale primitive de la rate, restée silencieuse, ou presque, pendant de longues années ; et en ces derniers temps, infection du foie et du pancréas, sans doute par la voie de la veine splénique.

Cette tuberculose fibro-caséeuse de la rate a déterminé une hypertrophie considérable de l'organe avec suppression physiologique de celui-ci; parallèlement est apparue une hyperglobulie avec cyanose : peut-être par exagération de la fonction vicariante des autres organes hématopoiétiques. Cette hypothèse est au moins fort acceptable.

MM. Jacquet et de Manoussi présentent un tabétique curieux à différents points de vue : d'abord parce qu'il est entré dans le **tabes par des crises gastriques**, et surtout par ce fait que le traitement, uniquement dirigé contre ces symptômes gastriques, a amené une rétrocession évidente de ces phénomènes, en même temps que parurent s'amender les signes normaux du tabes, et en particulier l'anesthésie en plaques qui finit presque par disparaître.

Cette intéressante présentation d'un malade provoqua une discussion dans laquelle M. Mathieu fit remarquer que les phénomènes de la sensibilité gastrique étaient encore peu connus et que l'on pouvait, rien que par le siège affecté par cette sensibilité, reconnaître la maladie, cause de la gastropathie. M. Mathieu est convaincu — et les recherches qu'il publiera ultérieurement le démontreront — que toutes les fois que l'on constate de l'hyperesthésie le long de la grande courbure de l'estomac, on peut incriminer l'éthylisme, alors que l'hyperesthésie en un point plus élevé, à l'angle droit du triangle épigastrique droit, permet de suspecter la névropathie. On conçoit combien ces faits seront utiles à connaître.

MM. Variot et Chicotot apportent un travail sur le diagnostic de la pneumonie infantile par la radioscopie.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur Poncet.

Anévrysme artério-veineux traumatique du creux poplité gauche ; ablation de la poche ; guérison.

Par M. Alexis Carrel,

Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

Dans sa statistique de 1889, Delbet avait rassemblé 22 cas d'anévrysme artério-veineux du creux poplité, et, à cette époque, le traitement de choix, c'est-à-dire la quadruple

ligature et l'extirpation du sac avaient été pratiqués quatre fois seulement. Depuis ce moment, Reynier, Hartmann, etc., ont publié quelques nouvelles observations, auxquelles il faut joindre celle d'un malade, opéré récemment par M. le professeur Poncet, et chez lequel l'excision du sac anévrysmal a donné les meilleurs résultats, de même que dans tous les cas traités jusqu'à présent par cette méthode.

Voici cette observation, qui vient encore à l'appui de cette opinion que les anévrysmes artério-veineux du membre inférieur doivent être traités comme des néoplasmes, c'est-à-dire enlevés.

Jean-Marie C..., âgé de dix-sept ans, entre, le 27 octobre 1898, dans le service de M. le professeur Poncet, pour un anévrysme artério-veineux du creux poplité.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires.

Sa santé a toujours été excellente.

Quarante jours avant son entrée à l'hôpital, il reçut dans la région poplitée gauche un coup de tranchet de cordonnier. Par la petite plaie verticale, se produisit une hémorragie abondante, qui s'arrêta assez facilement par la compression, et, trois semaines après, la cicatrisation était faite. Mais, dès le quinzième jour, le malade ressentait un frémissement continu dans le membre inférieur gauche, frémissement qui augmenta d'une façon progressive. Sa marche devint douloureuse, une petite tumeur se développa dans la région poplitée, et la jambe se mit en flexion légère sur la cuisse.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on aperçoit, dans le creux poplité gauche, la cicatrice de la blessure, sous l'aspect d'un trait vertical, long de 2 centimètres, et occupant la partie inféro-externe de la région. Elle est soulevée par une voussure légère, animée de battements très nets.

A la palpation, on sent un frémissement vibratoire, très intense, continu, avec renforcements systoliques, et se propageant, d'une part, jusque dans les vaisseaux iliaques externes et, d'autre part, avec une grande intensité, dans les vaisseaux pédieux.

Retard et affaiblissement du pouls de la pédieuse. La tumeur est réductible par une pression soutenue. La compression de la fémorale, au niveau de l'anneau crural, fait cesser tous les phénomènes, précédemment énumérés.

La marche est assez facile, bien qu'il existe un léger degré de claudication : les douleurs, dont se plaignait le malade, disparaissent rapidement sous l'influence du repos.

La force musculaire est un peu diminuée du côté malade; pas de modification du réflexe patellaire.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité tactile, thermique, dû à la douleur. Le malade accuse une sensation permanente de froid dans la jambe et le pied et cependant, à la palpation, on perçoit nettement une élévation de température du côté malade. D'ailleurs le thermomètre à température locale donne 35°4 du côté malade, et 32°8 du côté sain.

Pas de troubles trophiques. La circulation veineuse est normale, pas d'œdème, le membre a une circonférence égale à celle du côté opposé.

Le 16 novembre, M. le professeur Poncet pratique l'extirpation du sac anévrysmal. Anesthésie et application de la bande d'Esmarck. Par une incision verticale, on va à la recherche de l'artère et de la veine, mais, comme la bande n'est pas assez serrée, cette recherche est laborieuse, le réseau veineux étant très développé, et se déchirant avec une grande facilité. On arrive néanmoins à pincer les deux vaisseaux au-dessus de la poche anévrysmale. Ligature et section. Dissection de la partie profonde de la poche, qui est rabattue en arrière. On lie alors les vaisseaux à leur sortie du sac. Section et extirpation.

L'hémostase est difficile, à cause des nombreuses veines, déchirées au cours de l'intervention : on est obligé de laisser des pinces à demeure, et de tamponner à la gaze iodoformée.

La circulation se rétablit facilement. Pas de troubles de la sensibilité; il existe un peu de refroidissement du pied.

Deux jours après, on retire les pinces laissées à demeure. Motilité et sensibilité normales.

Au bout d'un mois, le malade sort guéri de l'Hôtel-Dieu.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée présente une poche anévrysmale en communication avec l'artère et avec la veine. La communication de la veine et du sac a été déchirée, de telle sorte que les rapports sont un peu modifiés, mais cependant on peut assez facilement reconstituer l'état primitif.

La poche a une forme ovoïde, de la dimension d'une olive. Lorsqu'on la remplit d'eau, elle se distend beaucoup, et certainement, avant l'extirpation, elle devait être beaucoup plus volumineuse. Elle est constituée par une membrane de l'épaisseur de la paroi artérielle, membrane élastique, dont la face interne est très lisse, tapissée probablement par un endothélium. La face externe est adhérente à des tractus conjonctifs, avec lesquels elle a été enlevée, et qui ne permettent pas de la délimiter très exactement.

Cette poche communique en haut, par un petit pertuis du calibre d'une épingle, avec l'artère. En injectant de l'eau dans la poche, et en la faisant sortir par cette ouverture, on obtient un jet, qui représente à peu près celui d'une collatérale d'un doigt. Entre le sac et l'artère, existe un petit canalicule, long de 1 millimètre.

Quant à la communication avec la veine, elle se fait par un orifice beaucoup plus large, à quelques millimètres au-dessous de la communication avec l'artère. Cette ouverture est située sur la paroi même de la veine, qui a été légèrement déchirée à ce niveau au cours de l'intervention.

Il s'agissait, en somme, d'un anévrysme artério-veineux du creux poplité, développé chez un jeune homme et accompagné de quelques troubles fonctionnels, consistant surtout en une certaine gêne dans les mouvements de la jambe.

Les anévrysmes artério-veineux provoquent presque toujours des désordres fonctionnels, tels que l'usage du membre est fortement compromis. Il est vrai, cependant, qu'au membre supérieur, ces troubles sont souvent peu accentués, mais, lorsque la lésion siège à la cuisse ou au creux poplité, il existe généralement une impotence plus ou moins complète. Ce n'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle, que l'on peut voir la lésion demeurer stationnaire, et permettre au malade de se livrer à des marches prolongées et à des travaux pénibles (1).

Notre malade ne présentait pas encore de phénomènes graves, la tumeur était petite, les troubles trophiques nuls, et on constatait seulement un peu de flexion de la jambe sur la cuisse et de la gêne dans le fonctionnement du membre inférieur.

C'est pour cette raison que M. Poncet est intervenu. Ce jeune homme, en effet, exerçait la profession de cultivateur, et l'état de sa jambe lui interdisait tout travail pénible.

D'autre part, la quadruple ligature et l'extirpation du sac ont toujours donné des résultats favorables; il n'existe pas,

(1) Nous avons précisément publié une observation de ce genre dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 mai 1899, et nos recherches nous avaient montré qu'il s'agissait d'un fait exceptionnel. Nous n'avions trouvé, pour le membre inférieur, aucun cas comparable.

à notre connaissance, d'observation de gangrène survenue à la suite de ce mode de traitement de l'anévrysme du creux poplité. Cependant, dans le cas où, l'anévrysme étant situé très bas, la circulation collatérale ne pourrait pas se produire facilement, le pronostic opératoire devrait être plus réservé, surtout chez un sujet d'un certain âge. Le pronostic opératoire nous paraît d'autant meilleur et les chances de sphacèle plus faibles que l'on a affaire à un sujet jeune. D'ailleurs, jusqu'à présent, aucun accident n'a été publié.

Aussi, Delbet écrivait-il avec raison que toutes les fois qu'un anévrysme du creux poplité se développe chez un jeune ouvrier, il faut opérer, parce que cette lésion, même après être restée stationnaire pendant plusieurs années, peut prendre un développement rapide et provoquer des accidents graves, qu'elle est incompatible avec une vie active, et que, d'autre part, le traitement ne présente pas de danger.

La limite des indications opératoires est donc largement étendue par la bénignité de l'intervention, dont notre observation vient montrer, une fois de plus, les bons résultats.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la gale.

Soufre précipité		5 à 10 grammes.
Baume du Pérou	âã	50 centigr. à 1 gr.
Résorcine		
Acide salicylique		
Vaseline	âã	50 grammes.
Lanoline		

(Besnier.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de la tuberculose pulmonaire (1), par le docteur P. Bouillet.

Cette étude a été faite pour aider à la diffusion des notions essentielles qu'il est indispensable de connaître, si l'on veut arrêter la marche envahissante du fléau. Le médecin y trouvera sur la tuberculose et sur sa manifestation la plus commune et la plus grave, la phtisie pulmonaire, un aperçu des connaissances actuelles et des nombreux travaux, grâce auxquels cette maladie, suivant l'expression bien connue du professeur Grancher, doit être considérée « comme la plus curable de toutes les affections chroniques et la plus facilement évitable ».

Le malade profitera des indications concernant le traitement, les précautions à prendre, la nourriture à choisir, l'habitation où il vivra ; en même temps il se rendra compte de l'importance exceptionnelle de la cure par l'hygiène et de l'influence prédominante de l'air et de la lumière sur sa guérison. Être utile aux malades et prévenir ceux qui ne le sont pas : tel est en définitive le but que l'auteur a poursuivi et qu'il s'est efforcé d'atteindre dans cet ouvrage.

L'hygiène par l'hydrothérapie (2), par le docteur Jules Roger (du Havre).

Après un récit concis, net, de l'histoire de l'hydrothérapie, de l'antiquité à nos jours, le docteur Roger montre l'utilité, la nécessité de l'hydrothérapie hygiénique, très en vogue dans la race anglo-saxonne, et trop délaissée, en général, en France, et indique les procédés adéquats. Il passe rapidement sur les bains et les étuves pour traiter, avec une grande clarté, des bains-douches populaires et scolaires.

Le docteur Roger indique tout ce qui a été fait en France à cet égard, ainsi qu'à l'étranger. Il signale les diverses villes de France où les bains-douches sont établis. Des gravures et plans facilitent l'intelligence du récit.

Enfin l'auteur a complété son livre par une étude des bains de mer, et sous forme de récit, a fait une étude climatérique et topographique de toutes nos stations balnéaires maritimes françaises, de Dunkerque à Biarritz.

(1) In-12. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les auto-intoxications de la grossesse (1), par le docteur Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux de Paris.

L'organisme sain est une fabrique de poisons, et le fonctionnement normal de cet organisme est toujours sous la dépendance de l'intégrité de certains organes qui le défendent contre ces ennemis du dedans.

M. Bouffe de Saint-Blaise, s'inspirant des idées de son maître M. Pinard, pense que, pendant la grossesse, la femme doit avoir à lutter d'une façon particulière, l'équilibre de ses fonctions pouvant se rompre plus aisément.

Il attribue à une intoxication spéciale à la grossesse certains troubles, de même que les accès éclamptiques.

Ces auto-intoxications qui existent à l'état normal comme dans la grossesse, sont augmentées, du fait de cette grossesse, pour des causes multiples.

Mais ces accidents ne peuvent survenir que si les organes de défense fonctionnent insuffisamment.

Les poisons retenus ainsi dans le sérum sanguin sont probablement multiples ou se comportent différemment suivant les individus, puisque l'on peut remarquer des manifestations aussi différentes que le sont la céphalalgie et le ptyalisme, les vomissements incoercibles et les accès éclamptiques.

Il est à remarquer que le traitement rationnel des auto-intoxications, qui consiste à laisser entrer le moins de poisons possible et à en soustraire le plus possible, a l'action la plus nette sur toutes les manifestations décrites.

C'est bien là une actualité médicale, puisque l'auteur pose les données d'un problème intéressant, d'une théorie nouvelle, encore à l'étude; il demande à chacun de lui apporter la pierre de ses observations quotidiennes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 12 au 17 juin 1899)

Examens de doctorat.

Lundi 12 juin 1899, à une heure. — 2e (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Desgrez; — (2e partie) : MM. Blanchard, Retterer et André ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Sébileau ; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Gaucher; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Walther ; — (2e série) : MM. Blum, Poirier et Legueu ; — (2e partie) : MM. Hayem, Méry et Dupré ; — M. Rémy, suppléant.

Mardi 13 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Rémy et Quénu.

1er : MM. Farabeuf, Richelot et Retterer.

(1) In-16. Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

3e (2e partie) : MM. Grancher, Roger et Vaquez; — M. Launois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Troisier et Charrin; — (2e partie, 2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Thiroloix; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e série) : MM. Panas, Le Dentu et Poirier; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

MERCREDI 14 JUIN, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.).

3e (oral, 1re partie : MM. Lannelongue, Poirier et Varnier; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Gilles de la Tourette et Méry.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Delbet et Walther; — (2e série) : MM. Blum, Humbert et Lejars; — M. Legueu, suppléant.

JEUDI 15 JUIN, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Poirier et Retterer.

1er : MM. Farabeuf, Rémy et Langlois.

3e (oral, (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Berger et Wallich; — (2e série) : MM. Guyon, Bonnaire et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Wurtz; — (2e série) : MM. Hutinel, Roger et Thiroloix.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Hanriot et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 16 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Lannelongue et Sébileau.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Widal et Wurtz; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Lejars; — (2e série) : MM. Tillaux, Poirier et Delbet; — MM. Grancher, Lancereaux et Dupré; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Walther et Legueu; — (2e série) : MM. Humbert, Rémy et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

SAMEDI 17 JUIN, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Launois.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Hutinel et Thiroloix; — (2e série) : MM. Blanchard, Troisier et Achard; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie) *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Rémy et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Poirier; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Marfan; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (accouchements). — Séance du 2 juin : MM. Paquy, 15; Brindeau, 16; Schwab, 18; Macé, 19.

— *Monument Larrey*. — L'inauguration de la statue du baron Larrey aura lieu le jeudi 8 courant sous la présidence de M. le ministre de la Guerre.

— L'Académie française a décerné dans sa dernière séance sur la proposition de la commission spéciale le prix Montyon, au livre de M. Paul Triaire sur « Récamier et ses contemporains (1774-1852) »; le prix Fabien de 500 francs à l'ouvrage de M. Albert Montheuil : « l'Assistance publique à l'étranger. »

— *Distinctions honorifiques*. — Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à M. Dagrève, médecin-major à la compagnie de sapeurs-pompiers de Tournon.

— M. Arène, médecin principal, du port de Toulon, est désigné pour remplacer, au 1er régiment d'artillerie à Lorient, M. le docteur Curet, qui terminera, le 18 juin courant, deux ans de service aux troupes de France, et qui sera affecté au port de Rochefort.

— M. Chassériaud, médecin de première classe du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer à la défense mobile de Rochefort M. le docteur Mortreuil qui sera affecté au port de Cherbourg.

— M. Deblenne, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, remplacera, sur la défense mobile de Toulon, M. le docteur Duprat, qui terminera, le 18 juin courant, deux années de service à ce poste, et qui sera rattaché au port de Toulon.

— M. Vinas, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer au 4e régiment de tirailleurs tonkinois M. le docteur Moussoir, qui terminera le 9 août prochain deux années de séjour aux colonies et qui est affecté au port de Toulon. — M. Vinas prendra passage sur l'affrété partant de Marseille le 1er juillet prochain.

— M. Mailliu, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer sur la *Triomphante*, à Saïgon, M. le docteur Quinsou, qui terminera, le 1er août prochain, deux années d'embarquement et qui sera rattaché au port de Brest.

— *École de médecine d'Angers*. — Un concours s'ouvrira le 4 décembre 1899, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Angers.

Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Angers.

— *École de médecine tropicale*. — Une école destinée à former des médecins pour les pays tropicaux vient de se fonder à Liverpool. Les médecins de toutes nationalités peuvent en faire partie. Les cours ont une durée de trois mois, et un examen doit être subi à la fin de cette période. Il est perçu comme frais d'examen une somme de 10 guinées (265 francs).

L'École est pourvue des laboratoires les plus perfectionnés, et les médecins ont à leur disposition les salles du *Southern Hospital* pour l'étude clinique des maladies exotiques.

Accessoirement des infirmiers et des vétérinaires peuvent suivre des cours spéciaux.

— *Mortalité du 21 au 27 mai à Paris*. — Il y a eu 941 décès (semaine précédente 972, moyenne de la saison 957).

La fièvre typhoïde a causé 10 décès (moyenne 5); la rougeole 32 (moyenne 31); la scarlatine 3 (moyenne 3); la coqueluche 12 (moyenne 8); la diphtérie 6 (moyenne 16).

La tuberculose pulmonaire 189 (moyenne 193); les affections aiguës du poumon 101 décès au lieu de 132; la grippe 6 décès.

La méningite tuberculeuse 21 décès, la méningite simple 26; l'hémorragie et le ramollissement cérébral 41 décès; enfin 56 personnes ont succombé à des maladies du cœur, 56 à des cancers; 37 décès sont attribués à la sénilité.

La diarrhée infantile a causé 37 décès. 27 enfants sont morts de faiblesse congénitale. En somme, tous ces chiffres se rapprochent sensiblement de la moyenne.

— M. Camino, médecin à Hendaye, est nommé médecin du sanatorium installé dans cette ville.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coculet (de Montendre); Hard (de Saint-Nazaire); Longuet (de Bourges); Vigneaux (de Saint-Sauvy).

— *Exercices pratiques de médecine opératoire spéciale*, sous la direction de MM. Terrier professeur, et Hartmann, agrégé. — Opérations de pratique courante.

M. Riche, prosecteur, commencera à l'Ecole pratique, le mardi 6 juin, à 1 heure, sa première démonstration sur les opérations de pratique courante (cure des hernies, de l'hydrocèle, du varicocèle, castration, circoncision, traitement des otites moyennes suppurées, cathétérisme de la trompe d'Eustache, corps étrangersdes fosses nasales, trachéotomie, tubage, corps étrangers de la cornée, cathétérisme des voies lacrymales, énucléation du globe de l'œil, pleurotomie, amputation du sein, anus iliaque, traitement de la fistule anale et des hémorroïdes, sutures tendineuses et nerveuses, etc.).

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les droits à verser sont de 50 francs.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

— *Stage hospitalier* (pendant la période des vacances). — MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1898-1899 (du 1er décembre 1898 au 15 juin 1899), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés.

Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté, avant le 1er juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Suite de bail à prendre d'un très bel appartement occupé par un médecin. Loyer : 2800 francs. Quartier central et riche. Seule condition : reprendre une partie du mobilier comptant. — S'adresser au bureaux du journal.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est l'acide cacodylique et le cacodylate de sodium qui ont occupé presque toute la séance. Voilà cinq ans que M. Armand Gautier, avec la collaboration de MM. Danlos, Potain, Burlureaux, Rostan (de Cannes), et d'autres encore, étudie expérimentalement l'acide cacodylique et ses dérivés. Puis sont arrivées les expériences de M. Renaut (de Lyon), qui, justement très satisfait des résultats thérapeutiques qu'il a obtenus, n'a pas cru devoir attendre une plus longue expérimentation pour les faire connaître à l'Académie. M. Gautier et ses collaborateurs s'étaient promis, au contraire, de prolonger leurs expériences et de ne les faire connaître qu'après plusieurs années. Mais après la communication de M. Renaut, M. Gautier ne pouvait garder plus longtemps le silence, et il a cru devoir à son tour porter à la tribune de l'Académie les résultats, vraiment surprenants dans quelques cas, qu'il a pu observer après l'emploi de l'acide cacodylique ou du cacodylate de sodium.

M. Gautier a employé l'acide cacodylique dans tous les cas où on emploie l'arsenic, anémie profonde, impaludisme, tuberculose. Il a constaté, dans tous ces cas, une action des plus favorables. M. Burlureaux l'a employé en injections sous-cutanées et a pu ainsi administrer 15 grammes en soixante-dix jours chez des tuberculeux qui s'en sont trouvés fort bien.

Après avoir réuni tous ces faits, M. Gautier en conclut que l'arsenic organique se comporte tout autrement dans l'économie que l'arsenic minéral; il en donne une explication physiologique qu'on trouvera au compte rendu. Nous aurons certainement l'occasion de revenir sur cette nouvelle médication qui semble, jusqu'ici, avoir donné des résultats fort encourageants.

M. Panas, à propos de la communication que M. Dieulafoy a faite dans la dernière séance sur le traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction simple, a relaté deux observations, l'une de guérison à la suite de cette simple ponction, l'autre de mort à la suite d'une ponction suivie d'injection iodée. La mort était due à la rupture d'un second kyste méconnu.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Malassez sur les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire.

La liste de présentation est arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Raymond ; en deuxième ligne, M. Déjerine ; en troisième ligne, M. Vaillard ; en quatrième ligne, M. Letulle.

CONGRÈS DE BERLIN

Avant de passer en revue les nombreux moyens que la **thérapeutique** met à notre disposition, le Congrès, par l'intermédiaire de *M. Curschmann* (de Leipzig), définit ce que l'on doit entendre par la curabilité de la tuberculose pulmonaire. Il montre que cette curabilité n'existe pas au sens strict du mot. Cependant, avec les progrès incessants de la thérapeutique, on peut obtenir, chez certains malades, un arrêt du processus morbide, une cicatrisation plus ou moins complète des parties lésées. Ces malades doivent être considérés comme cliniquement guéris. Dans quelques cas, la guérison n'est que relative et la tuberculose peut devenir, en quelque sorte, latente.

La curabilité dépend d'un certain nombre de facteurs, des conditions hygiéniques, de l'âge, la tuberculose évoluant moins rapidement chez les adultes et les gens âgés, enfin du traitement. Comme, pour l'instant, il n'existe pas de remède spécifique, force nous est de nous contenter d'un traitement rationnel et bien approprié.

Le traitement médicamenteux est très complexe et, comme le dit *M. Kobert*, ses indications sont strictement personnelles.

A côté des médications habituellement usitées, citons le traitement par inhalations d'aldéhyde formique que propose *M. Cervello* (de Palerme). A l'aide d'appareils spéciaux, il est arrivé à créer dans les chambres des tuberculeux, une atmosphère saturée de vapeurs de formol. Sur 26 malades soumis à ce traitement, 10 sont complètement guéris, 9 presque guéris, 2 améliorés, 1 reste stationnaire, 2, enfin, ont vu leur état s'aggraver, 2 autres sont morts. Le résultat serait dû à un processus d'oxydation provoqué par le formol.

Les injections sous-cutanées de vaseline ont trouvé un défenseur dans *M. H. Weber* (de Saarbruck). En injectant 10 grammes de vaseline tous les jours dans le dos de ses malades, il a obtenu de bons résultats.

Le traitement local isolé ne suffit pas, dans la plupart des cas, aussi faut-il avoir recours à quelques excitants dans l'alimentation des phtisiques. Mais ces excitants, dit *M. Schumburg* (de Hanovre), ne produisent un effet que si l'organisme lui-même n'est pas épuisé et dispose de matériaux de réserve.

La tuberculine et les préparations analogues ont-elles une réelle action? Pour *M. Brieger* (de Berlin), l'ancienne et la nouvelle tuberculine ont une action spécifique. Employées dans les tuberculoses au début, elles agiraient activement; il n'en serait pas de même quand survient une infection secondaire. Bien que tout le monde soit loin de partager cette opinion sur la tuberculine ancienne ou nouvelle, elle n'en reste pas moins un moyen de diagnostic de premier ordre.

Les injections de sérum peuvent aussi rendre de grands services [*Maragliano* (de Gênes)], non pas que le sérum ait une action spécifique, mais il crée une sorte d'hypersensibilité individuelle pour toutes les excitations. *M. Von Schweinitz* (de Washington) aurait observé des guérisons complètes dans la proportion de 19 p. 100, avec un sérum antituberculeux, qu'il obtient après avoir immunisé des chevaux et des bœufs.

Mais il est un traitement qui est le complément de toute médication. C'est le traitement climatérique. *Sir Hermann Weber* (de Londres) insiste vivement sur ce point et montre tout le bénéfice que le malade peut tirer d'une cure climatérique, pourvu qu'il ne soit pas abandonné à lui-même. Le choix du climat varie avec chaque malade. La montagne ou un voyage en mer conviendront aux plus robustes. Les plus faibles se trouveront bien d'un séjour dans une station bien abritée, au climat doux et constant. Les tuberculeux diabétiques ou albuminuriques éviteront les stations d'altitude et chercheront de préférence un climat très doux.

M. Egger (de Bâle) recommande la cure d'altitude et nie que le bénéfice acquis dans la montagne se perde rapidement par un séjour dans la plaine.

M. Baradat (de Cannes) montre ensuite que le littoral méditerranéen, avec sa lumière et son air pur, réalisent les meilleures conditions pour en faire un lieu aseptique et très propre au traitement des phtisiques.

Le traitement climatérique nous a progressivement amenés au traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire. *M. Dettweiler* (de Falkenstein) veut que le malade soit surveillé continuellement, fasse à la fois une cure de repos et une cure d'air. Toutes conditions qui ne peuvent être réalisées que dans les sanatoria.

Le traitement de la tuberculose dans les sanatoria a d'ailleurs été étudié d'une façon toute spéciale dans ce Congrès :

M. Meyer (de Berlin) est d'avis que l'État doit apporter son appui financier à leur création. Il doit être aidé par les patrons, les caisses d'assurance contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse.

M. Schmieden (de Berlin) donne les principales règles pour la construction de tout sanatorium. Le sanatorium doit être situé dans une région pas trop accidentée pour que le malade puisse se promener sans fatigue. Exposé au midi, bien abrité des vents froids, il doit être à proximité du chemin de fer mais pas trop près d'une agglomération contenant des cabarets. Il sera construit simplement mais confortablement, comprendra des chambres de jour, des chambres de nuit, des galeries de repos largement ouvertes et claires. Indépendamment de tous les perfectionnements modernes, il aura une installation spéciale pour la stérilisation des crachats. Le médecin sera résident, mais dans un logement isolé. Enfin les sexes seront séparés complètement, il y aura sanatorium pour hommes, sanatorium pour femmes.

M. Schultzen insiste sur l'aménagement et l'organisation; il admet que les frais d'un sanatorium de 110 à 120 lits en comptant les intérêts de l'amortissement engagé et les réparations des bâtiments sont d'environ 3 marks, chiffre moyen, par jour (3 fr. 75).

Mais pendant que l'ouvrier est au sanatorium, il faut assister sa famille, de même à sa sortie il faudra lui procurer un travail facile. Ce sera le rôle des sociétés de bienfaisance (*Pannwitz*).

Le sanatorium de Dannenfels pour les ouvriers des fabriques badoises d'aniline et de soude à Ludwigshafen, reçoit des tuberculeux confirmés et les garde six mois ou un an. La famille est assistée et à sa sortie l'ouvrier est aidé s'il lui faut changer de métier (*Westhoven*).

M. Reiche (de Hambourg) montre les excellents résultats obtenus dans les sanatoria créés par les caisses hanséatiques d'assurance.

Les avantages considérables des sanatoria maritimes pour enfants sont successivement rappelés par *MM. Ewald*, *Vollmer* et *Baginsky*. Enfin la création de sanatoria pour tuberculeux des classes moyennes est étudiée par *M. Hohe* (de Munich). Il y a là toute une catégorie de malades ayant une certaine aisance, qui n'étant pas soumis à l'assurance obligatoire, n'ont cependant pas les moyens de se faire soigner dans un sanatorium pour riches. Il faut trouver un moyen de les aider.

Un certain nombre de pays viennent apporter leur appoint à l'exemple que nous donnent les Allemands, c'est ainsi que la Suisse possède 7 sanatoria populaires avec 366 lits, (*Schmid*) et qu'elle est sur le point d'en créer d'autres. Près de Budapest se fonde un sanatorium populaire (*Kuthy*). Le nouvel hôpital de Monaco contient un pavillon spécial avec cure d'air pour les phtisiques (*Vivant*). Remarquablement installé, il comprend 16 lits.

En Angleterre (*Rufenacht Walters*), en Norvège (*Ed. Kaurin*), en Espagne (*Domine* et *Sanchez-Rosal*), le mouvement a été suivi avec succès. Signalons, enfin, l'opinion très juste de *M. Bourcart* (de Cannes) qui estime qu'on pourait associer des colonies agricoles aux sanatoria, procurant ainsi un travail facile et peu fatigant aux tuberculeux peu touchés ou convalescents.

MM. Brouardel et *Grancher* (de Paris) résument, dans une bien intéressante note sur les sanatoria, les conditions que doit réaliser le sanatorium pour être autre chose qu'une vulgaire maison de santé. Qu'il s'agisse d'un sanatorium pour riches ou pour pauvres, il faut avant tout que le médecin soit maître chez lui.

Le sanatorium pour pauvres doit obtenir une action efficace en un temps très court. On n'y recevra donc que des tuberculeux au début. C'est à l'Assistance à pourvoir au traitement des autres tuberculeux que refusent les sanatoria. Ils sont légion. Ce n'est pas seulement une question d'humanité, mais aussi une question de prophylaxie.

Pour cela il faut créer des sanatoria urbains et suburbains.

Quant aux sanatoria pour riches ils ont montré la voie et donné le bon exemple. Ce qui ne veut pas dire qu'ils soient le seul moyen de guérison. La campagne est le complément nécessaire du traitement hygiénique et diététique.

Cette opinion est également celle de *M. Landouzy* : il ne considère pas la pratique de l'établissement fermé comme devant incarner et absorber toute la thérapie dont sont justiciables les diverses modalités de la tuberculose pulmonaire. Aussi dans la remarquable communication sur la cure de sanatorium simple et associée, montre-t-il que si le sanatorium n'est pas la médication spécifique de la tuberculose, il n'en est pas moins, en matière de tuberculose commençante, l'adjuvant indispensable et ordinairement suffisant. On ne doit cependant pas renoncer aux bienfaits de l'empirisme et négliger les cures thermales. Ici, nous ne pouvons mieux faire que de lui laisser la parole :

« Sanatorium et médications hydrominérales sont des méthodes qui, en passant par des chemins différents, mènent à un terminus commun, à la guérison.

Au médecin de savoir faire appel, dès le début de la tuberculose pulmonaire, par exemple, à l'action sédative de certaines eaux minérales, telles que les eaux arsénicales du Mont-Dore.

Au médecin de savoir recourir aux adjuvances parfois indispensables anti-catarrhales des eaux sulfureuses, spécialement des eaux sulfureuses chaudes, dont le pays de France est si riche. L'action substitutive de nos eaux sulfureuses calciques et de nos eaux sulfureuses sodiques d'Allevard, d'Amélie-les-Bains, de Cauterets, des Eaux-Bonnes, de Bagnères-de-Luchon, de Saint-Honoré, d'Enghien, etc., n'est plus à démontrer : les médecins de tous pays tombent d'accord pour reconnaître le rôle détersif de la médication dans les formes bronchitiques de tuberculose. Il semble que l'excitation provoquée par les eaux sulfureuses sur l'appareil glandulaire bronchique aboutisse à une manière de décapage endothélial réalisant, *mutatis mutandis*, sur la muqueuse respiratoire chroniquement infectée, ce que réussit le chirurgien quand il curette une cavité muqueuse ou un trajet fistuleux enflammés.

Sans compter que le traitement hydro-minéral suivi par les malades en des manières de sanatoriums que sont les villes d'eaux — où doivent être disciplinés le régime alimentaire et le genre de vie des malades — joignent à l'action spéciale, sinon spécifique des eaux, non seulement l'influence d'une véritable cure hygiéno-diététique appropriée, mais encore l'influence qu'exerce l'altitude à laquelle se trouvent placées la plupart de nos stations thermales. Le traitement du Mont-Dore, de la Bourboule, des Eaux-Bonnes, de Cauterets, de Luchon se faisant en montagne, à toutes altitudes, variant de 600 à 1 200 mètres, l'action hydro-minérale, organiquement et fonctionnellement exercée sur les voies broncho-pulmonaires, se double de l'action tonique qu'exerce sur l'économie tout entière la respiration d'un air pur et raréfié ; sans compter encore les bénéfices que retirent certains néo-tuberculeux de la gymnastique respiratoire par le humage de vapeurs sulfureuses, comme à Luchon, par exemple.

Dans cette association thérapeutique du sanatorium et des eaux minérales, le sanatorium (quelle que soit du reste sa forme matérielle) est le *primum movens*.

Restaurations organiques, réfections fonctionnelles, retour des activités cellulaires et des puissances phagocytaires et microbicides : voilà ce qu'apporte aux tuberculeux le principe plus que la forme du sanatorium ; voilà ce qu'apporte aux bronches adultérées la médication hydrominérale, qu'elle soit arsenicale ou sulfureuse. Sanatorium comme médication thermale se mettent au service de la *natura medicatrix* pour aider le tuberculeux à repousser les premières entreprises bacillaires.

C'est en ayant la pleine intuition de ce que pouvait le sanatorium pour favoriser la tendance naturelle que présente, pourvu qu'on l'y aide sans marchander, le tuberculeux à guérir ; c'est par une pleine intuition de thérapeutique pathogénique que Brehmer conçut et réalisa la réforme en phtisiothérapie.

Il n'est que juste de caractériser l'œuvre, en disant qu'elle a su réaliser en matière de recettes contre la tuberculose *la posologie* des éléments curateurs qui sont le repos, l'air et l'alimentation, sans lesquels les agents médicamenteux risquent d'être impuissants. En cela, Brehmer se souvenait qu'Hippocrate ordonnait comme remèdes aux phtisiques « la vie sobre, l'exercice modéré et le régime approprié ».

Si la *réforme* en phtisiothérapie date de Brehmer, c'est que la pratique d'Hippocrate, pour avoir été celle de certains médecins des XVIIe, XVIIIe et XIXe siècles, avait sombré sous le poids des doctrines de Broussais, et devait attendre un commencement de réhabilitation de l'école anatomo-clinique de Bayle et de Laënnec ; alors que, par eux, s'ouvrait l'ère féconde que l'illustre auteur de la pathologie cellulaire appelait « la période la plus intéressante de la médecine en France ».

C'est l'heure où Bayle et Laënnec démontraient comment s'organise et guérit la néoplasie tuberculeuse. C'était l'heure où Laënnec, au nom de l'anatomie pathologique et de la clinique, en appelant du dogme de la non-curabilité de la phtisie pulmonaire, enseignait la phtisie « guérissable à toutes ses périodes ». C'était l'heure où les découvertes de l'anatomie pathologique, non contentes d'éclairer la nosographie, jetaient les médecins en premières suggestions de thérapeutique pathogénique.

C'est pour avoir appris, de l'anatomie pathologique aussi bien que de la clinique, l'évolution naturelle de la tuberculose pulmonaire ; c'est pour avoir saisi dans les processus fibreux que subit le tubercule, sa tendance à l'enkystement et à la fibroïdation, que Brehmer eut l'intuition que nul moyen n'est meilleur pour seconder, par l'amélioration du terrain, l'œuvre de la *natura medicatrix*, que la vie au grand air avec suralimentation.

C'est afin d'ordonnancer, de discipliner la vie du tuberculeux à l'air libre, que Brehmer crée, en Silésie, le sanatorium de Gœrbersdorf ; que le plus fervent de ses disciples crée, en plaine, l'établissement fermé de Falkenstein, devenu une manière d'école de sanatoriums, puisque médecins, hygiénistes, architectes, économistes, édiles, viennent, pour leurs entreprises, s'inspirer de l'esprit plus encore que de la forme de la méthode de Dettweiler.

A Falkenstein règne l'esprit et gouverne la lettre du traitement inauguré par Brehmer, alors qu'il ordonnançait le traitement de ses malades en trois termes : repos étendu, respiration en air libre, alimentation substantielle. La caractéristique de Falkenstein est donc de s'en remettre, dans un climat septentrional de plaine, exclusivement à la trilogie thérapeutique naturelle pour guérir ses malades.

D'autres sanatoriums remplissent les mêmes conditions et y ajoutent la cure d'altitude ; tels Leysin et Davos. Et d'ailleurs la cure de repos gagne à être faite en des milieux différents. Arcachon, par exemple, conviendra aux tuberculeux arthritiques, éréthiques ; j'en dirai autant de Pau ou d'Amélie-les-Bains. Pour se faire en des home-sanatoriums libres, la cure ne s'en inspire pas moins de la méthode de

Dettweiler. N'est-ce pas l'association de la cure hiverno-marine à la trilogie de Dettweiler que Daremberg recommande comme méthode de choix? Toutes les meilleures conditions climatériques se trouvent d'ailleurs réunies sur le littéral méditerranéen. De Hyères à Cannes, Beaulieu, Nice et Menton, le tuberculeux trouvera de quoi remplir l'infinie variété des indications thérapeutiques. C'est là que James Henry Bennett vint se réfugier, pris au fort de l'âge par la tuberculose. C'est là qu'il regagna la santé. Son ouvrage classique a appris aux médecins des deux mondes toutes les ressources que le climat méditerranéen met au service des tuberculeux.

Ces ressources, on les rencontre aussi en Corse. La baie d'Ajaccio n'a rien à envier à la Riviera, et si dix-huit heures de mer ne la séparaient pas de la métropole, la Corse réaliserait le sanatorium idéal, unissant aux avantages du climat méditerranéen ceux du climat alpestre, l'admirable forêt de Vizzavona (906 mètres) étant à proximité d'Ajaccio.

« Sans paradoxe, j'ai vu la Corse offrir aux tuberculeux qui y fixent leur home-sanatorium, toutes les adjuvances climatériques. »

Ce qui ressort nettement de cette rapide étude de thérapeutique générale antituberculeuse, c'est que le sanatorium est vraiment, en matière de prophylaxie comme en manière de curation tuberculeuse, le *primum movens*, la base indestructible sur laquelle s'étayent les efforts de la *natura medicatrix*.

Aussi l'État et les corporations qui voudront s'assurer contre la morbidité et la contagion de la tuberculose, n'éteindront-ils l'une et n'échapperont-ils à l'autre, qu'autant qu'ils le mériteront par leurs institutions de prévoyance et d'assistance, au premier rang desquelles est le sanatorium populaire.

Autant de sanatoria populaires ouverts demain, autant d'hôpitaux fermés dans un avenir non loitain, puisque, de par la prophylaxie et le traitement organisés en établissements fermés, les sources et les occasions de contagion se feront rares, puisque les tuberculeux, entrés au sanatorium pour y guérir, ne fourniront plus à l'hôpital les phtisiques qui, bien trop souvent, n'y pouvaient que longuement mourir. »

La question des sanatoria reste d'ailleurs à l'ordre du jour. Aussi, sous l'impulsion de M. Huchard, avons-nons vu la Société de thérapeutique de Paris, apportant son appoint à la lutte contre la tuberculose, adopter les conclusions suivantes :

1° La Société de thérapeutique est d'avis que le traitement par le sanatorium, considéré comme établissement de discipline hygiénique et de diététique, est le meilleur que l'on puisse opposer à la tuberculose ;

2° Que le meilleur sanatorium est celui qui est installé dans des régions où les avantages de la cure climatérique s'ajoutent à ceux de la cure de l'établissement. Elle proteste contre l'assertion des quelques médecins prétendant que le climat est sans importance pour le traitement de la tuberculose ;

3° Elle émet le vœu que des sanatoria renfermant un nombre restreint de malades soient établis en France, dans des conditions de climat assez variées pour répondre à toutes les indications et notamment dans le voisinage des stations thermales.

4° Que les stations hivernales soient autant que possible pourvues, à leur proximité, de stations estivales destinées à continuer, aussi bien pendant l'été que pendant l'hiver, le traitement hygiénique, diétique et climatérique.

5° Elle invite les municipalités des stations hivernales et estivales, dans l'intérêt de ces stations, aussi bien que dans celui des malades, à mettre en pratique toutes les mesures d'hygiène et de prophylaxie dont l'efficacité est aujourd'hui indiscutable, et dans cet ordre d'idées, de favoriser la création de sanatoria pour les tuberculeux qui les fréquentent.

6° Elle proteste énergiquement contre l'admission des tuberculeux dans toutes les salles des hôpitaux.

Elle émet le vœu que des sanatoria gratuits, pour tuberculeux pauvres, soient établis à proximité et en dehors des centres populeux.

THÉRAPEUTIQUE

Gerçures.

Acide tannique	50	centigr.
Glycérine à 30	20	grammes.
Hydrolat de rose	100	—

Faire dissoudre. — Frotter les parties malades matin et soir avec quelques gouttes de cette solution. Peut être également employée contre les gerçures des lèvres.

(P. VIGIER, *Bull. gén. de thérap.*)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Sur l'existence dans le sang des animaux d'une substance empêchant l'action de la présure sur le lait (1).

Par M. A. BRIOT.

On sait qu'il existe des diastases dont le rôle consiste à empêcher les effets d'autres diastases. On connaît, par exemple, le *thrombase* des sécrétions buccales de la sangsue, qui s'oppose *in vitro* et *in vivo* à la coagulation du sang, par la plasmase.

En étudiant ces substances antagonistes, j'ai constaté que le sérum normal de beaucoup d'animaux possède, à des degrés divers, la propriété d'empêcher la coagulation du lait par la présure.

Voici les résultats que fournit le sérum du cheval : si l'on introduit de la présure dans un mélange de lait et de sérum de cheval, la coagulation du lait se trouve empêchée ou considérablement retardée. Cette action n'est pas due à l'alcalinité ni aux sels du sérum, car dans un mélange en mêmes proportions de lait et de solution physiologique de NaCl à 7 p. 100, alcalinisée par de la soude au même titre que le sérum, la coagulation du lait par la présure n'est que très faiblement ralentie.

Pour mesurer l'intensité de cette action anti-présurante du sérum de cheval, à des volumes constants du mélange de lait et de sérum, on ajoute des doses progressivement croissantes de présure. Il arrive un moment où l'action antiprésurante du sérum se trouve exactement neutralisée par la présure, et où la plus légère addition de présure dé-

(1) Communication à l'Académie des sciences. — Travail fait au laboratoire du docteur Calmette, à l'Institut Pasteur de Lille.

termine la coagulation. Les phénomènes se passent comme s'il s'agissait d'un mélange de toxines et d'antitoxines. Quand cette action antiprésurante est neutralisée, il y a coagulation, mais nous ne trouvons plus la loi de proportionnalité inverse entre le temps de la coagulation et la quantité de présure mise dans le lait. Ainsi, deux échantillons de lait additionnés d'une même quantité de sérum reçoivent des quantités a et b de présure et se coagulent en des temps t et θ. Nous n'avons pas la relation

$$at = b\theta.$$

Mais la relation

$$(a - x)\, t = (b - x)\, \theta.$$

Cette quantité x de présure, qui n'agit pas sur le lait, est toujours la même pour une même quantité de sérum additionné au lait. Elle est proportionnelle à cette quantité de sérum et est égale à la dose minimum qu'il faut dépasser pour produire la coagulation. C'est la quantité de présure que neutralise le sérum additionné au lait.

L'activité antiprésurante des divers sérums de cheval que j'ai étudiés était telle que 1 centimètre cube de sérum neutralisait de 1/25 à 1/18 de centimètre cube de présure Hausen de force 1/10000, c'est-à-dire dont $0^{cm}1$ coagule 1 litre de lait en vingt minutes à 35 degrés.

Le sérum de cheval renferme donc une substance capable de neutraliser les effets d'une certaine quantité de présure.

Quelle est la nature de cette substance?

1° Elle ne dialyse pas;

2° Elle est destructible par la chaleur;

3° Elle est précipitable par le sulfate d'ammonium et l'alcool.

Tous ces caractères montrent que nous avons affaire à une diastase dont l'action est de neutraliser celle de la présure.

Le sérum de cheval n'est pas le seul qui renferme de l'antiprésure.

J'ai étudié le sang d'animaux de diverses espèces et déterminé le pouvoir antiprésurant de leur sérum, en évaluant la quantité de sérum qui, mélangé à $0^{cc}1$ de présure de force 1/10000, en supprime les effets. Cette dose de $0^{cc}1$ de présure sera notre *unité de présure.*

ESPÈCES ANIMALES	QUANTITÉS DE SÉRUM en centimètres cubes capables de neutraliser *in vitro* l'unité de présure.
Porc	De 1,3 à 2
Cheval	De 1,8 à 2,5
Veau	De 30 à 50
Jeune lapin de quatorze jours	30
Poule	50
Mouton	70
Bœuf et vache	De 70 à 150
Lapin adulte	120
Chèvre	200

J'ai constaté, en outre, que l'albumine d'œuf de poule a une activité antiprésurante, telle que 40^{cc} neutralisent *in vitro* l'unité de présure.

Il importe d'observer que tous les animaux étudiés produisent de la présure en quantité variable.

Il était tout indiqué de rechercher si, par des injections répétées de présure, à des lapins par exemple, on pouvait arriver à augmenter l'activité antiprésurante de leur sérum. Nos prévisions se sont réalisées.

Trois lapins ont reçu sous la peau respectivement deux, trois et huit injections successives de 5^{cc} de présure dialysée. Entre chaque injection on laissait l'animal au repos pendant huit jours.

Les pouvoirs antiprésurants étaient devenus :

Pour le lapin n° 1,	après deux injections.	100
— n° 2,	après trois injections.	80
— n° 3,	après huit injections.	5

c'est-à-dire que, pour ce dernier, le pouvoir antiprésurant était vingt-quatre fois plus grand que pour le lapin normal.

Nous voyons donc la quantité d'antiprésure augmenter progressivement dans le sang des animaux qui reçoivent des injections répétées de présure, exactement comme l'antitoxine chez les animaux en cours d'immunisation. Cette réaction physiologique de l'organisme est une nouvelle preuve de l'analogie étroite que présentent les diastases normales, comme la présure, avec les toxines microbiennes, végétales et les venins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1899. — Présidence de M. PANAS.

COMMUNICATIONS

Emploi thérapeutique de l'acide cacodylique et de ses dérivés. — M. ARMAND GAUTIER, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Renaut (de Lyon), fait connaître à l'Académie les résultats de ses recherches sur l'emploi des dérivés de l'acide cacodylique, en particulier du cacodylate de sodium.

Rappelant en quelques mots l'historique de la médication arsenicale qui remonte aux Grecs, M. Gautier arrive à cette conclusion que les différentes préparations arsenicales constituent une médication infidèle, parfois dangereuse, et, somme toute, une médication de second plan. Il y a cinq ans, M. Danlos consultait M. Gautier et lui demandait s'il n'y aurait pas un moyen de rendre les préparations arsenicales moins dangereuses. M. Gautier lui proposa d'essayer l'acide cacodylique qui pourrait, avec avantage, remplacer les préparations arsenicales, cet acide contenant une certaine partie d'arsenic d'origine organique. Voilà donc cinq années que l'acide cacodylique est entré dans la thérapeutique et que plusieurs médecins, MM. Potain, Burlureaux, Rostan entre autres, se sont mis à l'expérimenter cliniquement. Puis sont arrivées les expériences de M. Renaut (de Lyon) qui, dans la dernière séance, a fait connaître les résultats qu'il a obtenus. M. Gautier s'était proposé d'attendre plus longtemps avant de faire connaître les résultats cliniques obtenus par l'emploi de l'acide cacodylique, mais M. Renaut l'ayant devancé, il se trouve mis en demeure de publier les faits qu'il a pu obtenir.

M. Armand Gautier entre ici dans le détail d'observations diverses dont quelques-unes sont vraiment surprenantes.

Il croit pouvoir conclure de ces faits qu'il y a une grande différence comme efficacité, d'une part, et comme innocuité, d'autre part, entre l'arsenic minéral et l'arsenic organique. Il croit même pouvoir expliquer physiologiquement cette différence.

Comment agit le cacodylate? M. Gautier pense qu'il se substitue au phosphore dans les lécithines et nucléines phosphorées. On retrouve, en effet, dans les urines des ptomaïnes phosphorées, tandis qu'il n'y passe qu'une partie de l'arsenic organique absorbé. On a constaté aussi que l'arsenic minéral, injecté directement dans les centres nerveux, est cent fois plus toxique que lorsqu'il y est trans-

porté par le sang. Cela tient à ce que, dans ces cas, il a déjà subi une transformation en arsenic organique.

M. HAYEM signale une lacune dans le très intéressant travail de M. Gautier. Il lui demande de rechercher ce que devient l'acide cacodylique dans l'organisme.

M. GAUTIER répond en rappelant les expériences de Rabuteau, qui ont montré que l'acide cacodylique s'éliminait par les urines. Selmi ne retrouve qu'en partie le cacodylate de soude dans les urines, mais retrouve l'arsenic de son cacodylate à l'état de combinaison organique dans les tissus, surtout dans les centres nerveux.

M. Gautier a fait la même constatation ; il est probable que l'arsenic de l'acide cacodylique se fixe sur le noyau des cellules à l'état de lecithine ou de nucléine arséniée. Il pense qu'il en résulte une sorte de rénovation du noyau cellulaire, et une hyperactivité de la cellule.

M. ROBIN ne croit pas qu'on puisse assimiler les effets de la médication arsénicale avec les effets de la médication cacodylique. L'étude du chimisme respiratoire montre que ces résultats sont tout différents ; la médication cacodylique excitant la nutrition et l'hématose, tandis que la médication arsénicale diminue les échanges.

M. GAUTIER croit que l'arsenic agit dans les deux cas, mais dans l'acide cacodylique toutes les propriétés physiques, chimiques et toxiques ont disparu ; c'est là le gros point. Qnant à considérer l'arsenic comme un médicament d'épargne, ce n'est qu'à dose toxique que l'arsenic ralentit la nutrition. A dose thérapeutique, au contraire, l'arsenic excite la nutrition.

Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction. — M. PANAS, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Dieulafoy, relate l'observation d'un homme de quarante ans, qui était atteint d'un kyste hydatique du foie avec ictère. M. Panas fit une ponction avec l'appareil Potain et retira deux litres de liquide. Ce malade a été et est resté complètement guéri après cette ponction capillaire.

Par contre, étant interne de Nélaton, M. Panas a vu ponctionner un malade atteint de kyste hydatique du foie, avec un gros trocart; on a fait ensuite une injection iodée. Ce malade a succombé à une péritonite généralisée. A l'autopsie, on a trouvé un second kyste qui s'était rompu dans la cavité abdominale.

RAPPORT

Eaux minérales. — M. HENRIOT fait un rapport sur les eaux minérales.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (accouchements). — Première épreuve clinique : MM. Dubrisay, 20; Brindeau, 19.

— *Inauguration du monument Larrey.* — L'inauguration de la statue élevée au baron Hyppolyte Larrey, ancien président du Conseil de santé des armées, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., aura lieu aujourd'hui, jeudi 8 juin, à trois heures précises, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, sous la présidence de M. Krantz, ministre de la guerre.

— Par décision ministérielle, en date du 3 juin 1899, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Bros, pour le recrutement de la Seine ; Le Rouvillois, pour l'hôpital militaire de Versailles; Pouchet, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tours; Gerbault, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Constantine; Grivet, pour l'hôpital militaire de Bourges ; Tartière, pour la place et prison militaire de Lyon; Lallemant, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Couderc, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de la Fère; de Casabianca, pour la gendarmerie de la Seine; Boucher, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; Langue, pour le 104e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barbès, pour le 3e chasseurs à cheval; Duval, pour le 4e hussards ; Guégan, pour le 19e dragons; Pesme, pour le 33e d'infanterie; Farganel, pour le 18e chasseurs à cheval; Simon, pour le 10e bataillon d'artillerie à pied; Duco, pour le 28e dragons; Mitry, pour la direction du service de santé du 11e corps d'armée; Robelin, pour le 8e dragons; Vitoux, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied ; Labougle, pour le 144e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Boucabeille, pour le 1er spahis; Binet, pour le 6e génie; Lesterlin, pour le 2e spahis; Colomb, Serre, Baumelou et Caujole, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; Jenny, pour le 1er tirailleurs algériens; Bar, pour le 4e chasseurs d'Afrique; Rambaud et Schmerber, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Foley, pour le 36e d'infanterie; Faure, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Brice et Delahaye, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Henriot, pour le 84e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Antony, pour le 145e d'infanterie.

— MM. les médecins principaux Mercier, du cadre de Lorient, désigné pour embarquer sur le *Carnot* (escadre de la Méditerranée), et Bohéas, du cadre de Cherbourg, embarqué sur la *Bretagne* à Brest, sont autorisés à permuter.

— *Université de Bordeaux.* — Par arrêté, en date du 5 juin 1899, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *Faculté de Toulouse.* — M. Audry, chargé de cours, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées syphilitiques à la Faculté.

M. Guiraud, chargé de cours, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté.

M. Lamic, chargé de cours, est nommé professeur d'histoire naturelle à la Faculté.

— M. le docteur Delamarre, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin de l'annexe de l'hospice des Enfants-Assistés à Thiais, en remplacement de M. le docteur Laforest, décédé.

— MM. les docteurs Charpentier, Schiving et Dieudonné sont nommés médecin en chef, médecin en chef-adjoint et médecin titulaire de la police municipale.

— *Premier congrès international des médecins de compagnies d'assurances sur la vie.* — Ce congrès aura lieu à Bruxelles, du 25 au 28 septembre 1899 ; il n'y sera traité que des questions d'ordre purement scientifique.

Président d'honneur : M. de Bruyn, ministre de l'agriculture et des travaux publics belge.

Le comité d'organisation est ainsi constitué : président, docteur Vleminckx, de l'académie de médecine de Belgique; vice-présidents : docteur Gallet, agrégé à l'Université libre de Bruxelles ; docteur Verriest, professeur à l'Université de Louvain; secrétaire général : docteur Poëls, ex-médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles (2, rue Marie-Thérèse, à Bruxelles).

Le comité d'initiative français se compose de MM. Brouardel, président; Landouzy, vice-président ; Peyrot, Mauriac, Siredey.

Le docteur Weill-Mantou, 28, rue de Châteaudun, Paris, est chargé de recevoir les adhésions des congressistes français et de leur fournir tous les renseignements dont ils auraient besoin.

Questions mises à l'ordre du jour : De l'admissibilité des syphilitiques, rapporteur : M. le docteur Bayet. — Des névroses traumatiques, rapporteur : M. le docteur Crocq. — De l'alcoolisme au

point de vue de l'assurance sur la vie, rapporteur : M. le docteur Boeck. — De quelques dermatoses envisagées au point de vue de l'assurance sur la vie, rapporteur : M. le docteur Dubois-Havenith. — De l'anthropométrie dans ses rapports avec l'assurance sur la vie, rapporteur : M. le docteur Houzé. — De l'admissibilité des glycosuriques, rapporteur : M. le docteur Lebœuf. — La radiographie en matière d'assurances, rapporteurs : MM. les docteurs Maffei et Hannekart. — Quels sont les neurasthéniques que l'on peut admettre, quels sont ceux qu'il faut refuser? rapporteur, M. le docteur Mabillon. — L'hérédité tuberculeuse considérée au point de vue de son influence sur l'assurance-vie, rapporteur : M. le docteur Meyer (de Metz).— De l'examen du cœur (assurance-vie), rapporteur : M. le docteur Moritz (de Saint-Pétersbourg). — De l'utilité d'un formulaire médical universel (assurance-vie), rapporteur : M. le docteur Poëls. — Des statistiques médicales; communications diverses; rapporteurs : MM. les docteurs Thompson (de Londres), Poëls, etc. — Le secret médical et les compagnies d'assurances, rapporteur : M. le docteur J. Van Geuns (d'Amsterdam). — Du diagnostic précoce de la paralysie générale, rapporteur : M. le docteur R. Verhoogen. — De la continuité des états morbides à travers la vie ; contribution à la symptomatologie des tares, rapporteur : M. le docteur Verriest.— De la fraude en matières d'assurances sur la vie, rapporteur : M. le docteur Weill-Mantou (de Paris). — De l'admissibilité des albuminuriques, rapporteur : M. le docteur Wybauw.

Les questions mises à l'ordre du jour peuvent être l'objet de communications personnelles.

Les auteurs de ces communications sont priés d'envoyer au secrétaire général, avant le 15 juillet, un résumé de leur travail. Ce résumé sera imprimé et distribué aux membres adhérents, avant les séances.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 65. — SAMEDI 10 JUIN 1899. 72e ANNÉE SAMEDI 10 JUIN 1899. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Rythme respiratoire de Cheyne-Stokes et phénomènes associés; aperçu du syndrome périodique.

Par le docteur M. RABÉ,
Ancion interne des hôpitaux de Paris.

I

Le rythme respiratoire, décrit sous le nom de rythme de Cheyne-Stokes, se compose de deux périodes, régulièrement alternantes : l'une dite d'apnée, marquée par une suspension absolue de tout mouvement de la cage thoracique, l'autre d'activité, caractérisée par une allure spéciale des oscillations respiratoires.

Quand on observe, en période d'apnée, un malade affecté de cette modalité de dyspnée, on voit, à la fin de la pause, le thorax se soulever légèrement et esquisser un mouvement respiratoire; plusieurs inspirations suivent cette reprise, de durée progressivement plus longue, mais encore espacées et toujours superficielles. Bientôt le rythme s'accélère ; les contractions des muscles respirateurs se rapprochent, se pressent avec une rapidité croissante; parallèlement, les respirations gagnent en ampleur, elles deviennent profondes et l'excursion thoracique atteint les degrés extrêmes de sa trajectoire. Pendant les derniers instants de cette phase ascendante, le malade n'est pas seulement polypnéique, la respiration s'effectue, pénible, laborieuse, tumultueuse même. Le malade ramène sa tête en arrière, relève les épaules, et dans un effort suprême, dit Stokes, contracte chacun de ses muscles inspirateurs.

Cette période d'augment atteint vite son acmé, mais presque jamais, la courbe respiratoire ne s'y maintient au delà de quelques secondes, et le plus souvent, sans transition, commence la phase de décroissance.

Il semble alors que le malade, épuisé par l'effort qu'il vient de fournir, ait besoin de repos; à l'agitation, à l'anxiété de tout à l'heure, font suite, et d'une façon brusque, un calme, un assoupissement, qui forment un contraste saisissant; bien souvent le malade s'endort. La musculature thoracique participe, elle aussi, à cette détente, et la respiration devient aisée. Les mouvements du thorax persistent, comme en vertu d'une impulsion acquise; mais bien vite, s'accuse à son tour la fatigue des inspirateurs, sous forme de contractions moins amples, moins pressées, le rythme, d'abord précipité et profond, perd sa largeur et sa fréquence. Les oscillations s'espacent de plus en plus, deviennent superficielles; à la fin de ce stade de décroissance, le malade paraît s'éteindre et expirer doucement.

Une nouvelle pause commence, qui sera interrompue, après un temps variable, par une reprise de la respiration, et le cycle périodique continue.

La durée de chacune des phases du cycle respiratoire varie dans une étendue relativement grande. Règle générale la phase d'apnée est beaucoup plus courte que celle d'activité, le plus souvent elle oscille entre 15 et 20 secondes. Ce chiffre peut se réduire de 5 à 10 secondes; d'autres fois il augmente et nombre d'observations mentionnent une suspension respiratoire de 25 à 30 secondes. Pie (de Lyon) signale, chez une de ses malades, une pause de 45 secondes.

La période de dyspnée oscille dans des limites plus larges encore. Beaucoup d'observations indiquent 15 à 20 secondes d'activité respiratoire, c'est le chiffre minimum. Dans la majorité des cas, la durée moyenne atteint 40 à 45 secondes; parfois elle peut se prolonger jusqu'à 60 et 65 secondes.

Nous venons, à l'instant, de dire que le plus souvent la période d'activité l'emportait sensiblement en durée, sur la phase de suspension. Cette loi subit des exceptions, et à côté des observations où les deux phases comportent une égale durée, d'autres même figurent où les chiffres sont intervertis. Saloz (1) rapporte l'histoire intéressante d'un malade chez lequel les deux phases évoluaient tout d'abord, d'égale durée (30 secondes); pendant les derniers jours de la vie, la proportion habituelle se renverse et le même jour, la période de pause chiffrée à trois reprises dure 23, 29 et 30 secondes, tandis que le stade d'activité atteint seulement 23, 22 et 18 secondes.

Cette accentuation de la pause, avec réduction parallèle de la phase de respiration, comporterait, pour certains auteurs, une indication pronostique. Dans l'observation II

(1) SALOZ. *Contribution à l'étude clinique et expérimentale du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes*, Th. de Genève, 1881.

de la thèse de Biot (1), les pauses qui étaient, le 18 octobre, de 18 à 20 secondes, augmentent graduellement, le 22, elles atteignent 31 secondes; le 27, 35 secondes; en même temps les périodes de pnée qui chiffrent le 18, 55 secondes, descendent les jours suivants à 45 secondes. Cette évolution anormale de cycle respiratoire coïncidait avec une aggravation sensible de l'état général, et le malade succombait le 26 octobre.

L'association des deux termes, allongement et retour plus fréquent des pauses, semble donc entraîner une signification pronostique des plus sévères.

Ainsi constitué ce cycle morbide ne s'installe pas tel d'emblée. Dans les cas de traumatisme cranien, de choc violent qui lèsent brutalement la partie supérieure de l'axe encéphalo-médullaire, le rythme de Cheyne-Stokes pourra évoluer brusquement avec ses périodes caractéristiques; mais dans les cas ordinaires, la respiration périodique se manifeste pendant un temps variable, à l'état de simple ébauche, sous une forme discrète et presque toujours, la nuit, accessible seulement à une observation attentive et constante.

L'accélération intermittente de la respiration représente la première modification symptomatique; le malade devient par instants polypnéique, les mouvements se précipitent, pour ralentir bientôt leur allure, mais il n'y a pas encore de pause, elle est simplement indiquée par une période de bradypnée. C'est un Cheyne-Stokes en miniature, un rythme intermédiaire, que certains décrivent sous le nom de Cheyne-Stokes atténué.

Parfois, déjà à cette période, et parallèlement à l'accélération respiratoire, on assiste à l'entrée en scène des troubles psychiques, sur lesquels nous insisterons dans un instant. Dans une observation personnelle, dès le début de la phase de polypnée, le malade est en proie a une vive agitation; il se lève sur son séant, l'œil anxieux, il y a une loquacité anormale, des appels violents; avec la période de bradypnée, il se calme, s'assoupit et s'endort, pour se réveiller avec l'accélération du rythme.

Quelques heures, quelques jours se passent et les phases du cycle se dessinent avec plus de netteté; bradypnée et polypnée s'accusent davantage, et bientôt entre deux crises d'accélération respiratoire, s'intercale une pause faite de quelques secondes, puis elle s'élargit, et la véritable suspension est constituée. Le syndrome s'est démasqué; il évoluera désormais en grand complet.

Le rythme de Stokes persiste-t-il toujours avec les mêmes caractères? Nous l'avons vu se modifier en intensité et en durée d'un malade à l'autre, bien plus chez le même malade, suivant le jour, suivant l'heure, où on l'observe. Il peut disparaître, les pauses se réduisent, diminuent de durée et disparaissent, mais le rythme reste pendant un certain temps, accéléré, dyspnéique, affectant le type intermédiaire; et quand, pendant l'état de veille, à nouveau la respiration s'est depuis longtemps régularisée, elle affecte encore pendant le sommeil une tendance à la périodicité.

Si le malade doit succomber, rarement le rythme périodique persiste jusqu'à la mort; il disparaît souvent le jour de l'issue fatale et la respiration se régularise quelques heures avant; cette règle souffre, toutefois, des exceptions, et Terrien [de la Vendée] (1), rapporte l'histoire d'un malade qui expira dans une pause prolongée.

Telle est la modalité respiratoire que Cheyne (2) et Stokes (3), ont eu le mérite d'individualiser. Mais la description des médecins de Dublin encore vivante de netteté et de précision, est devenue aujourd'hui incomplète; le cadre symptomatologique de la respiration périodique doit singulièrement s'élargir et si la perturbation du rythme normal paraît, pour ces auteurs, faire, à elle seule tous les frais de la scène morbide, c'est parce qu'ils n'avaient entrevu qu'un seul des types cliniques de la respiration intermittente.

Encore dans cette variété constituée uniquement par un trouble de l'activité bulbaire, Wertheimer (4) distingue différents types : la respiration périodique proprement dite faite de mouvements superficiels, alternant par séries, avec des mouvements plus amples; la respiration rémittente, caractérisée par ce fait que, dans les périodes d'atténuation, les inspirations ne sont plus qu'à peine indiquées; la respiration intermittente, ou rythme normal entrecoupé par des pauses, qui se produisent à intervalles plus ou moins réguliers. C'est à ce dernier type que certains auteurs, Biot, en particulier, veulent réserver le nom de Cheyne-Stokes; il est plus simple, plus rationnel d'envisager ces trois modalités respiratoires, comme les degrés de plus en plus accentués d'un phénomène, la respiration périodique. Cuffer (5) veut encore, dans ce type périodique avec pauses, dissocier deux variétés cliniques : parfois le rythme évolue tranquillement, la reprise inspiratoire se fait graduellement, sans effort, la respiration est bien suspirieuse, profonde, mais elle n'est pas anxieuse. Dans d'autres cas, les phénomènes dyspnéiques s'accompagnent d'agitation, les mouvements respiratoires semblent pénibles et paraissent s'effectuer avec difficulté.

Bien souvent, aux troubles respiratoires s'adjoignent d'autres perturbations fonctionnelles, intéressant les différentes sphères de l'activité nerveuse (psychisme, motricité, sensibilité générale ou spéciale, système vaso-moteur); c'est à cet ensemble symptomatique que l'on donne le nom de phénomènes associés, phénomènes connexes du rythme de Cheyne-Stokes. Traube (6), en 1869, attire l'attention sur les modifications du pouls et de la tension artérielle. Leube (7), en 1870, Ziemssen (8), en 1871, mettent en relief les troubles oculo-pupillaires. Merkel (9), en 1872, étudie les modifications psychiques durant la phase d'apnée. Les troubles de la sensibilité ont été signalés par Biot (10), par Blaise et Brousse (11); Pic (12) vient de leur consacrer une

(1) Biot. *Étude clinique et expérimentale sur la respiration de Cheyne-Stokes*, Th. de Lyon, 1878.

(1) Terrien. *Progrès méd.*, 8 janv. 1898.

(2) Cheyne. *Dublin Hosp. Rep.*, vol. II, p. 216, 1818.

(3) Stokes. *The diseases of the heart and of the aorta*, Dublin 1854.

(4) Wertheimer. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1890, nos 31 et 34.

(5) Cuffer. *Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques. De la respiration de Cheyne-Stokes dans l'urémie*, Th. de Paris, 1878.

(6) Traube. Ueber das Cheyne-Stokes'sche Athmungs-Phœnomen, *Berlin. klin. Wochens.*, 1869.

(7) Leube. Ein Beitrag zur Frage von Cheyne-Stokes'sche Respirations-phenomen, *Berlin. Klin. Wochens.*, April 1870, p. 177.

(8) Ziemssen. *Ærtzl. Intelligenzblatt*, 1870, no 20.

(9) Merkel. Zur Casuistik des Cheyne-Stokes'sche. Respirations-phenomen, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, p. 424.

(10) Biot. Loc. cit.

(11) Blaise et Brousse. *Montpellier méd.*, 1878, p. 287-315.

(12) Pic et Carrel-Billiard. *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels rythmiques associés au phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes*, Lyon 1897.

intéressante monographie. Dans le même mémoire, ce dernier auteur attirait l'attention sur les variations de la réflectivité, au cours de la dyspnée intermittente.

Nous aborderons, en première ligne, l'exposé des troubles psychiques et moteurs, certes, les plus dramatiques dans leur expression. Loin de dissocier comme le font les auteurs, ces deux termes dans leur étude, nous les juxtaposerons sans cesse, aux diverses phases du cycle respiratoire. La description y gagnera en intérêt et en fidélité. Les phénomènes oculo-pupillaires méritent en raison de leur individualité, une étude à part; nous dirons quelques mots des modifications de la sensibilité, et nous terminerons par l'analyse des variations du pouls et de la tension artérielle.

II

Troubles psycho-moteurs pendant la période d'apnée. — Quelques observateurs mentionnent la conservation absolue de l'activité psychique pendant la suspension respiratoire, c'est là l'exception. Dans la majorité des cas, à l'inertie des centres respiratoires, s'adjoint l'inhibition des sphères psycho-motrices, qui peut aller de la simple obnubilation jusqu'à l'inconscience absolue, et c'est pendant la période de détente respiratoire, que s'installe progressivement l'engourdissement des zones fronto-pariétales.

En même temps que le rythme se ralentit, l'agitation du malade disparaît et la loquacité de tout à l'heure devient un marmottement confus.

Les paupières se ferment, la tête s'incline en arrière, le malade s'assoupit; avec la dernière ondulation thoracique il s'endort; ainsi étendu dans le décubitus dorsal, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, atone, inerte, le plus souvent d'une pâleur extrême, le patient semble privé de la vie, il devient l'image de la mort. Parfois le malade interrompt, avec le début de la pause, la phrase qu'il avait commencée, pour la continuer à l'instant de la reprise inspiratoire. Merkel [de Nuremberg (1)], cité par Bernheim, rapporte l'histoire d'un malade qui, interrogé au début de la pause, comprend, mais ne peut répondre. Dès que la respiration reprend, il se rappelle la question posée et donne une réponse raisonnable, bien que lente et imparfaite.

Si l'apnée surprend le malade au moment où il veut se lever pour s'asseoir sur son lit, il reste fixé dans cette position, à demi-dressé, cu retombe épuisé.

Dans une observation de Pic, le malade répond nettement aux questions pendant la phase de polypnée; pendant la pause, il se renverse en arrière, ferme les yeux et semble dormir. A la première inspiration, il se réveille et paraît étonné de la période d'obnubilation qu'il vient de traverser.

Cependant, si profonde que soit la torpeur du malade, on peut le plus souvent le tirer de cet état à l'aide d'une excitation plus ou moins vive (pincement, piqûre, interpellation).

Il ouvre les yeux et reprend conscience, en même temps et invariablement, se produit la reprise inspiratoire, comme par anticipation, et la pause se réduit d'autant.

L'observation de Terrien fait exception à la règle, malgré de réels efforts de volonté, le malade ne parvient pendant la pause, qu'à soulever faiblement son thorax; il est en proie à une véritable angoisse, et il succombe bientôt à la fatigue, les mouvements respiratoires s'arrêtent.

Mais, règle générale, dès que le malade se rendort, le phénomène de Cheyne-Stokes reparaît, et la condition essentielle pour permettre au rythme d'évoluer dans toute sa pureté, c'est de priver le malade de toute excitation extérieure et d'établir autour de lui le silence parfait.

(1) Merkel. Loc. cit., et Bernheim. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1873, p. 444.

III

Troubles psycho-moteurs pendant la phase d'hyperpnée. — La reprise de la respiration signale le retour des fonctions cérébrales. Parfois quelques secondes avant la fin de la pause, ce réveil de l'activité nerveuse est annoncé par l'éclosion de secousses convulsives légères, intéressant les muscles de la face ou de l'extrémité des membres, de préférence localisées à l'un des côtés du corps, et souvent au côté droit.

Dans une observation de Hœppfner (1), les conctrations tétaniques portent sur les muscles de la face et des extrémités supérieures; dans un cas personnel (2), les troubles moteurs intéressent les membres supérieurs, mais diffèrent dans leur expression, à droite et à gauche.

Précédé ou non par ces phénomènes moteurs, le réveil se produit; avec le premier soulèvement du thorax, le malade ouvre les paupières, oscille la tête à droite et à gauche; d'autres fois, il effectue plusieurs mouvements de déglutition. Les premières inspirations peuvent évoluer dans un état de calme parfait; la conscience renaît et le malade adresse la parole à son entourage. Cependant, le regard trahit un peu d'anxiété et chaque ascension thoracique s'accompagne d'une agitation convulsive, progressivement plus accentuée des membres supérieurs.

Puis le rythme s'accélère, la respiration devient pénible et tumultueuse, l'angoisse du patient augmente, il semble éprouver une peine infinie à soulever son thorax, et cet état de souffrance évolue crescendo, nous le savons, jusqu'à l'instant du fastigium. En face de cette tourmente respiratoire, et parallèlement à sa phase d'expansion, se déroulent les signes d'une excitation psychique et motrice graduellement plus accentuée. Le malade se lève sur son séant, les membres supérieurs s'agitent avec violence, il y a des gémissements, des plaintes. La loquacité augmente, ce sont des cris, des apostrophes bruyantes; le malade, de plus en plus angoissé, appelle au secours.

Dans les cas graves, ce tableau clinique revêt une forme encore plus dramatique. C'est une crise de manie aiguë qui se déroule. L'ataxie psycho-motrice s'installe d'emblée; le malade se réveille en sursaut, l'œil effaré; l'orthopnée est immédiate, et, dès l'instant, l'anxiété respiratoire, l'excitation mentale battent leur plein. Un malade de Merklen (3), en pleine période de polypnée, se cramponne aux personnes de l'entourage. Des hallucinations visuelles ou auditives terrifient le patient, qui interpelle des êtres imaginaires; il se découvre, veut se lever, et l'on doit employer la force pour le contenir.

(1) Hœppfner. Affection cérébrale. Phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. Mort, in *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1874, p. 101.

(2) Rabé et A. Martin. Néphrite interstitielle et thrombose cardiaque, Soc. anat., 1898, p. 466.

(3) Merklen. Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes, Soc. méd. des hôpit., 12 fév. 1897.

MM. Pic et Carret-Billiard (1) relatent un cas où l'on assiste à l'évolution d'un délire urémique, parfaitement isochrone aux phases d'augment et de détente de la période respiratoire. On demande au malade comment il se trouve : « Ça ne va pas plus mal, » répond-il, et il se met à répéter indéfiniment ces six mots.

Au moment de la première inspiration, il se réveille et murmure tout bas d'abord : « Ça ne va pas plus mal, » et continue à répéter avec angoisse les mêmes mots, mais en élevant la voix de plus en plus si bien qu'au moment où les oscillations respiratoires atteignent leur maximum, il pousse de véritables hurlements. Puis l'agitation et les cris diminuent, parallèlement à la décroissance respiratoire, et avec la dernière inspiration, il s'endort, avec un dernier : « Ça ne va pas plus mal, » à peine chuchoté. Et le même cycle se reproduit indéfiniment.

On peut observer des variantes dans le tableau clinique de cette activité nerveuse désordonnée, entre autres le retrait de l'un des termes de l'association symptomatologique. Un malade, dont l'histoire est rapportée par Hallopeau et Petit (2), présente le type respiratoire de Cheyne-Stokes ; à l'instant où les respirations deviennent profondes, une crise de raideur tétanique éclate dans les membres, suivie d'une phase de convulsions cloniques, qui s'éteignent quelques secondes après l'acmé de la polypnée. Aucun trouble psychique n'est relevé.

Robertson (3) publie un cas de Cheyne-Stokes dans lequel une véritable contracture tétanique se produit dans les muscles pendant la dyspnée. A ce symptôme unique, se réduit l'excitation des zones psycho-motrices, pendant la phase des oscillations respiratoires.

Pic et Carrel-Billiard ont eu l'idée de rechercher si la force musculaire subissait les mêmes alternatives, isochrones aux modifications du cycle respiratoire. Dans un cas, l'exploration dynamo-métrique a pu être faite et elle leur a révélé une différence de force de 1 000 à 1 500 grammes entre la période d'apnée et celle de polypnée.

L'aiguille de l'appareil marque 28 à 29 pendant la respiration, 26 à 27,5 pendant l'apnée.

Jusqu'ici, il existe un synchronisme parfait entre les deux courbes de respiration et d'excitabilité nerveuse : aux phases de polypnée et de silence respiratoire se juxtaposent exactement les crises d'hyperactivité des zones fronto-pariétales et les périodes de torpeur intellectuelle avec résolution musculaire, et pendant l'évolution de la phase dyspnéique, les troubles psycho-moteurs subissent des variations régulièrement parallèles aux modifications respiratoires. Pic, en 1896, publie, au congrès de Nancy, une observation où ce parallélisme se détruit, où le maximum de l'une des courbes coïncide avec l'absence d'ondulation de l'autre ; pendant la phase de décroissance respiratoire, apparaît un tremblement en masse des membres supérieurs, d'aspect vaguement parkinsonnien, mais plus brusque que celui-ci et à allures convulsives. Ce tremblement s'exagère au moment de la pause, phase pendant laquelle il atteint son acmé pour décroître rapidement, au début de la période respiratoire. La durée totale du rythme moteur atteint 40 secondes environ. Un malade de Biot était agité pendant la pause d'un tremblement rythmique analogue à celui de la paralysie agitante ; enfin Kœrber (1) cite le fait d'un malade hémiplégique et atteint de respiration périodique, pendant la phase d'apnée, tout le côté paralysé devenait le siège d'une contracture intense. (*A suivre.*)

(1) Pic et Carrel-Billiard. Loc. cit.

(2) Hallopeau et Petit. *France méd.*, 1890, p. 801-803.

(3) Roberston. *The Lancet*, 1887.

(1) Kœrber. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1872, p. 600.

INAUGURATION

DE LA STATUE DU BARON HIPPOLYTE LARREY

La statue du baron Hippolyte Larrey, ancien président du Conseil de santé des armées, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., élevée à la suite d'une souscription à laquelle les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont contribué en grand nombre, a été inaugurée hier à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. M. Krantz, ministre de la Guerre, qui devait présider la cérémonie, ayant été retenu par les débats parlementaires s'était fait représenter par M. le gouverneur militaire de Paris.

Parmi les nombreux assistants : MM. F. Guyon, Lannelongue, Bouchard, de l'Institut ; J. Bertrand, de l'Académie française ; Bergeron, Panas et Vallin, représentant l'Académie de médecine ; Paul Berger, Reclus, Potain, Pozzi, Laborde, Dureau, etc. ; les généraux Brault, Borius, Boissonnet, le vice-amiral de la Jonquière ; l'inspecteur Colin, l'inspecteur Kermorgant, du service de santé des colonies, tous les officiers du corps de santé présents à Paris, ainsi que tous les maîtres et élèves du Val-de-Grâce.

On remarquait en outre la présence de la fille adoptive du baron Larrey, Mlle Juliette Dodu, chevalier de la Légion d'honneur, dont on n'a pas oublié la conduite héroïque pendant la guerre franco-allemande.

La statue, en bronze, due à Falguière, est élevée dans les jardins du Val-de-Grâce, face aux salles des malades. Larrey est représenté debout, dans une pose digne et sans affectation. L'expression du visage est fort remarquable. La statue repose sur un socle aux lignes simples, la mettant bien en valeur, élevé sous la direction de M. L. Dionis du Séjour, architecte du gouvernement.

Le professeur Guyon, président du Comité, prend le premier la parole, au nom de l'Institut et de l'Académie de médecine. Après avoir fait la remise du monument, il rappelle en termes élevés ce que fut le baron Larrey comme savant et comme homme. Son discours est très applaudi.

Puis M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz prononce avec son autorité habituelle le remarquable discours que nous reproduisons plus loin.

M. le médecin-inspecteur Kelsch montre ensuite que le baron Larrey fut comme son père le modèle du médecin militaire qui sait se dévouer entièrement à cet instrument merveilleux qu'est le soldat français.

Enfin, M. le général Zurlinden, unissant dans un même éloge les deux Larrey, rend un juste et vibrant hommage au dévouement des membres du corps de santé.

Puis après une visite dans les salles de malades, le gouverneur traverse le cloître où sont réunis les bustes des membres les plus illustres de la médecine militaire. Il se rend ensuite dans la salle où vient d'être formé le Musée historique du corps de santé. Là, brille au premier rang l'épée que l'empereur Napoléon Ier détacha de son côté pour la donner

à Larrey, qui avait perdu la sienne en prodiguant ses soins aux blessés sous le feu de l'ennemi.

En somme, belle et bonne journée où tous, civils et militaires, se sont unis pour honorer un des noms les plus glorieux de la médecine française.

DISCOURS DE M. LE MÉDECIN-INSPECTEUR GÉNÉRAL DUJARDIN-BEAUMETZ, PRÉSIDENT DU COMITÉ TECHNIQUE DE SANTÉ

Monsieur le gouverneur,
Monsieur le président et Messieurs les membres de la Commission,
Messieurs,

C'est la seconde fois depuis la fin de l'année 1895, qu'un solennel hommage est rendu dans cette École à la mémoire du baron Hippolyte Larrey. Le souvenir est encore bien présent de cette touchante et grandiose cérémonie funèbre, au cours de laquelle le cercueil renfermant ses restes mortels ayant été descendu de la chapelle du Val-de-Grâce, dans la Cour d'honneur, au pied de la statue que la reconnaissance nationale a élevée à son illustre père, les représentants de l'Institut de France, de l'Académie et de la Faculté de médecine, de la Société de chirurgie, du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, des sociétés d'assistance et de bienfaisance, ceux de l'École du Val-de-Grâce et du Comité technique de santé, entourés de la pompe militaire par laquelle l'État honore les funérailles des grands-officiers de la Légion d'honneur, ont célébré les éminents services du fils en les associant à la glorieuse renommée du père; et l'on peut dire, maintenant que le temps a passé sur ces éloges, que le baron Hippolyte Larrey sera toujours jugé dans l'histoire de la médecine d'armée, tel qu'au lendemain de sa mort il apparaissait à chacun de nous, dans sa modestie, sa loyauté, son amour du bien public, l'immensité de son érudition, la sagesse de sa pratique chirurgicale, la correction et l'urbanité de ses manières, la sérénité de son caractère, la dignité de sa personne qui fut celle de toute sa vie.

Nous le considérions depuis longtemps comme un ancêtre, parce que, né dans les premières années de ce siècle, il était parvenu au sommet de la hiérarchie dans le moment où nous en montions à peine les premiers échelons, et il était comme M. le médecin-inspecteur Maillot, son prédécesseur à la présidence du Conseil de santé des armées, l'objet de la vénération des générations successives des stagiaires venant se former à la pratique des devoirs professionnels et militaires, qu'il avait lui-même enseignés pendant de si longues années.

On a pu penser que, pour le fils du chirurgien en chef de la garde impériale et de la grande armée de 1812, la carrière avait été naturellement facile et rapide. Sans doute, le baron Hippolyte Larrey n'a point eu à lutter contre les difficultés que la pauvreté, si dure à la jeunesse, oppose à son généreux essor; mais pour qu'en sa personne son nom soutînt dignement l'éclat dont il était environné, ce fut à un travail incessant et opiniâtre qu'il dut la légitimité des premiers succès qui assureront son avenir. Les manuscrits qu'il a laissés témoignent du labeur prodigieux de sa première jeunesse; aussi avait-il, à trente-deux ans, et dans le simple grade d'aide-major, mérité d'être nommé à l'unanimité des suffrages, et après le plus brillant concours, professeur de pathologie chirurgicale à l'École du Val-de-Grâce en 1841. Ce fut encore au concours qu'il obtint le titre de professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, après avoir disputé cette nomination à des concurrents qui tous ont rendu leur nom célèbre dans la science : dire que parmi eux se trouvaient Sédillot et Malgaigne, Lenoir et Huguier, suffit à faire l'éloge de leur heureux émule.

Formé par les enseignements paternels aux principes de la chirurgie d'armée, il avait saisi la première occasion de les mettre en pratique, et ce fut au siège de la citadelle d'Anvers qu'en 1832 il reçut le baptême du feu, en prodiguant ses soins, dans la tranchée même, aux hommes qui venaient d'y être frappés par les projectiles ennemis. Pendant cette campagne, il avait acquis personnellement l'expérience du service et du traitement des blessures de guerre; aussi se trouva-t-il mieux que personne en situation de diriger avec autorité cette partie de l'instruction des sous-aides du Val-de-Grâce, et d'ajouter avec distinction son nom à ceux de ses honorables prédécesseurs dans le professorat.

L'École du Val-de-Grâce n'a jamais eu, Messieurs, et ne pouvait avoir dans l'enseignement de l'art de guérir la mission complexe qui incombe aux Facultés de médecine. Fille de la Révolution française, elle a été créée par le Comité de salut public, en mai 1793, « dans l'intérêt de la science et de l'humanité, et plus spécialement du service de santé militaire, pour servir de modèle aux institutions de ce genre. »

La nécessité de sa création était d'autant plus impérieuse que, dans ces quatorze armées que la République a fait surgir pour la défense de la patrie, les maladies épidémiques et le feu de l'ennemi faisaient de terribles ravages. La réquisition ne suffisait pas à combler les vides qui se produisaient parmi les officiers de santé; ils étaient tels qu'au rapport de Fourcroy à la Constitution nationale (7 frimaire an III), plus de 600 officiers de santé avaient déjà péri au milieu et à la suite des fonctions mêmes qu'ils exerçaient... La volonté du Comité de salut public était que « les médecins et chirurgiens destinés aux armées fussent formés par des hommes que leurs talents, leur expérience et leurs succès dans la carrière appelaient à ces importantes fonctions ». Telle fut l'origine du professorat dans cette École du Val-de-Grâce, aujourd'hui plus que centenaire. Je regrette de ne pouvoir citer ici les noms de tous les hommes qui l'ont illustrée; sous ses formes et ses dénominations successives (École de santé, Hôpital de perfectionnement, École d'application du service de santé militaire), elle a toujours, depuis 1793, donné à ses élèves une instruction scientifique et une éducation morale telle qu'ils fussent, comme l'a si justement et si heureusement dit le duc d'Orléans en 1842 : « des savants et des soldats. »

Sans doute les jeunes gens qui prennent du service dans le corps de santé militaire y sont poussés par une vocation naturelle, éprouvée et affermie au cours des études médicales si longues et si pénibles; mais, pas plus que le conscrit n'est « un soldat », bien qu'il ait en germe toutes les qualités foncières qui lui permettront de devenir un homme de guerre, le titre de docteur en médecine ne suffit pas à lui seul à faire de celui qui l'a conquis « un médecin militaire ». Sans doute, il a appris à traiter individuellement des malades dans les conditions faciles qu'offrent les familles ou les hôpitaux : il ne sait pas comment on fait régner dans un casernement, dans un camp, dans une armée, c'est-à-dire dans une collectivité composée d'éléments aussi variés que sont dissemblables les événements de chaque jour, une hygiène suffisante; il ne sait pas à quels signes on pressent et on affirme l'éclosion prochaine ou imminente d'épidémies redoutables, comment on les prévient, comment on limite leurs ravages; il ne sait pas comment, dans l'encombrement formidable qui, pendant et après les batailles et au cours des grandes épidémies, assiège les ambulances et les hôpitaux de campagne, on peut dans les circonstances les plus difficiles, avec les ressources les plus précaires, organiser d'urgence ces secours, que des esprits et des mains dressés par avance à parer à ces situations précaires peuvent seuls improviser, tout en inspirant aux malades, comme à leurs collaborateurs, sécurité et con-

fiance. Il faut connaître les règlements qui sont la base du fonctionnement de chaque service, et ce lien qui les met tous en harmonie pour le bien commun. Il faut enfin, pour se rendre, dans notre état, aussi utile à l'armée que l'occasion l'exige, il faut avoir trempé son corps et son âme aux sources vives qui donnent à l'armée elle-même sa discipline, son endurance et son courage. Ce n'est que dans nos écoles du service de santé de Lyon et du Val-de-Grâce, que nos jeunes adeptes peuvent, par l'enseignement de notre histoire, comprendre quels sont leurs devoirs envers le soldat que l'État confie à leur savoir et à leur probité scientifique ; ce n'est que dans nos écoles qu'ils peuvent s'initier à cette religion du dévouement à l'humanité et à la Patrie qui est la loi morale commune à tous les médecins militaires, qu'ils servent dans les corps de troupe, les hôpitaux ou les ambulances, et dont la tradition est dans le corps de santé aussi vieille, aussi vivace et aussi féconde que le sont dans nos forêts séculaires ces chênes majestueux à l'ombre desquels ont grandi tant de générations de nos vaillants ancêtres, et qui abritent encore la nôtre sous leur vigoureux et verdoyant feuillage.

M. le professeur Guyon vient de nous rappeler bien heureusement les touchantes et naïves paroles par lesquelles Ambroise Paré, réduit dans sa vieillesse à se défendre contre les atteintes de ses rivaux et les calomnies de ses détracteurs et à se justifier d'avoir été le plus grand des chirurgiens d'armée de son temps et des siècles passés, caractérisait déjà en 1585 l'essence, la moralité et les consolations intimes de la chirurgie militaire.

Ce n'est donc pas d'aujourd'hui seulement, Messieurs, que les médecins et les chirurgiens de l'armée sont l'objet d'attaques malveillantes ou injustes. Mais aujourd'hui comme au temps d'Ambroise Paré, ils conservent leurs droits traditionnels et impérissables à l'amitié du soldat, à sa confiance affectueuse, à sa légitime reconnaissance, parce qu'à toutes les époques, en toutes circonstances, des steppes glacés du Nord aux climats brûlants de l'Extrême-Orient, sous le feu le plus terrible, comme dans les épidémies les plus meurtrières, il a trouvé dans le médecin qui partage ses dangers et sa misère un ami toujours secourable, soit que son art l'arrache à la mort, soit que son cœur soutienne son espérance ou le console à ses derniers moments.

Il est doux, dans les loisirs de la paix, et la splendeur d'une cérémonie telle que celle qui nous réunit autour de cette statue, de se souvenir de ce qu'est l'existence de l'officier de santé en campagne.

Comme l'a dit le poète : « Il est doux de sourire aux poignants souvenirs qu'on pourrait oublier... »

« Pour nous, disait Percy en 1792, il n'y a point de repos aux armées ; nous y sommes, comme l'a fait observer Vicq d'Azyr, les soldats de tous les jours, de tous les moments, nous n'y quittons jamais le combat ; les maladies, les blessures, l'insalubrité des lieux, l'inclémence des saisons, la contagion des épidémies sont pour nous des ennemis implacables et toujours renaissants ; et dans cette pénible lutte où les dangers nous pressent de toutes parts, ce sont encore ceux que nous partageons avec les guerriers sur les champs de bataille que nous avons le moins à redouter. »

Ces dangers n'étaient pas alors et ne sont point aujourd'hui illusoires, si l'on en juge par le nombre considérable des officiers de santé blessés ou tués par le feu de l'ennemi dans nos dernières guerres ; aussi le baron Percy, qui, comme Larrey, n'avait, ainsi que le dit un de ses biographes, été blessé que trois fois au cours de ses nombreuses campagnes de guerre, encourageait-il les jeunes sous-aides de 1811 à braver le trépas.

« Allez, leur disait-il, où la Patrie et l'humanité vous appellent ; soyez-y toujours prêts à servir l'une et l'autre, et, s'il le faut, sachez imiter ceux de vos généreux compagnons qui, au même poste, sont morts martyrs de ce dévouement intrépide et magnanime qui est *le véritable acte de foi* des hommes de notre état. »

Voilà, Messieurs, les préceptes, voilà les exemples par lesquels, dans nos écoles du service de santé, on forme les jeunes médecins militaires à la pratique de leurs devoirs ; aussi est-ce au Val-de-Grâce, origine commune de tous les officiers de santé, que nous avons voulu recueillir et concentrer le souvenir des hommes qui, à toutes les époques, ont honoré notre service ; nous souvenant de cette belle pensée de Cicéron :

« Optima hereditas a patribus traditur liberis, omnique patrimonia præstantior, gloria virtutis rerumque gestarum. — Le meilleur héritage que les pères laissent à leurs enfants, bien supérieur à tout le patrimoine, c'est la gloire de leurs vertus et de leurs actions. »

Les libéralités de MM. les ministres de la Guerre, des dons particuliers reçus avec non moins de reconnaissance nous ont permis de fonder le Musée historique du corps de santé dont le Val-de-Grâce est dépositaire. La personnalité du baron Hippolyte Larrey ne pouvait qu'y tenir une grande place ; sous l'ancien régime, il avait eu le courage de défendre près de l'empereur Napoléon III le principe de l'assimilation de nos grades à ceux de la hiérarchie militaire, et le bonheur de voir ses efforts couronnés de succès. Lors de la discussion du projet de loi portant autonomie du service de santé sous l'autorité du commandement, il a pris part, en sa qualité de membre du corps législatif, aux délibérations de la Chambre des députés, et il a prononcé, à cette occasion, un discours mémorable qui a puissamment contribué à porter la conviction dans les esprits. Nous ne pouvons oublier que, de son vivant, la bibliothèque de l'École du Val-de-Grâce s'est enrichie de la multitude des ouvrages scientifiques dont il la gratifiait d'année en année ; il lui a légué la totalité de ses livres de chirurgie qui constitue une collection aussi complète que rare de tout ce que l'art a produit de plus remarquable. La salle d'honneur de notre Musée possède un grand nombre de tableaux et d'objets précieux dont sa fille adoptive, accomplissant fidèlement et amplifiant ses intentions verbalement exprimées, lui a fait donation, les ajoutant spontanément au legs constitué par le buste en marbre du baron Dominique Larrey, dû au ciseau de David (d'Angers), et par l'épée qu'un soir de bataille l'empereur Napoléon Ier, visitant les blessés, détacha de son propre baudrier et remit à Larrey pour remplacer celle que l'ennemi lui avait enlevée alors qu'au cours de la journée il avait envahi et pillé l'ambulance.

C'est cette même piété filiale qui a, depuis la mort du baron Hippolyte Larrey, assuré à l'Académie de médecine la fondation du « Prix de statistique », et à l'Académie des sciences celle du « Prix Larrey » destiné à récompenser annuellement et à perpétuité les meilleurs travaux des médecins de l'armée et de la marine. Enfin, pourquoi ne pas rappeler ici que, dans la dernière année de sa vie, le baron Larrey a reçu, au Val-de-Grâce, à l'issue de l'inauguration du buste de Villemin, de la part des professeurs et des stagiaires rangés respectueusement sur son passage, un hommage auquel sa modestie tentait de se dérober, mais qu'elle a dû subir, tant nous étions heureux de le rendre au doyen vénéré du professorat dans nos écoles. M. Larrey nous rappelait alors, avec l'émotion la plus communicative, combien il aimait ce Val-de-Grâce dans lequel il avait professé la chirurgie pendant vingt et un ans consécutifs : enseignement dont la durée est non seulement exceptionnelle, mais unique, dans une carrière aussi habituellement mouvementée qu'est la nôtre et qui n'a point cessé quand M. Larrey a été appelé aux fonctions de médecin-chef de l'hôpital et à celles de sous-directeur de l'École, dont il a été le premier titulaire. Il n'a pris fin que par sa promotion au grade

de médecin-inspecteur. Aussi, de même que son père avait désiré que son corps reposât dans les jardins de l'infirmerie des Invalides pour ne point être séparé des intéressantes victimes de la guerre auxquelles il avait continué ses soins dans leur hôtel, après avoir partagé leurs dangers au cours de 60 batailles rangées et de 400 combats — et de cinquante-quatre années d'une activité constante — a-t-il paru naturel de placer la statue du fils dans l'hôpital même du Val-de-Grâce, au milieu des malades qui viennent encore, comme de son temps, y chercher le soulagement de leurs maux ou la guérison de leurs blessures.

L'œuvre magistrale de Falguière, reproduisant si heureusement sa physionomie et la distinction de sa personne, fera vivre à jamais dans le bronze, le souvenir de sa haute situation militaire et scientifique, ainsi que celui des services éminents qu'il a rendus à la chirurgie et à l'armée par sa valeur professionnelle et sa bienfaisante activité.

Le corps de santé militaire auquel vous avez, mon général, toujours témoigné tant de sollicitude, vous remercie de l'honneur que vous lui faites, en présidant cette cérémonie et en procédant à la réception de cette statue élevée à l'un de ses membres ; tout à l'heure, l'éminent directeur de cette École vous priera de vouloir bien inaugurer cette partie des cloitres où sont réunies les images de ceux des grands ministres qui ont été les premiers organisateurs du service de santé, et celles des médecins militaires qui ont acquis le plus de droits à nous servir de modèles. C'est déjà beaucoup pour nos modestes moyens que d'avoir pu leur consacrer un buste ; mais c'est ici le lieu et l'occasion d'exprimer le vœu de voir se dresser un jour dans cette enceinte les statues des grands hommes qui ont été les précurseurs ou les apôtres de la médecine et de la chirurgie d'armée. La grande âme des Larrey ne prendra pas ombrage de voir les statues d'Ambroise Paré, de Percy, de Des Genettes s'élever à côté de la leur ; le père avait été leur disciple, leur émule, et leur collègue, le fils a toujours professé pour eux la plus sincère admiration. Si, dès les premiers âges du monde, l'homme a éprouvé le besoin d'espérer en la résurrection des corps, le souffle puissant qui émane des actions comme des écrits des grands hommes nous donne la certitude de l'immortalité de la pensée. Ceux que j'ai cités nous ont laissé le meilleur d'eux-mêmes, délié de ses liens périssables ; nous le sentons toujours vivant au milieu de nous, planant sur nos destinées, éclairant et fécondant les travaux inspirés aux médecins militaires pour le bien des soldats blessés ou malades qui mettent en eux seuls leur espérance et leur consolation dans la souffrance.

Inspirez-vous de ces nobles ancêtres, jeunes officiers-élèves du corps de santé, qui êtes aujourd'hui témoins du solennel hommage rendu à la mémoire du baron Hippolyte Larrey ; attachez-vous uniquement comme lui à servir la Patrie, à faire bénir l'exercice de votre art, à respecter le culte de la science, à vous donner tout entiers, en toutes circonstances, à la profession de dévouement, d'abnégation, d'énergie modeste que vous avez librement choisie ; vous vous rendrez dignes ainsi de devenir, comme les Larrey, les médecins en chef d'autres grandes armées, et de recevoir, comme eux, au foyer de la médecine militaire et dans l'histoire, la consécration de cette gloire immortelle que la Patrie accorde à ceux qui par leur génie et leurs vertus ont bien mérité d'elle et de l'humanité.

THÉRAPEUTIQUE

Intertrigo.

Oléate de quinine	50	centigr.
Lanoline	15	grammes.
Huile d'olives.	10	—

Frictionner deux fois par jour et saupoudrer ensuite avec de la poudre d'amidon.

Ou :

Magnésie calcinée pulvérisée . . .	5	grammes.
Talc	20	—
Acide salicylique	2	—

Poudre à saupoudrer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE TESTICULAIRE

M. REYNIER répond aux différents orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion. Il résume les diverses opinions émises et déclare qu'avec M. Berger, il reste partisan de la castration dans le traitement des tuberculoses testiculaires. Ce qui explique, dit-il, la variété des opinions des chirurgiens sur le traitement de cette affection, ce sont ses modalités mêmes.

Les cas soumis à l'observateur sont, en effet, très variables et ne demandent pas tous le même traitement. Il faudrait donc multiplier les observations et surtout les donner plus complètes. On doit, en effet, tenir compte de l'âge du malade, de la gravité des lésions, de la marche de l'affection. Cette marche est d'ailleurs très variable et il est impossible, au début d'une tuberculose testiculaire, de savoir avec certitude comment elle marchera, si elle restera stationnaire, si elle s'étendra aux organes voisins. Telle tuberculose testiculaire paraîtra devoir être maligne qui ne le sera pas, tandis que telle autre, d'apparence très bénigne, prendra rapidement un caractère de grande gravité.

Dans certains cas où les lésions resteront bien limitées à l'épididyme, où la santé générale restera bonne, on pourra se contenter d'agir sur l'épididyme seul ; mais pour peu que les lésions présentent une marche envahissante, il ne faut plus hésiter à faire, de bonne heure, la castration, celle-ci étant le seul moyen d'enlever bien sûrement tous les foyers tuberculeux. Quand l'affection suit une marche rapide, il devient dangereux de perdre du temps et de se contenter d'opérations parcimonieuses.

On a beaucoup insisté, dans cette discussion, sur l'extrême gravité de la perte d'un testicule, sur l'influence morale que cette perte peut exercer. Cela peut être vrai quand il s'agit des deux testicules, mais non quand il s'agit d'un seul. Quelque neurasthénique que le malade puisse être, il sera toujours bien plus impressionné par la présence d'un foyer tuberculeux que par l'absence d'un testicule, s'il lui en reste un bon. M. Reynier ne se laisse donc pas trop apitoyer sur le sort de ces organes, et il trouve ses collègues bien chatouilleux au sujet des testicules, alors que beaucoup d'entre eux le sont si peu au sujet des ovaires. L'ablation des ovaires a cependant encore plus d'importance chez la femme que l'ablation d'un testicule peut en avoir chez l'homme. Alors que dans maintes circonstances on n'hésite pas à enlever les deux ovaires, on pousse les hauts cris s'il s'agit de sacrifier un testicule tuberculeux.

M. Reynier pense que la castration précoce d'un testicule tuberculeux peut, au contraire, offrir de grands avantages, et il croit devoir se comporter vis-à-vis d'un testicule tuberculeux de la même manière que vis-à-vis d'un testicule cancéreux.

Dans les cas où il constate des lésions tuberculeuses ailleurs que dans les testicules, quand ces malades portent en même temps des lésions pulmonaires, M. Reynier se range

alors à l'avis de M. Nimier et croit que les opérations partielles suffisent dans ces cas. C'est là, surtout, que la cautérisation ignée peut rendre des services. Il ne faut pas davantage faire la castration dans les cas de foyers tuberculeux ouverts. Là, encore, la cautérisation ignée reprend ses droits.

M. Reynier étudie ensuite l'influence de la castration comparée à celle des opérations partielles sur les lésions prostatiques. Il pense que la castration a plus de chances que les opérations partielles de ralentir la marche des lésions du côté de la prostate et des vésicules séminales. Enfin M. Reynier, tout en reconnaissant que les opérations sur le canal déférent, sur l'épididyme, ont leurs raisons d'être et leurs indications, pense que, dans la grande majorité des cas, c'est la castration qui a le plus de chances d'enrayer la marche des accidents tuberculeux testiculaires.

M. BAZY n'a jamais pratiqué la castration pour des lésions tuberculeuses. Il apporte de nouveaux faits de récidive de la tuberculose dans l'autre testicule après l'ablation d'un premier testicule atteint. Si les partisans de la castration veulent être logiques, ils devront agir pour le second testicule atteint comme pour le premier et alors c'est la double castration qui, ainsi que M. Reynier le reconnaît lui-même, peut avoir de bien fâcheuses conséquences au point de vue moral.

M. QUÉNU fait observer que la discussion théorique et scolastique de M. Reynier ne saurait infirmer en rien les faits que lui et ses collègues ont apportés, et relatifs à des guérisons durables après les opérations économiques. Tout est là : si ces opérations donnent d'aussi bons résultats que la castration, pourquoi ne pas les préférer à cette mutilation ? Il est hors de doute qu'il vaut mieux n'enlever que les parties malades en respectant, autant que possible, le testicule.

M. REYNIER répond à M. Bazy que tout dépend de l'état dans lequel étaient les testicules castrés. Il est bien évident qu'il ne s'agit, dans tous les cas dont veut parler M. Reynier, que de tuberculose au début. Quand les deux testicules sont pris et qu'il y a d'autres lésions tuberculeuses ailleurs, il va sans dire que M. Reynier n'opère pas. Mais on ne peut pas dire, comme vient de le faire M. Bazy, qu'on n'enlèvera jamais un testicule tuberculeux.

M. ROUTIER a d'abord été partisan de la castration et devant l'évidence des faits il l'a complètement abandonnée pour les opérations partielles qui donnent de bien meilleurs résultats.

M. QUÉNU insiste sur les faits de guérison obtenue par les opérations partielles. Il ne peut donc que répéter avec Ambroise Paré qu'il ne faut pas se hâter d'enlever les couillons aux jeunes garçons. (*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Création d'un urèthre hypogastrique. — *Application de cette nouvelle méthode de traitement aux diverses affections des voies urinaires* (1), par MM. Antonin PONCET, professeur de clinique chirurgicale, et Xavier DELORE, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Le « Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques » de MM. Poncet et Delore n'est pas seulement un travail didactique de pathologie et de thérapeutique chirurgicales. La note de cet ouvrage est plus personnelle et sa portée plus grande que celle des livres d'enseignement. Il est fait de documents vécus, il représente actuellement la seule monographie complète qui ait été écrite sur cette nouvelle méthode chirurgicale de traitement des accidents prostatiques.

Après avoir été le premier à créer la nouvelle voie de dérivation urinaire, M. Poncet l'avait aussi, par son enseignement et ses publications, introduite définitivement dans la pratique. Il restait à réunir, dans un travail d'ensemble, les résultats immédiats et éloignés de cette méthode opératoire. Grâce à une observation clinique de plus de dix ans (la première cystostomie a été exécutée en avril 1888), grâce à une étude longtemps prolongée des anciens opérés, les auteurs comblent aujourd'hui cette lacune, en appuyant leurs conclusions sur le chiffre de 120 opérés.

Dans un historique consciencieux, ils rappellent les travaux de Mac Guire, qui, en 1889, poursuivait en Amérique des travaux similaires. On assiste à l'éclosion et à l'extension de cette méthode qui, sortie de Lyon, gagne progressivement les autres écoles en France et à l'étranger. Cette propagation n'est-elle pas déjà la justification de l'*Opération de Poncet* ?

Quelques considérations anatomiques et anatomo-pathologiques sur l'appareil prostato-vésical du vieillard étaient indispensables pour démontrer les dangers des interventions aveugles, telles que la ponction, l'insuffisance d'autres modes de traitement tels que la prostatomie. Les auteurs insistent, avec raison, sur certaines dispositions du cul-de-sac prévésical, engendrées par la présence des hernies ou des adhérences du péritoine au pubis, etc. L'opérateur doit les connaître, s'il veut aborder la vessie sans danger alors même qu'il existe des modifications pathologiques. L'étude minutieuse du manuel opératoire, des soins immédiats ou éloignés, s'adresse aux médecins qui peuvent être contraints à pratiquer cette opération d'urgence.

Les indications de la cystotomie sont longuement discutées. Rejetant les ponctions hypogastriques et la sonde à demeure, qui peuvent être très dangereuses, MM. Poncet et Delore divisent les prostatiques en deux grandes catégories : 1° ceux qui ne présentent que des troubles mécaniques de l'excrétion urinaire, sans infection ; 2° ceux qui sont infectés, qui sont des empoisonnés urinaires.

Chez les premiers, la cystotomie est indiquée lorsque le cathétérisme est impossible, douloureux, uréthrorragique, lorsqu'il est mal supporté et qu'il existe de fausses routes. L'incision à ciel ouvert est, sans contredit, moins dangereuse que la ponction aveugle.

Chez les seconds, l'hésitation n'est pas permise, toutes les fois que le cathétérisme, les lavages ne triomphent pas rapidement des accidents infectieux.

En résumé, les auteurs considèrent le cathétérisme comme le véritable traitement des accidents prostatiques. Est-il insuffisant ou dangereux, c'est à l'opération que l'on doit recourir. Les ponctions, la sonde à demeure, sont la plupart du temps inefficaces ; elles font perdre un temps précieux et aggravent la situation déjà trop compromise. Ces indications, posées par M. Poncet depuis dix ans, ont été admises par la plupart des chirurgiens, ainsi qu'en témoignent les discussions des sociétés savantes.

Les résultats justifient cette conduite ; au point de vue vital, ils sont pour ainsi dire parfaits chez les prostatiques non infectés. Si, parmi les infectés, la mortalité est relativement élevée, il faut en accuser les lésions avancées, la pyélonéphrite et non plus l'opération. Mais les succès, dans ces conditions, sont d'autant plus beaux, d'autant moins discutables, que la vie était irrémédiablement compromise par les autres modes thérapeutiques.

Au point de vue fonctionnel, les opérés forment deux catégories : les uns conservent leur urèthre artificiel (cystostomie permanente), les autres recouvrent la miction par la

(1) In-8° de 450 p., 41 fig. dans le texte. Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

verge, le méat abdominal s'oblitère (53 p. 100 des cas, cystostomie temporaire). La véritable cause de la persistance de l'urèthre hypogastrique est l'obstruction définitive de l'urèthre normal par les déformations prostatiques.

Lorsque le nouveau canal persiste, quelle est sa fonction? Cette question est traitée dans tous ses détails, car elle a une grande importance. Nous ajouterons que le nombre des documents entraîne la conviction. Les opérés peuvent survivre longtemps, grâce à la nouvelle voie urinaire : plusieurs ont cinq à six ans de survie; l'un d'eux, âgé de quatre-vingt-un ans, conserve son méat depuis neuf ans, etc.

Quelques-uns gardent leur urine dans la vessie. Ils sont continents. L'urèthre artificiel se substitue avantageusement à l'ancien qui est devenu impropre à la fonction; la vie sociale s'accomplit telle qu'avant le début des accidents. Chez d'autres, le méat hypogastrique remplit simplement le rôle d'une soupape de sûreté. Les derniers ont une incontinence. L'infirmité peut alors être supportée, grâce à des urinaux de divers modèles décrits, avec beaucoup de soin, par MM. Poncet et Delore. Cette incontinence doit être même parfois recherchée pour parer à des accidents secondaires, calculs, infections, rétentions secondaires.

Dans un dernier chapitre, sont indiquées les applications variées de la cystostomie sus-pubienne permanente ou temporaire aux diverses affections des voies urinaires, chez l'homme et chez la femme : cancer de la prostate, tumeurs de l'urèthre et de la vessie, tuberculose vésicale, fistules, vésico-vaginales, etc. Ce sont toujours les mêmes complications qui commandent l'opération. Celle-ci agit, en effet, comme moyen de dérivation urinaire et de désinfection; elle arrête les hémorrrgies, elle calme les douleurs. Dans le prostatisme, comme dans les autres maladies urinaires, la cystostomie combat efficacement la rétention, l'infection, les hémorragies, les douleurs. Elle constitue ainsi une méthode générale, à laquelle on doit recourir toutes les fois que ces accidents existent isolés ou associés dans la pathologie urinaire.

Quarante-deux figures intercalées dans le texte rendent la lecture plus instructive. De nombreuses observations (soixante-dix-neuf), rédigées minutieusement, sont publiées comme exemples. Elles apportent le contrôle indiscutable des faits. Grâce à ces documents, fruits d'une longue expérience clinique, le traité de la cystostomie sus-pubienne de MM. Poncet et Delore devient un ouvrage scientifique et pratique tout à lois. Il permet de se faire une opinion sur la valeur thérapeutique de cette nouvelle méthode de traitement des complications prostatiques et autres.

BANQUET ÉMILY

Le banquet offert hier soir, au docteur Émily de la mission Marchand, sous la présidence de M. Brouardel, a été empreint d'une cordialité et d'une sincérité des plus touchantes, MM. Brouardel, Cunéo, Pinard, Laborde et Tissier ont successivement pris la parole pour féliciter le jeune héros qui a répondu en rapportant à ses maîtres et à ses collègues de la marine les hommages dont il était l'objet.

Voici le discours de M. Brouardel :

Messieurs,

Je lève mon verre en l'honneur de notre glorieux ami, le docteur Émily.

Messieurs, je suis fier d'avoir été choisi par mes collègues pour porter sa santé, mais j'avoue à mon vaillant confrère que je trouve ma situation un peu délicate.

S'il s'agissait de proclamer le courage d'un de nos confrères qui aurait exposé sa vie dans des actes professionnels, je ne serais pas embarrassé. J'ai été leur témoin, et qu'il s'agisse de leurs actes journaliers, d'une épidémie, je sais que l'on peut compter sur le corps médical; il n'a jamais manqué à sa tâche, et en France notamment, on n'a eu à signaler aucune défaillance.

Mais, mon cher ami, ce n'est pas votre cas, il me faut parler de choses dont je n'ai pas été témoin, que je connais par des lectures et non *de visu*. Les dangers de la brousse, des marais, les fatigues, les difficultés de chaque jour, je les ignore, vous seul pouvez nous renseigner, et j'espère que tout à l'heure vous le ferez, sans modestie; nous serons heureux de vivre avec vous les jours que vous avez passés depuis trois ans.

Si le détail nous échappe, il est deux points que je tiens à mettre en relief. Nous admirons le courage militaire, nous admirons cet homme qui, au mépris de sa vie, brave, pour la victoire, les plus mortels dangers. J'ai encore une plus profonde admiration pour celui qui, ne rendant pas la mort pour la mort, cueille les blessés sur le champ de bataille, exposant sa vie comme les combattants. Combien de vos camarades ont donné cet exemple!

Mais cette ardeur, cette abnégation de soi-même dure quelques heures, une journée; vous, votre dévouement a duré trois ans, ne s'est pas démenti un jour, il a été permanent.

Etait-ce tout votre rôle? Quand vos camarades avaient fini leur laborieuse journée, la vôtre était-elle terminée? Ne nous avez-vous pas rendu les hommes de la mission vivants? Qui donc les a soignés, les a pansés? Ajoutant aux fatigues de la journée, ce dévouement obscur des audacieux dignes de ce nom.

Enfin, messieurs, j'ai lu la relation de bien des missions. Combien y en a-t-il qui n'aient malheureusement pas une tache dans leur histoire?

Vous et vos camarades vous avez brûlé quelques cartouches contre quelques brigands ou pillards qui vous guettaient, mais partout vous avez su vous faire des amis, les peuplades que vous quittiez vous regrettaient. Vous ne leur avez pas fait connaître la civilisation par des méfaits, mais par des bienfaits, votre rôle à vous médecin n'a-t-il pas été particulièrement actif et utile?

Messieurs, rien n'a manqué à cette glorieuse épopée, pendant trois ans, vous avez marché à l'Étoile, au moment où vous touchiez la terre promise, elle s'est dérobée.

Il n'est pas besoin de sonder vos cœurs pour comprendre votre douleur.

Mais, nous, Messieurs, devons-nous être moins fiers de nos camarades? Si vous n'avez pas eu le succès matériel que vous aviez le droit d'obtenir, notre œuvre n'est pas pour cela stérile. La France a tressailli dans toute son étendue, les étrangers ont salué avec respect cette phalange de héros, aucune nation n'a dans ses légendes une gloire plus pure.

Mon ami, le corps médical vous remercie et est fier d'avoir eu un des siens dans cette mission; il vous salue avec respect, espère que longtemps vous resterez vivant, servant d'exemple à nos jeunes médecins.

A la santé du docteur Émily.

M. Laborde, après avoir montré les liens de confraternité qui nous unissent tous, termine par les paroles suivantes :

C'est aussi la fête du patriotisme, du vrai patriotisme, celui qui n'est pas seulement au bout des lèvres, mais au fond des cœurs; celui dont on peut dire avec un grand citoyen qui fut aussi un grand patriote, à propos de la France, qu'il appartient à ses enfants, partout où ils se trouvent, de servir, de défendre et de rehausser : « Cette France, il faut

l'aimer comme on aime une mère ; c'est à elle qu'il faut faire le sacrifice de sa vie, de son amour-propre, de ses jouissances égoïstes ; c'est d'elle qu'il faut dire : là où est la France, là est la patrie ! »

Ce patriotisme, Messieurs, le voilà... nous en avons aujourd'hui devant nous la vivante image, la personnification la plus pure, et nous sommes venus le saluer de nos hommages fraternels et reconnaissants, heureux et fiers de le rencontrer chez un des nôtres, dans cette corporation médicale qui représente et résume tous les dévouements.

C'est lui qui, paré du courage et des vertus militaires, défie les distances, la mortelle aridité des déserts immenses, lutte contre les inclémences du sol et du milieu, triomphe de toutes les difficultés, est prêt à toutes les souffrances, à toutes les privations, à tous les sacrifices par amour pour son pays.

C'est lui qui affronte tous les dangers et tous les déboires pour la santé et la vie de ses semblables et pour le bien de l'humanité !

Messieurs et chers confrères, avec les remerciements dont je suis l'interprète, je lève mon verre de médecin et de Français à la personnification, en notre confrère, le docteur Emily, du dévouement patriotique uni au dévouement humanitaire.

M. le président Brouardel donne la parole à M. Émily, qui s'exprime ainsi :

Messieurs et chers maîtres,

S'il est une récompense qui m'est chère, c'est de voir avec quelle sympathique bienveillance vous m'avez accueilli, vous, mes maîtres, dont les travaux m'ont toujours guidé, et à qui je dois rapporter le peu de bien que j'ai pu faire.

C'est à votre enseignement que les médecins de la marine doivent de porter aux quatre coins du monde les secours de l'art médical ; instruits à vos paroles, ils sont les apôtres qui vont les semer au loin.

Je n'ai eu qu'à suivre leurs traces, qu'à m'inspirer de leur exemple. Au Congo, en Abyssinie, j'ai trouvé des camarades qui, par leur humanité, par leur savoir avaient fait respecter et aimer le nom de la France. A Liotard, gouverneur du haut Oubangui, ancien pharmacien de la marine, à de Convalette, à Chabaneix, médecins de la marine, en mission auprès de Ménélik, pour ne parler que de ceux avec lesquels j'ai pu être en contact, notre pays doit aussi des remerciements et des hommages. Ils ont fait œuvre de bons patriotes, en faisant œuvre de médecins.

Ce ne sont pas les seuls du reste, car sous la haute impulsion de M. l'inspecteur général Cunéo, des missions parcourent le monde, accumulant les observations sociales et pathologiques qui, réunies par vos mains, formeront, un jour prochain, une géographie médicale complète.

En portant la santé des maîtres illustres qui ont bien voulu détourner sur moi, leur disciple, une partie des hommages qu'ils adressaient à la mission Marchand, je leur demande la permission de lever aussi mon verre en l'honneur de ces camarades de la marine, connus ou inconnus, qui, en faisant simplement leur devoir, donnent à la France une petite part de cette gloire que vous voulez bien nous accorder.

Aux médecins de la marine !
Aux médecins de Paris !
Aux médecins de France !

Ces paroles ont été vigoureusement soulignées par les applaudissements de l'auditoire tout entier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement (épreuve clinique) : MM. Wallich, 17; Macé, 13.

Hôpitaux de province. — *Creusot.* — M. le docteur Lagoutte, professeur suppléant à l'École de médecine de Dijon, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être nommé chirurgien en chef du Creusot.

M. le docteur Brian, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé médecin du Creusot.

Écoles de médecine. — *Marseille.* — A la suite du concours pour le clinicat chirurgical, M. le docteur Acquaviva a été nommé chef de clinique pour deux ans.

Sociétés. — La Société de neurologie, qui vient de se fonder, a tenu une séance préparatoire hier à la Faculté. Elle se réunira désormais le premier jeudi de chaque mois.

Marine — Liste d'embarquement de MM. les officiers du corps de santé de la marine :

MM. les médecins en chef Danguy des Déserts, Geoffroy, Dhoste, Fontorbe, Jacquemin, Barret, Burot.

MM. les médecins principaux Bourat, Nodier, Ludger, Abelin, Laurent, Gayet, Bremaud, Kermorvant.

MM. les médecins de première classe Fallier, Vinas, Lallour, Théron, Recoules, Chové, Leclerc, Mathé, de Gouyon de Pontouraude, Bourdon, Plagneux, Richer de Forges, Gandelin, Michel, Aubry, Roux, Pelissier, Aubry, Duville, Coppin, Gaillard, Branzon-Bourgogne, Piton, Thamin, Keisser, Bonnefoy, Martenot, Audibert, Du Bois Saint-Sévrin, Martine, Salaün, Layet, Pons, Depied, Bonain, Dumas, Martel, Morel, Gombaud, Denis.

MM. les médecins de deuxième classe Préboist, Porre, Micholet, Hamon.

— MM. les médecins principaux Vergos, du cadre de Rochefort, actuellement professeur à Brest, et Arami, du cadre de Brest, embarqué sur le *Masséna*, sont autorisés à permuter de port d'attache.

— M. Brugère, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer sur la *Drôme* (transport du littoral) M. le docteur Castaing, qui terminera le 21 juin courant deux années d'embarquement et qui sera rattaché au port de Toulon.

— M. Recoules, médecin de première classe du port de Toulon, est désigné pour remplacer au 2e régiment de tirailleurs tonkinois M. le docteur Duguet.

Statistique. — La mortalité à Paris, du 28 mai au 3 juin, s'est chiffrée par 947 décès (moyenne 957).

La fièvre typhoïde a causé 8 décès (moyenne 5); la rougeole en a causé 30 (moyenne 31).

La scarlatine 6 (moyenne 3); la coqueluche 15 (moyenne 8); la diphtérie 4 au lieu de 16.

La diarrhée infantile a amené 30 décès au lieu de 38.

Les maladies inflammatoires du poumon ont produit 112 décès au lieu de 101 la semaine précédente et de 120, moyenne ordinaire.

La tuberculose pulmonaire a causé 183 décès (moyenne 193); la méningite tuberculeuse 22, la méningite simple 31; l'apoplexie et le ramollissement cérébral 64 décès.

Les maladies organiques du cœur, 56, le cancer 54; enfin 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 11 suicidés et 12 autres morts violentes. Il est à craindre que les fortes chaleurs que nous avons depuis quelques jours n'augmentent la mortalité des enfants en bas âge.

Concours d'internat. — Lundi 26 juin s'ouvrira, à l'hôpital Saint-Joseph, un concours pour cinq places d'internes titulaires et plusieurs places d'internes provisoires. — Pour les renseignements, s'adresser à M. le docteur Tison ou aux autres chefs de service.

Nécrologie. — M. le docteur Monsarrat (de Mazamet).

Cours et conférences. — M. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé des conférences sur les maladies de la peau et les continue tous les mercredis à neuf heures (salle Larry).

— *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale*, sous la direction de MM. Terrier professeur, et Hartmann, agrégé. — Cours de M. Gosset, prosecteur. — Chirurgie urinaire, ouverture le mercredi 28 juin, à une heure et demie.

1° Néphropexie. 2° Néphrotomie, néphrectomie. 3° Chirurgie de l'uretère. 4° Cathétérisme des uretères. 5° Taille hypogastrique. 6° Uréthrotomie interne, ponction hypogastrique, méat hypogastrique. 7° Uréthrotomie externe, résection de l'urèthre. 8° Lithotritie. 9° Circoncision, amputation de la verge, angioneurectomie, résection du canal déférent. 10° Voie périnéale, prostatectomie périnéale.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les droits à verser sont de 50 francs.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Excursion aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence des Voyages économiques, une excursion aux Gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne, *du 25 juin* au *5 juillet* 1899.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 francs; 2e classe, 245 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'agence des Voyages économiques, 17, rue Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Train de plaisir de Paris à Fontainebleau. — La Cie P.-L.-M. a l'honneur d'informer le public qu'elle mettra en marche, *le 18 juin*, un train de plaisir *à prix réduits*, entre Paris et Fontainebleau.

Aller : départ de Paris, à 9 h. 32 matin; arrivée à Fontainebleau, à 10 h. 42 matin. — Retour : départ de Fontainebleau, à 11 h. 11 soir; arrivée à Paris, à minuit 9.

Prix des places (aller et retour) : 2e classe, 5 fr. 35; 3e classe, 3 fr. 50.

Syphilis, par le docteur Isidor Neumann, professeur de dermatologie et de syphiligraphie, à l'Université de Vienne. (2e édition). Un vol. gr. in-8°. — Prix : 20 marks. — Vienne, Alfred Hölder.

Traité pratique de la tuberculose pulmonaire, par le docteur P. Bouillet. Un vol. in-12. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 66. — MARDI 13 JUIN 1899. 72e ANNÉE. MARDI 13 JUIN 1899. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Paris, le 12 juin 1899.

La conférence des avocats de la Cour d'appel de Paris a discuté la question suivante :

« La publication dans un ouvrage, par un médecin, des observations faites sur une personne traitée à l'hôpital constitue-t-elle le délit de violation du secret professionnel prévu par l'article 378 du Code pénal? »

La conférence a adopté l'affirmative, et nous pensons qu'elle a complètement et absolument raison.

Le médecin ne doit révéler rien de ce qu'il a connu en sa qualité de médecin et il est bon de rappeler que la publication d'une observation, fût-ce dans un ouvrage scientifique, ou devant une société savante, peut tomber sous le coup de la loi, à condition toutefois que le malade soit désigné par ses nom et prénoms ou d'une façon qui le rende reconnaissable pour tous. Qu'importe, d'ailleurs, qu'une opérée s'appelle Mélanie ou Angèle? qu'elle demeure à Asnières ou à Pontoise? L'essentiel n'est-il pas de savoir l'âge, la profession de la malade, les circonstances qui ont précédé et accompagné l'évolution du mal? Il est parfois sage de taire le pays d'origine du malade et de laisser dans l'ombre tout ce qui a trait à la personnalité même et non à la maladie. En bornant une observation, que l'on rend publique, à la partie purement scientifique, le médecin fera acte de prudence. Les publications sont souvent connues par les malades intéressés qui les recherchent avec un soin jaloux. Une communication à la Société de chirurgie n'a-t-elle pas été récemment l'occasion d'un incident sérieux qui s'est traduit par l'arrestation d'un confrère, heureusement suivie d'une ordonnance de non-lieu? Par quel moyen les malades peuvent-ils savoir que leur observation est publiée dans tel ou tel journal ou devant telle ou telle société savante? Il est difficile de le dire. Mais le fait est là, fréquent; bien des malades possèdent la narration imprimée de leur maladie. Quand l'administration d'un journal peut dépister la qualité d'un acheteur au numéro, et reconnaître un malade, rien n'est plus facile que de l'éconduire. Mais beaucoup échappent à cette reconnaissance et parviennent à se procurer le numéro du journal publiant la relation de leur maladie. On comprend alors comment doivent être prudents les auteurs, lorsqu'il s'agit de certaines affections comme la syphilis, le cancer, des affections héréditaires ou contagieuses.

Aujourd'hui, où les tribunaux s'occupent volontiers des choses de la médecine, il convient de ne pas s'exposer à la moindre poursuite.

Nous ne voulons que rappeler le fait d'un confrère qui avait rectifié, à la demande expresse de la famille d'un peintre connu qui venait de mourir, un diagnostic erroné publié dans la presse, diagnostic capable de causer un certain préjudice aux descendants. Cette rectification, demandée et rendue publique, fut l'objet de poursuites de la part du parquet et notre confrère fut condamné. Le médecin ne peut donc se délier ni être délié du secret professionnel; le plus sage est donc de se tenir dans le texte même de la loi.

Le jugement suivant démontre encore combien les tribunaux sont stricts sur cette observance rigoureuse de la loi :

La chambre civile de la Cour de cassation, sur le rapport du conseiller Falcimaigne, la plaidoirie de Me Gosset et les conclusions conformes de l'avocat général Desjardins, vient de casser un arrêt de la cour de Paris rendu au profit d'une compagnie d'assurances sur la vie, parce que cet arrêt s'était fondé, pour déclarer l'assurance nulle, sur la déclaration recueillie, au cours d'une enquête, d'un médecin qui avait révélé que l'assuré, auquel il avait donné ses soins, était atteint d'une maladie déterminée.

La cour suprême a jugé qu'il n'est pas permis à un médecin de révéler, dans une enquête motivée notamment par une question d'assurance sur la vie, que son client a été, à une certaine époque, atteint d'une maladie dont il n'a pu avoir connaissance qu'à raison des soins qu'il lui a donnés (art. 378 du Code pénal), et que le témoignage du médecin, provoqué et fourni au mépris de cette interdiction légale, ne saurait servir de base à une décision de justice.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La pathologie spéciale de la rate, ou mieux, la pathologie chronique de cet organe, vient de s'enrichir d'un nouveau type morbide. On se souvient que, dans la précédente séance, MM. Rendu et Widal ont rapporté, avec de très minutieux détails, un fait de **splénomégalie tuberculeuse**, absolument dissemblable de tous les cas anciennement connus de tuberculose de la rate. M. Moutard-Martin, à son

tour, publie, de cette même affection, un nouvel exemple que l'on dirait calqué sur le premier, car ils ne diffèrent que par quelques nuances à peine sensibles; et, dès maintenant, ces deux observations permettent de nettement isoler cette nouvelle et importante modalité clinique. Rappelons que dans le cas de M. Moutard-Martin la rate était extrêmement volumineuse; elle descendait presque jusqu'à l'épine iliaque et mesurait 32 centimètres de longueur; son poids était de 1750 grammes; au microscope on rencontrait des tubercules avec des cellules géantes, sans bacilles colorables. On put constater encore, à l'autopsie, l'existence de quelques petits tubercules fibro-calcaires dans les poumons, une tuberculose histologique du foie, et des lésions caséeuses peu étendues des ganglions épiploïques. Cliniquement, la malade, femme d'une quarantaine d'années, offrait, outre une tumeur splénique, une hyperglobulie marquée, sans leucocytose et sans cyanose des extrémités ni de la face; au contraire, elle avait une teinte terreuse des téguments.

Si l'on se souvient bien, ce sont là les symptômes cliniques et les lésions anatomiques qu'avaient notés MM. Rendu et Widal dans leur observation.

On peut donc penser qu'il doit en être de la tuberculose de la rate comme de la tuberculose des autres organes. On connaissait déjà la granulie de la rate, puis la tuberculose caséeuse; un troisième type existe maintenant, à savoir la sclérose de la rate avec masse caséeuse. Dans ce cas, la rate se conduit comme un véritable ganglion. Ne sont-ce pas des types anatomo-cliniques tout à fait comparables à ceux qui peuvent exister au niveau du foie? On y rencontre la granulie, les masses caséeuses qui s'y présentent comme de véritables abcès froids (Lannelongue), et enfin la sclérose tuberculeuse, avec quelques lésions caséeuses. La nature semble faire ici ce qu'elle fait ailleurs, elle ne change pas de thème.

Dans les deux cas actuellement rapportés de splénomégalie tuberculeuse, il faut insister sur l'existence de l'hyperglobulie. On ne saurait, à son propos, faire autre chose que des hypothèses, mais c'est là un fait tout à fait remarquable.

MM. Souques et Castaigne lisent une note sur la **pathogénie du rhumatisme cérébral.** Il s'agit d'un cas de rhumatisme cérébral mortel. Les recherches bactériologiques furent négatives sur les cultures aérobies et anaérobies.

Des injections intra-cérébrales de liquide céphalo-rachidien, chez le lapin et chez le cobaye (3 centimètres cubes par hémisphère cérébral), donnèrent des résultats négatifs. Le liquide céphalo-rachidien n'était donc pas toxique. Cette absence de toxicité s'explique probablement par l'affinité que la cellule nerveuse a pour les toxines, suivant l'hypothèse de Wassermann.

M. Chauffard dépose sur le bureau de la Société le règlement du **XIIIe Congrès de médecine**, qui se tiendra à Paris en 1900 (voy. *Gaz. des hôp.*, 1898, n° 139).

IMPERFORATION ANO-RECTALE

D'ABORD TRAITÉE PAR LE PROCÉDÉ DU TROCART; ANUS ARTIFICIEL AU CINQUANTIÈME JOUR

[Rapport de M. BROCA, à la Société de chirurgie, sur un travail adressé par M. le docteur DELANGLADE (de Marseille)].

Le 16 juillet 1897 on apporta à M. Delanglade, au dispensaire des Enfants-Malades, un garçon de cinquante jours qui était né avec l'anus imperforé, sans que rien dans l'hérédité pût expliquer cette malformation. On commença par ne pas s'occuper de l'absence de méconium et au quatrième jour seulement, comme étaient survenus des vomissements et du météorisme, comme l'enfant avait toujours refusé de téter, le médecin se décida à intervenir.

Le cas, je le reconnais, est de ceux où on est excusable de ne pas porter le diagnostic immédiat : l'anus, en effet, était extérieurement bien conformé, et dès lors, même si, selon la règle absolue, on avait regardé, sitôt après la naissance, la région ano-périnéale, on a été excusable de méconnaître un vice de conformation profond, que rien à l'extérieur ne faisait prévoir. L'oblitération, en effet, portait à 3 centimètres au-dessus de la marge de l'anus.

Mais attendre quatre jours avant de mettre le petit doigt dans l'anus d'un nouveau-né qui ne rend pas de méconium, vomit, ne tette pas et se ballonne! C'est d'une ignorance énorme et malheureusement encore trop fréquente, malgré le précepte formel et depuis longtemps classique de toujours pratiquer cette exploration quand, au bout de vingt-quatre heures, l'enfant n'a pas rendu de méconium. La précocité de l'intervention est en effet un élément capital de succès, malgré quelques observations où l'opéré a guéri après un délai invraisemblable.

De ce délai, dans le cas particulier, il semble bien qu'une sage-femme soit aussi coupable qu'un médecin. Mais notre confrère doit être rendu responsable de la suite : je le dis avec d'autant plus d'impartialité que j'ignore jusqu'à son nom.

Ce que je sais c'est qu'il a employé l'abominable procédé du trocart pour mettre en perce son imperforé; et en outre il ne l'a employé que le lendemain de son exploration. Or, le procédé du trocart est aujourd'hui unanimement et justement condamné. Toujours on doit aller, par une incision périnéale méthodique, à la recherche de l'ampoule qu'il faut abaisser et suturer à la peau. Un aveugle coup de trocart trop souvent manque l'ampoule, ou ne l'atteint qu'à travers le péritoine. Ces accidents, sans doute, sont parfois évités, sans que l'opérateur en puisse être félicité, car il n'y est pour rien. Mais lorsque, pour le premier jour, le hasard a bien fait les choses, le patient n'est pas au bout de ses peines, et le résultat définitif est mauvais.

Écoutez plutôt l'histoire du malade dont nous parle M. Delanglade.

Au coup de trocart, immédiatement s'échappe une quantité énorme de méconium, un plein saladier, paraît-il, et le jour même l'enfant se met à téter. Mais dès le jour suivant les matières ne passent plus, et cela dure ainsi vingt-deux jours, les évacuations se reproduisant seulement sous forme de vomissements fécaloïdes répétés plusieurs fois par jour. Au niveau de l'anus, de temps à autre, une tache jaune, mais c'est du pus et pas autre chose. Au bout de vingt-deux jours le trajet redevient spontanément perméable et pendant quatre jours les matières passent et les vomissements diminuent. Mais ce fut passager, depuis dix-neuf jours, l'oblitération s'était reproduite complète, les vomissements étaient incessants, l'état général s'aggravait de jour en jour, lorsque l'enfant fut présenté à M. Delanglade.

L'enfant paraissait mourant : tête, cou, thorax et membres étaient dans un état de maigreur effrayant. Seul le ventre était énorme et littéralement tendu à éclater. Les fausses côtes étaient extrêmement soulevées, la respiration anxieuse et précipitée, les extrémités froides et bleues, le pouls imperceptible. L'orifice anal est tout petit. En arrière de lui et en avant du coccyx, deux petits points déprimés, d'aspect

cicatriciel. La fosse ischio-rectale droite bombe fortement : ses téguments sont légèrement rosés. En appuyant légèrement à sa surface, on fait sourdre du pus par l'anus. L'index, introduit dans cet orifice, ne pénètre pas au delà de la première phalange; il est arrêté par une sensation de résistance très marquée.

Une opération était sans doute désespérée, mais il fallait l'entreprendre, et l'événement démontra que cette décision n'avait rien de trop audacieux. Mais quelle voie choisir pour rétablir le cours des matières? En raison du phlegmon de la fosse ischio-rectale, M. Delanglade se décida pour l'anus contre nature, quitte à reprendre la voie périnéale si l'enfant guérissait.

Sans anesthésie, naturellement, l'incision iliaque classique est donc pratiquée, mais à peine le péritoine est-il ouvert qu'un paquet volumineux d'anses intestinales fait hernie. Elles sont distendues au maximum par des gaz, leur couleur est rougeâtre, leur surface dépolie est recouverte par places d'un exsudat grisâtre, léger et peu adhérent. Après de vains essais de réduction et devant la dépression extrême de l'enfant M. Delanglade incise le bord libre de l'intestin sur deux centimètres environ : les gaz s'échappent avec force et les anses s'affaissent rapidement; une pince est appliquée sur l'ouverture intestinale et la réduction, après toilette, du reste de l'intestin devient facile. Quoique incertain que l'entérotomie ait porté sur l'S iliaque, l'opérateur se décide, pour gagner du temps, à y établir l'anus contre nature. Il ne s'écoula qu'une quantité insignifiante de matières.

L'enfant était presque syncopé et on eut grand'peine à le ranimer quelque peu. Cependant, on le rapporta le lendemain à la visite du matin : il était resté en état de shock jusque vers minuit, puis s'était définitivement réchauffé, avait tété et n'avait plus vomi. Il est souillé des pieds à la tête par des matières de bon aspect ressemblant à des œufs brouillés. Le pouls est aisément perceptible, et M. Delanglade profite de l'amélioration de l'état général pour inciser et drainer l'abcès ischio-rectal, ce qu'il n'avait osé faire la veille tellement l'enfant se trouvait en état de shock.

Au sixième jour, les fils sont retirés, réunion complète. L'abcès périnéal est presque cicatrisé.

On faillit obtenir un succès définitif : mais deux mois plus tard, l'enfant a succombé à la campagne. L'autopsie n'a pas été faite, on n'a pu avoir sur ses dernières semaines et les accidents terminaux que des renseignements extrêmement vagues : on a parlé de bronchite (?).

Au cours de son opération, M. Delanglade a été particulièrement frappé par les difficultés qu'a engendrées le météorisme : l'anus de Littre fut très laborieusement établi, en raison de la hernie des anses distendues et impossibles à réduire. Si bien que l'entérotomie préalable fut indispensable : et l'on comprend combien cette manœuvre augmente les chances d'infection péritonéale. De plus, chez le nouveau-né, il est bien difficile de distinguer l'S iliaque des anses grêles voisines. D'après l'évolution post-opératoire, M. Delanglade croit qu'il avait bien ouvert le côlon, et je suis de son avis, mais il admet que c'est plutôt par chance.

Aussi s'est-il demandé s'il ne vaudrait pas mieux, en l'occurrence, recourir à l'anus lombaire de Callisen. Pour son compte personnel, c'est un peu l'esprit de l'escalier — et, comme son malade a guéri, on ne peut même pas lui en faire une légère critique. Il documente son opinion par quelques recherches faites sur des cadavres de nouveau-nés et de fœtus à terme et par la connaissance du succès durable de Morrant Backer dans un cas analogue au sien : anus lombaire exécuté sur un enfant entièrement épuisé au dix-neuvième jour avec météorisme intense, vomissements fréquents, etc., guérison persistant plus de trois ans plus tard.

Les faits anatomiques démontreront peut-être que, chez le nouveau-né et sur l'intestin météorisé, l'anus lombaire sera facile à exécuter correctement, mais les faits cliniques sont encore trop rares pour nous permettre de porter un jugement : et j'espère qu'ils le resteront, car pour les cas habituels, si l'on intervient à temps et correctement, la voie périnéale est seule à préconiser; et quand l'obstacle est trop haut situé pour pouvoir être ainsi atteint, il est indispensable d'ouvrir le ventre pour voir où est l'ampoule terminale, qui peut fort bien ne pas porter sur l'S iliaque.

Mais il est utile de savoir comment se comporter pour rectifier une erreur dont personnellement on n'est pas responsable, et nous devons, je crois, féliciter M. Delanglade de s'être habilement tiré d'un pas si hasardeux.

MÉDECINE PRATIQUE

Réaction du sang des diabétiques au bleu de méthylène.

Le sang des diabétiques mis en présence d'une solution alcaline de bleu de méthylène décolore cette solution qui prend une teinte jaune lorsqu'on la chauffe. Si le sujet n'est pas diabétique, la solution du bleu de méthylène n'est pas altérée. Voici la manière de procéder employée par Williamson (*Pharm. centralhalle*, 1899) et que rapporte le *Répertoire de pharmacie*.

On prend une partie de sang, deux parties d'eau et cinquante parties de solution de bleu de méthylène à 1 pour 6000. On y ajoute deux parties de lessive de potasse à 6 p. 100 et on fait bouillir pendant trois ou quatre minutes au bain-marie. On voit alors se produire la réaction caractéristique. Un procédé analogue avait déjà été indiqué en 1896, par Brehmer qui emploie simultanément l'éosine et le bleu de méthylène.

THÉRAPEUTIQUE

Vers intestinaux.

I. *Oxyures vermiculaires.* — Lavements à l'eau salée, l'eau sucrée ou l'eau additionnée de glycérine par parties égales.

II. *Ascarides lombricoïdes.*

Santonine	5	centigrammes.
Calomel	15	—
Sucre de lait	Q. S.	—

Pour un paquet n° 4. Un à quatre paquets le matin à jeun, dans du lait, à une demi-heure l'un de l'autre.

III. *Tænias et bothriocéphales.* — Capsules d'extrait éthéré de fougère mâle et de calomel : 4 grammes de l'un et 50 centigrammes à 1 gramme de l'autre en quinze à vingt capsules; deux toutes les dix minutes. Ne donner que du lait comme aliment exclusif, la veille au soir. (Grasset.)

ou :

Alcool chloroformé à 10 0/0 . . .		8	grammes.
Essence de térébenthine rectifiée	ââ	4	—
Extrait éthéré de fougère mâle			
Glycérine		15	—

M. S. A.

Une demi-cuillerée à bouche d'heure en heure. Avant le traitement, purgation à l'huile de ricin ou au sulfate de magnésie.

Pour enfants :

Alcool chloroformé à 10 0/0		
Essence de térébenthine rectifiée	ãã	2 grammes.
Extrait éthéré de fougère mâle		
Glycérine		15 —

M. S. A.

Une cuillerée à café d'heure en heure. (E. CHAMBERLIN.)

Traitement du prurit par le salicylate de méthyle.

M. Leredde a employé avec succès, à l'hôpital Saint-Louis, le salicylate de méthyle dans le traitement du prurit généralisé ou localisé, au cours de diverses dermatoses prurigineuses. L'action comme antiprurigineux est très rapide, souvent immédiat.

Voici sous quelle forme M. Leredde a recommandé son emploi à la Société de thérapeutique :

Vaseline	ãã	20 grammes.
Salicylate de méthyle		

Cette pâte s'emploie facilement et son action donne de bons résultats. Son seul inconvénient est l'odeur si pénétrante du salicylate de méthyle. Les malades s'y habituent bien d'ailleurs. Jamais M. Leredde n'a constaté d'irritation locale.

Autre antiprurigineux.

Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	30 à 40 grammes.
Acide tartrique	1 —

(VIDAL.)

Prurit génital.

1° Prendre trois fois par jour une des pilules suivantes :

Oxyde de zinc	30 centigr.
Quinine	2gr5
Extrait d'aloès	1 gramme.
Suc de réglisse	Q. S.

Pour une pilule n° 20.

2° Laver les parties prurigineuses à l'eau phéniquée faible, additionnée de menthol ou d'alcool aromatique.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine (1) [2e édition], publié sous la direction de MM. BOUCHARD et BRISSAUD.

La nouvelle édition du « Traité de médecine » commence à paraître chez Masson. Les deux premiers volumes sont déjà en vente et l'ouvrage comprendra dix volumes. Cette augmentation du nombre des volumes permettra ainsi de diminuer leur épaisseur, et les rendra plus faciles à manier; d'autre part, cela permettra aussi d'augmenter la quantité des matières.

Du reste, à première vue, en parcourant les deux volumes déjà parus, on se rendra compte des additions considérables et parfois de modifications totales qu'ont subies la plupart des articles. Dans l'intervalle des sept années qui viennent de s'écouler depuis la première édition, il a paru, aussi bien en France qu'à l'étranger, un nombre considérable de travaux disséminés dans des revues spéciales; il importait de les réunir, de façon à les fixer pour ainsi dire dans la science, et afin de présenter aux étudiants et aux médecins une vue d'ensemble de toutes ces recherches : c'est l'effort qui a été fait dans les deux volumes que nous avons sous les yeux.

Dans le premier volume, on trouve une étude importante du professeur Guignard sur l'histoire naturelle des bactéries; ce travail, d'un intérêt considérable, qui ne figurait pas dans la première édition, indique les grands caractères de la vie microbienne, aussi bien que la place exacte des microbes pathogènes dans la nature. On retrouve ensuite les travaux si documentés de M. Charrin sur l'infection. M. Le Gendre a étendu considérablement son étude sur les maladies de la nutrition, on y trouve l'exposé des derniers travaux du professeur Bouchard, un essai intéressant sur les grandes diathèses et sur la nutrition dans les maladies. M. Roger a augmenté aussi ses articles sur les maladies microbiennes communes à l'homme et aux animaux.

Dans le deuxième volume, on retrouve l'étude de M. Chantemesse sur la fièvre typhoïde, mais allongée, mise au courant des recherches les plus modernes, et ayant pour ainsi dire la valeur d'un travail tout à fait nouveau. Il en est de même de l'articlesi consciencieux de M. Ruault, sur la diphtérie et la sérothérapie. Quant aux autres articles, ils sont tous également remis à point, et il en est un certain nombre qui ont été écrits spécialement pour cette édition.

Une chaire de médecine au XVe siècle (1), *un professeur à l'Université de Pavie de* 1432 *à* 1472, par le docteur Henri-Maxime FERRARI.

Cette étude, consacrée à Ferrari, professeur de l'Université de Pavie, a été faite à l'aide de documents de famille et de pièces recueillies dans les archives de l'Université de cette ville. Le XVe siècle présente un intérêt particulier au point de vue médical. Il fut une époque de transition : d'une part, il a condensé dans ses Pratiques, Commentaires et Consultations toute la science médicale des siècles passés; d'autre part, par les essais de recherches anatomiques en Italie, il a préparé la renaissance anatomique du XVIe siècle, période à la fois active et stérile, qui a beaucoup produit, mais rien de saillant ni d'original. Ferrari représente d'ailleurs bien le type du médecin savant du XVe siècle, érudit et de bon sens. L'auteur, en le sortant de l'oubli, n'a pas eu la prétention d'en faire un méconnu, mais seulement de faire revivre une figure originale dans un milieu intéressant.

Dans une première partie, il trace l'histoire de l'Université de Pavie au XVe siècle et la vie de Ferrari. — Une deuxième partie est consacrée à la médecine au moyen-âge. Enfin un certain nombre de consultations de Ferrari fournissent de curieux renseignements sur la pratique médicale de l'époque. L'ouvrage se termine par la bibliographie des œuvres de Ferrari, et par des pièces annexes justificatives qui témoignent de la documentation sérieuse sur laquelle s'est appuyé le docteur H.-M. Ferrari pour reconstituer l'histoire de son ancêtre et de l'Université dont celui-ci fut l'un des maîtres autorisés.

Le traitement de la tuberculose et la cicatrisation des processus tuberculeux (2), par le professeur A. LANDERER.

M. le professeur Landerer consigne dans cet ouvrage le résultat de ses études expérimentales et de ses observations cliniques pendant dix ans. Le traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique lui a donné des résultats supérieurs à ceux ordinairement obtenus par d'autres. Le volume débute par la théorie du traitement avec l'histologie et la physiologie de l'action de l'acide cinnamique dans la tuberculose. Vient ensuite la technique du traitement. Puis l'auteur

(1) 1er et 2e vol. Prix : 16 francs le vol. — Paris, Masson et Cie.

(1) Gr. in-8°, avec un fac-simile d'autographe et 5 grav. Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Gr. in-8° de 276 p., 13 pl. et 30 fig. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

passe successivement en revue le traitement des différentes manifestations de la tuberculose.

L'acide cinnamique est à peu près entièrement inoffensif chez l'homme à l'état de santé. Chez le tuberculeux, il peut produire des effets énergiques. Le traitement devra être institué aussitôt que possible, afin de prévenir le développement de formes graves. Il possède aussi une certaine valeur diagnostique. Enfin il pourra être avantageusement employé dans un but prophylactique aux individus issus de parents tuberculeux, aux anémiques et aux scrofuleux.

Notions élémentaires d'hygiène (1), par le docteur Paul Faivre.

On commence à comprendre aujourd'hui dans le public l'importance de l'hygiène; on sait que beaucoup de maladies peuvent être évitées par des précautions quelquefois fort simples. Les ouvrages écrits pour les médecins étant incompréhensibles pour les profanes, où trouver des indications à ce sujet?

Le petit livre du docteur Faivre est à la portée des personnes les moins préparées à ce genre d'études et les données très pratiques qu'il renferme sont rigoureusement exactes. L'ouvrage est précédé d'une préface de M. le docteur Napias, membre de l'Académie de médecine, dont on connaît, en matière d'hygiène, la haute compétence.

Les projectiles des armes de guerre (2), *leur action vulnérante*, par les docteurs H. Nimier, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin aide-major de première classe.

Cet ouvrage est la reproduction de leçons professées au Val-de-Grâce devant les médecins stagiaires; aussi le projectile y est-il considéré seulement comme outil vulnérant; les données purement balistiques sont laissées de côté, de même que les projectiles anciens et ceux qui sont encore en expérience. Étudiés en tant qu'agents des blessures, les projectiles lancés par les armes à feu doivent être envisagés au double point de vue de leur masse et de leur mouvement, dont dépend leur puissance vulnérante. L'étude du projectile en repos doit donc être complétée par celle du projectile en action. L'ouvrage est divisé en deux parties : projectiles d'infanterie et projectiles d'artillerie, et les auteurs énumèrent successivement leurs qualités physiques, leurs qualités dynamiques, leur mode d'action sur le corps humain, leurs zones d'action et leurs zones d'effets sur le corps humain, leur action morale, etc. Ce volume sera suivi d'autres études des mêmes auteurs sur les diverses questions de chirurgie militaire. Le second volume de cette série, actuellement sous presse, est consacré aux explosifs.

La kinésithérapie gynécologique (3); *traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique* (*système de Brandt*), par H. Stapfer, ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède, pour l'étude du système de Brandt. N° 16 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (docteur Critzman, directeur).

Cette nouvelle monographie est consacrée à la « Kinésithérapie gynécologique », méthode nouvelle pour le traitement des maladies des femmes, dont le docteur Stapfer s'est fait le promoteur en France. Cette étude ne comporte que quarante pages bien vite lues, et qui forcent à la méditation : dans un style clair, concis, où chaque mot renferme une idée ou un fait, l'auteur nous indique le développement de la méthode kinésique, ses principes et ce qu'on peut attendre d'elle. Il décrit minutieusement le manuel opératoire du massage abdominal et utérin. Des figures très nettes indiquent les mouvements passifs que le médecin doit imprimer à la malade pour se conformer aux principes de la gymnastique suédoise.

Mais cette méthode n'est pas seulement curative. Elle sert également à établir, et l'auteur nous indique comment, un diagnostic gynécologique impossible avec les autres moyens.

(1) In-18 de 188 p., avec fig. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-12, avec 12 grav. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

(3) Une monographie in-8°, avec 17 fig. dans le texte. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 19 au 24 juin 1899)

Examens de doctorat.

Lundi 19 juin 1899, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Delens et Lejars.

2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Retterer.

3e (oral, 1re partie) : MM. Blum, Reclus et Wallich; — M. Broca, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Legueu; — (2e série) : MM. Humbert, Broca (Aug.) et Sébileau; — (2e partie) : MM. Hayem, Dupré et Méry; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Potain, Fournier et Lancereaux; — M. Gaucher, suppléant.

Mardi 20 juin, à une heure. — 1er : MM. Farabeuf, Retterer et Thiéry.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Quénu et Albarran; — (2e série) : MM. Panas, Le Dentu et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Ménétrier; — M. Roger suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Troisier et Charrin; — (2e partie, 2e série) : MM. Dieulafoy, Debove et Thiroloix; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Richelot, Bonnaire et Wallich; — M. André, suppléant.

Mercredi 21 juin, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Varnier et Walther; — (2e série) : MM. Lannelongue, Delbet et Wallich; — (2e partie) : MM. Blanchard, Gaucher et Widal.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Hayem, Sébileau et Desgrez; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Humbert, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Dupré et Méry; — M. Broca (Aug.), suppléant.

Jeudi 22 juin, à une heure. — 1er : MM. Farabeuf, Rémy et Langlois.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Poirier et Bonnaire; — (2e série) : MM. Panas, Budin et Albarran; — (2e partie) : MM. Grancher, Debove et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Thoinot et André.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Chantemesse, Quénu et Hanriot.

Vendredi 23 juin, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 2e de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Sébileau et Gilles de la Tourette; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Humbert et Lejars; — (2e série) : MM. Tillaux, Delbet et Legueu; — (2e partie) : MM. Potain, Widal et Launois; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Broca

(Aug.) et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Rémy et Walther; — (2e partie) : MM. Grancher, Lancereaux et Dupré; — M. Wurtz, suppléant.

SAMEDI 24 JUIN, à une heure. — 1er : MM. Mathias-Duval, Farabeuf et Gley.

3e (2e partie) : MM. Hutinel, Thiroloix et Launois.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Hanriot et Ménétrier; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie) *Pitié* (1re série) : MM. Berger, Poirier et Faure; — (2e série) : MM. Cornil, Richelot et Thiéry; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie) *Charité* : MM. Le Dentu, Rémy et Albarran; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Troisier et Roger; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Marfan, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

345. M. Martine. Contribution à l'étude clinique et au traitement des sarcomes de l'extrémité inférieure du fémur. — 346. M. Martin. Contribution à l'étude de la polyurie chez les cardiaques. — 347. M. Sauget. Contribution à l'étude des épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies. — 348. M. Briens. Synovites tuberculeuses des péroniers latéraux. — 349. M. Monnier. Des méningites tuberculeuses en plaques à forme torpide. — 350. M. Delamarre. La glycosurie phlorhydzique. Son application à l'exploration des fonctions rénales. — 351. M. Vast. Action de la toluylène-dianine sur les globules rouges. Contribution à l'étude de l'hématolyse. — 352. M. Fretel. De la fièvre dans le cancer. — 353. M. Bize. Action des sérums thérapeutiques, sérum de Roux, sérum de Marmorek, sur les globules sanguins. — 354. Chapus. Adénie. — 355. M. Legry. Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence. — 356. M. Bottreau. Contribution à l'étude des plaies de l'estomac. — 357. M. Blanc. Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement (épreuve clinique) : MM. Schwab, 17; Paquy, 16.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu, le 11 décembre 1899. Il y aura une épreuve écrite, deux épreuves orales, deux épreuves cliniques. Le candidat nommé remplira ses fonctions pendant quinze ans. Son traitement annuel est fixé à 2 000 francs.

Faculté de Paris. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Lenormand, 74 points; Duval, 72; Schwartz, 70; Iselin, 67; Fresson, 65.

Facultés et Écoles de province. — *Bordeaux.* — Un concours s'ouvrira le 11 décembre 1899, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Lyon. — Un concours s'ouvrira, le 11 décembre 1899, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 21 décembre 1899, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Guerre. — Par décision ministérielle du 8 juin 1899 : M. Barbès, médecin-major de deuxième classe à l'École militaire préparatoire d'infanterie de Montreuil-sur-Mer, désigné pour le 3e chasseurs, est maintenu à l'École militaire de Montreuil-sur-Mer. — M. Chambaud, médecin-major de deuxième classe au 128e d'infanterie, est désigné pour le 3e chasseurs. — M. Lefort, médecin-major de deuxième classe au 8e bataillon de chasseurs, désigné pour l'École militaire préparatoire de Montreuil-sur-Mer, est désigné pour le 128e d'infanterie.

Manœuvres du service de santé. — Le ministre de la Guerre vient de décider que des exercices spéciaux au service de santé seraient exécutés cette année dans les endroits suivants :

Au camp de Châlons, pour les 1er, 2e, 6e et 20e corps d'armée;

A Paris, pour le gouvernement militaire de Paris et les 3e, 4e et 5e corps d'armée;

A Tours, pour les 9e, 10e et 11e corps d'armée;

A Bordeaux, pour les 12e, 17e et 18e corps d'armée;

A Lyon, pour le gouvernement militaire de Lyon et les 7e, 8e et 14e corps d'armée;

A Montpellier, pour les 13e, 15e et 16e corps d'armée.

Marine et Colonies. — M. Leclerc, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *D'Estrées*, à Rochefort.

M. Mosimann, médecin-major de deuxième classe de l'armée, démissionnaire, a été nommé médecin-auxiliaire des colonies.

Distinctions honorifiques. — A l'occasion de l'inauguration du monument Larrey, dont nous avons rendu compte, le gouverneur de Paris a remis la rosette d'officier de l'Instruction publique au médecin principal Richard, et les palmes académiques à MM. Louis Georges, pharmacien-major; Dubrulle, médecin-major; Monasse, adjoint principal du génie.

Exposition de 1900. — Par arrêté du ministre du Commerce, sont nommés membres des comités d'installation de l'Exposition universelle de 1900 (expositions centennales) :

MM. les docteurs Labadie-Lagrave (classe 15) et Tripier (classe 27).

Médaille d'honneur. — M. Lamarque, médecin sanitaire maritime.

Congrès. — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Boulogne-sur-Mer, du 14 au 21 septembre 1899.

Cette session présentera une importance considérable, d'une manière générale, à cause de l'échange des visites entre l'Association britannique et l'Association française.

C'est dans cette session que sera inaugurée la statue du grand médecin-électricien français Duchenne (de Boulogne) et que fonctionnera aussi pour la première fois la sous-section d'électricité médicale.

Les personnes désirant faire des communications devront s'adresser à M. le professeur Bergonié, président de la sous-section d'électricité médicale, 6 bis, rue du Temple, à Bordeaux ou au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris.

La peste en Orient. — A Alexandrie, à la fin de mai, il n'y avait encore eu que quatre cas de peste. Trois s'étaient manifestés dans le Hamamil, un des quartiers les plus insalubres de la ville, un autre dans les faubourgs. Un seul des malades a présenté un état grave avec complications pulmonaires. Les mesures énergiques qui ont été prises permettent d'espérer que l'épidémie sera rapidement enrayée.

A Djeddah, la peste bubonique a également fait son apparition pour la troisième fois depuis trois ans. Depuis le 22 février, date où a été observé le premier cas, jusqu'au 27 mars, il y a eu 51 décès. Actuellement, la mortalité est encore de 3 à 4 décès par jour. Les mesures les plus sévères ont été prises par les autorités turques pour empêcher la propagation au retour des pèlerins de la Mecque.

Nécrologie. — MM. Capdevilla y Ferrer, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Madrid; Tarras (de Pau).

Cours et conférences. — Le cours d'histoire naturelle médicale a lieu depuis le 8 juin au laboratoire de parasitologie de l'École pratique, les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

Suite de bail à prendre d'un très bel appartement occupé par un médecin. Loyer : 2800 francs. Quartier central et riche. Seule condition : reprendre une partie du mobilier comptant. — S'adresser au bureaux du journal.

Remplacements. — Un jeune docteur, exerçant depuis plus de deux ans dans les différentes branches de la pratique journalière, demande à faire des remplacements. Conditions faciles. S'adresser au docteur Frénot, à la Bresse (Vosges).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Villes d'eaux.— Billets d'aller et retour collectifs.* — Il est délivré du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes, payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 30 jours pour les stations thermales suivantes : Aix (Aix-en-Provence), Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bollène-la-Croisière (Condorcet), Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes (Saint-Nectaire), Digne, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains, Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot, La Caille, La Bastide, Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais (Saint-Gervais-les-Bains), Lépin-Lac-d'Aiguebelette (La Bauche), Le Vigan (Cauvalat-lès-Vigan), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond, Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-d'Estréaux, Sail les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy, Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois, c'est-à-dire que les trois premières personnes paient le plein tarif et que la quatrième et les suivantes paient le demi-tarif seulement.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 67. — JEUDI 15 JUIN 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 15 JUIN 1899. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 16 mai, M. Lucas-Championnière a présenté un blessé qui avait été atteint d'une plaie pénétrante de la poitrine par balle de revolver. En présentant ce blessé aujourd'hui complètement guéri, M. Lucas-Championnière a insisté sur la nécessité, pour le chirurgien, d'observer la plus complète abstention, tant au point de vue de l'extraction de la balle qu'au point de vue du traitement de l'hémorragie interne qu'elle a pu provoquer. M. Delorme a pris la parole, à son tour, sur le même sujet, et, s'il se trouve d'accord avec son collègue sur l'inutilité de la recherche et de l'extraction du projectile, il s'en sépare absolument au point de vue du traitement de l'hémorragie. Cette hémorragie peut être fort grave, mortelle même pour le blessé ; or, dans ces cas d'hémorragie thoracique grave, M. Delorme est d'avis qu'il faut aller droit au vaisseau : « Il faut, dit-il, faire le sacrifice partiel de la paroi musculo-osseuse, découvrir poumon ou cœur et leur appliquer ces modes d'hémostase directs, sûrs, dont l'excellence n'est plus à démontrer dans la pratique de la chirurgie externe. »

Lorsque nous avons entendu M. Championnière soutenir que le chirurgien devait s'abstenir de toute intervention, dans ces cas, et se contenter de prescrire une immobilisation absolue et immédiate du blessé, nous avons bien pensé que M. Delorme ne laisserait pas passer cette opinion sans la discuter, lui qui, dans plusieurs circonstances, a précisément appelé l'attention des chirurgiens sur les interventions précoces et hâtives dans ces cas d'hémorragie thoracique et qui le premier, croyons-nous, les a mises en pratique en France.

Nous voilà donc en présence de deux opinions diamétralement opposées, émanant de deux maîtres également autorisés. Si l'on s'en rapportait aux faits, on aurait plus de tendances à suivre M. Lucas-Championnière, qui nous a donné plusieurs cas de guérison par l'intervention, tandis que M. Delorme nous donne deux cas d'intervention suivis l'un de mort immédiate, l'autre de mort éloignée, par infection. Mais il est bien entendu que ce n'est pas sur deux cas qu'il faut établir une statistique et qu'il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de juger de la valeur de l'intervention préconisée par M. Delorme sur ces deux faits. Il nous semble que c'est là une question d'indication, une question de tact chirurgical et qu'il serait également dangereux de vouloir appliquer à tous les cas, sans distinction, l'opinion de M. Lucas-Championnière ou celle de M. Delorme. En présence d'un cas d'hémorragie intrathoracique, nous commencerions donc par suivre les sages conseils de M. Lucas-Championnière ; mais si nous constations que l'hémorragie ne s'arrête pas au bout d'un certain temps, il nous semblerait plus rationnel de suivre la ligne de conduite tracée par M. Delorme, plutôt que de laisser au malade le choix de mourir saigné ou asphyxié, comme l'a si bien dit M. Reclus.

MM. Robin et Binet ont étudié le chimisme respiratoire chez des tuberculeux soumis à la médication arsenicale. Il résulte de ces recherches que l'arséniate de soude, à la dose de 5 milligrammes par jour, agit toujours comme modérateur des échanges respiratoires. A la dose de 1 centigramme, il produit des effets inverses.

MM. Huchard et Guéniot fils signalent la variabilité des tracés sphygmographiques selon l'appareil employé. A ce propos, M. Marey annonce la réunion prochaine d'une commission destinée à établir les bases générales d'une entente internationale de la graduation des appareils enregistreurs.

M. le professeur Raymond a été élu, à la presque unanimité des suffrages exprimés, membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Laboulbène. Cette nomination sera accueillie avec la plus grande sympathie par tout le corps médical, et nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à l'éminent professeur de la Salpêtrière.

MASSAGE ET INVOLUTION UTÉRINE

Par le docteur PLATON, ancien interne des hôpitaux de Marseille, lauréat de l'École de médecine.

L'étiologie d'un grand nombre d'affections utérines ou utéro-annexielles se retrouve dans des accouchements antérieurs ou dans des suites de couches mal surveillées. A ce moment, deux grandes causes prédisposent à des lésions ultérieures du côté des organes génitaux internes : l'infection et le relâchement des ligaments suspenseurs de la matrice.

Tout praticien qui a l'occasion de voir un certain nombre d'affections gynécologiques est frappé des conséquences désastreuses d'une involution utérine vicieuse, ainsi que d'une médiocre antisepsie pendant et après l'accouchement.

Nous ne nous occuperons pas ici des complications inflammatoires, mais d'une catégorie d'affections utérines qu'on néglige habituellement au début, alors que l'on peut les éviter à peu de frais ; ce sont les déplacements de l'utérus qui ne doivent plus se produire si l'on assure une involution parfaite de cet organe après la délivrance.

Sans vouloir étudier longuement la pathogénie des déviations et des ptoses utérines, rappelons cependant l'énorme influence des grossesses et des avortements. D'après Schultze, il n'existerait pas de déviations congénitales, toutes ou presque toutes acquises, elles seraient la conséquence d'une trop lente involution utérine.

L'*antéflexion*, qui n'est, en somme, qu'une exagération de la position normale de l'utérus dans le bassin, ne présente pas les inconvénients des déviations postérieures et des prolapsus; elle aussi peut invoquer souvent une cause primordiale, un accouchement ou une expulsion fœtale avant terme.

La *rétroversion* est souvent d'origine puerpérale; c'est l'utérus avec ses moyens de fixité qui doivent être incriminés.

Le mécanisme de la rétrodéviation utérine est fort bien exposé dans le récent ouvrage de Labadie-Lagrave et Legueu : « A la suite de l'accouchement, ou mieux de l'avortement, *surtout lorsque la femme se lève trop tôt*, l'utérus, atteint de métrite et devenu trop lourd, s'affaisse de son propre poids. Les ligaments utéro-sacrés se relâchent et laissent le col s'avancer en avant. Les ligaments ronds ont, par ailleurs, perdu leur élasticité : ils laissent le fond de l'utérus s'incliner en arrière et se constituer et s'aggraver la rétroversion. La pression des anses intestinales a une prise sur l'utérus ainsi dévié, et contribue aussi à rendre stable et définitive une situation vicieuse. »

La *rétroflexion* nous offre une semblable origine : il suffit que les ligaments utéro-sacrés résistent alors que les ligaments ronds ont cédé, pour que l'utérus se recourbe en arrière à angle aigu sur le col.

D'après Martin, ce serait surtout une involution vicieuse qu'il faudrait incriminer : dans la majorité des cas (230 sur 338), la paroi antérieure de l'utérus ayant donné insertion au placenta, présentera une involution utérine moins rapide que la paroi postérieure et offrira une résistance insuffisante au poids de la matrice qui s'infléchira en arrière.

Les *prolapsus utérins* ont les mêmes origines dans la majorité des cas : grossesses répétées, accouchements laborieux, avec écartement prolongé des parois vaginales, involution utérine imparfaite avec relâchement des ligaments et augmentation du poids de l'organe, il n'en faut pas davantage pour assurer une chute de la matrice plus ou moins prononcée, selon l'état général de la femme et la résistance de son plancher périnéal.

Les *prolapsus de l'ovaire* peuvent remonter aux mêmes sources.

A ces inconvénients fâcheux, à ces suites désagréables qu'oppose la thérapeutique actuelle? Un repos de plusieurs semaines, un séjour au lit fatigant et contraire à une hygiène bien comprise. Les suites de couches sont un supplice pour les jeunes femmes condamnées ainsi durant vingt à vingt-cinq jours à l'immobilité horizontale, sous peine de complications pénibles, alors que la marche, le mouvement et le grand air seraient désirables si l'involution utérine était rapide et les ligaments résistants.

Aussi que constate-t-on? C'est que les chutes de la matrice et les déviations sont bien plus fréquentes chez les femmes de la classe pauvre que de la classe aisée. Les femmes du peuple se lèvent trop tôt après leurs couches : le soir même, souvent le lendemain, quelquefois six à huit jours après la délivrance, lorsqu'elles peuvent se soigner et veiller à leur santé. Ces malheureuses reprennent la plupart du temps un travail pénible, nécessaire pour assurer leur existence. Que devient l'utérus durant cette fatigue? Son involution n'est pas terminée, les ligaments n'ont pas repris leur tonicité nécessaire : c'est le prolapsus ou la déviation à brève échance qui les menace.

La thérapeutique actuelle réclame donc pour toutes les nouvelles accouchées un repos obligatoire de trois semaines sous peine de complications. Avec le docteur Bosc (1) [de Montpellier] nous ferons remarquer qu'il serait nécessaire de changer cette formule et de lui substituer le principe plus clinique suivant : *La femme pourra se lever dès que le globe utérin aura disparu derrière la symphyse pubienne.*

On ne soumettra pas ainsi toutes les femmes à un repos dont la durée est systématiquement fixée à l'avance ; on ne courra pas le risque de faire lever trop tôt celles pour qui la marche serait un danger et on n'immobilisera pas inutilement celles dont la matrice, redevenue organe pelvien, ne peut entraîner aucune suite fâcheuse et qui ont besoin, avant tout, celles qui nourrissent particulièrement, de grand air et d'activité musculaire.

La meilleure façon de hâter l'involution sera d'agir sur la dégénérescence granulo-graisseuse qui se produit durant ce travail de régression de la matrice. On agira sur cette dégénérescence comme on agit sur la graisse de l'obèse, on massera l'utérus après l'accouchement comme on masse un gros ventre. Grâce au massage, les échanges vont se faire plus rapidement, puisque la circulation sera activée aussi bien dans l'utérus que dans les tissus voisins; l'organe gros, volumineux, pesant, tendra peu à peu à s'atrophier et à prendre son volume normal; les ligaments verront leur tonicité et leur élasticité se réveiller pour assurer un maintien sûr et solide à un utérus revenu à sa place derrière le pubis.

La pratique de ce massage tout abdominal est bien facile. Tout de suite après l'accouchement, trois fois par jour, des frictions circulaires sur le fond de l'utérus seront faites tout d'abord superficielles et légères pour devenir plus fortes et plus profondes à mesure que l'utérus diminuera. Les premiers jours, des douleurs vives seraient la conséquence d'un massage trop vigoureux, il faut se contenter dans les premières quarante-huit heures de frictions circulaires légères entraînant avec la pulpe des doigts les tissus de la paroi abdominale sur le globe utérin dur et résistant.

N'est-ce pas du reste cette pratique qui s'ébauche en partie tous les jours après chaque accouchement?

Ne recommande-t-on pas à la nouvelle accouchée des frictions sur le fond de son utérus? la sage-femme elle-même ne recherche-t-elle pas par un massage abdominal la sensation du « globe de sûreté »? et ces applications de draps épais et lourds, n'ont-ils pas avec la sangle le même but thérapeutique : favoriser l'involution utérine, en évitant le relâchement de la paroi abdominale si contraire à la bonne circulation du bassin et à la plus élémentaire esthétique?

Ces précautions sont insuffisantes et, dans la majorité des

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1er sem. 1899.

cas, sans résultat. Lochies persistantes, paroi abdominale en ptose, cellulite sous-cutanée entravant la circulation superficielle, pertes métritiques, œdème péri-utérin, déplacements, déviations et prolapsus sont les conséquences les plus fréquentes d'un accouchement normal.

Grâce au massage pratiqué avec régularité, concurremment aux injections et aux soins hygiéniques habituels, toutes ces misères futures seront évitées. Avec cette méthode, le docteur Bosc (de Montpellier) a enregistré deux fois une involution rapide de l'utérus (en huit jours). Les mêmes résultats ont été obtenus dans sa clientèle par M. le professeur Livon, directeur de l'École de médecine; nous sommes heureux de placer sous l'autorité de son nom cette tentative de vulgarisation.

Dans les quelques accouchements (1) pratiqués de mars 1898 à mars 1899, grâce au massage journalier, nous avons pu constater aussi, au bout de huit à dix jours, la disparition de l'utérus derrière le pubis.

La conclusion est facile et naturelle. Il faut soumettre systématiquement les accouchées, et cela tout de suite après la délivrance, à un massage pratiqué trois fois par jour. Il n'est pas nécessaire, pour cela faire, de posséder des titres spéciaux et des diplômes académiques. Toute personne de l'entourage de l'accouchée pourra, après indications du médecin ou de la sage-femme, masser le fond de l'utérus à heures fixes. Pour assurer l'avenir « gynécologique » de sa femme, il n'est pas un mari qui ne consente à remplir cette légère corvée, il n'est pas une mère, soucieuse de la santé de sa fille, qui ne se transforme volontiers en masseuse. En recommandant cette pratique, les médecins et les sages-femmes rendront ainsi moins fréquentes les affections consécutives et restreindront, dans une grande proportion, les cas « opératoires ».

(1) Nous croyons inutile de faire une histoire fastidieuse de chaque cas particulier. Nos 11 interventions obstétricales de l'année se divisent comme il suit : 3 avortements de quatre à six mois, 1 accouchement avant terme du huitième mois, 7 accouchements avec quatre applications de forceps chez quatre primipares. Chez une seule accouchée, nous n'avons pas pratiqué de massage; elle a été soumise à la réglementation classique des suites de couches : trois semaines de lit et une semaine de chaise longue; les lochies se sont prolongées et quelques pertes ont persisté jusqu'au retour de couches, malgré tous les soins antiseptiques vaginaux et toutes les précautions d'asepsie durant le travail. Quant aux autres, soumises à un massage régulier trois fois par jour, les lochies ont rapidement cessé (deux à quatre jours dans le cas d'avortement, trois à sept pour les accouchements).

Ces femmes ont pu se lever entre le dixième et le douzième jour en parfait état de santé.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE POITRINE PAR ARME A FEU

Par M. le docteur Delorme,
Médecin principal de première classe de l'armée,
Membre de l'Académie de médecine.

Dans la séance du 16 mai M. Lucas-Championnière nous a présenté un blessé atteint d'une plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver.

Bien que renseigné, grâce à la radiographie, d'une façon bien autrement précise qu'autrefois, sur le siège qu'occupait la balle qui avait frappé son blessé; bien qu'il eût appris de ce précieux moyen de diagnostic que le projectile était tombé dans l'angle costo-diaphragmatique — c'est-à-dire dans le point où communément s'arrêtent les balles de petit calibre et de trop faibles vitesses pour pénétrer le poumon en profondeur ou traverser la poitrine de part en part — M. Lucas-Championnière n'a pas cru devoir en tenter l'extraction. Il jugea cette dernière (et je partage bien son avis) dangereuse et surtout inutile puisque le projectile est inoffensif et de tolérance presque certaine.

Il nous a rappelé, à l'appui de sa conduite, que ne se comptent plus dans les services de chirurgie les cas dans lesquels, à la suite des tentatives de suicide ou d'homicide, les petites balles de revolver du commerce s'arrêtent dans la poitrine et y séjournent d'une façon indéfinie sans être l'objet de la moindre gêne pour le blessé. Les rechercher au début et plus tard c'est donc s'exposer à faire « œuvre de curiosité malsaine ».

Sa réprobation, avec la mienne et celle de tant d'autres, arrêtera-t-elle la pratique des explorations qui ne sont qu'un simulacre regrettable et vain d'intervention chirurgicale? Je n'oserais l'espérer.

Cette réprobation, en effet, ne date pas d'aujourd'hui. Nul plus que Verneuil, dont la voix était d'ordinaire si bien entendue, ne l'a autant renouvelée et le cathétérisme des plaies de poitrine se continue encore! Mais n'est-ce point, précisément, une raison de plus pour affirmer à nouveau l'utilité de l'abstention?

On invoquait il y a peu de temps encore, pour expliquer cette tolérance, le faible volume de ces balles, leur forme, la rareté de leurs déformations, conditions qui n'ont pas perdu toute valeur. Aujourd'hui certains veulent la rattacher exclusivement à l'asepsie du projectile, à celle de la peau et des pièces de vêtement traversées et entraînées. Il est certain que cette asepsie est très favorable à cette tolérance, mais il n'est pas douteux non plus que celle-ci puisse avoir lieu alors que cette asepsie n'est point réalisée.

Il est bon de le faire remarquer, car sur la foi d'une opinion en apparence péremptoire parce qu'elle est basée sur les recherches bactériologiques, certains, sans ou après examen, pourraient se croire autorisés à intervenir en invoquant la crainte d'accidents infectieux.

Mon collègue et ami Laveran et moi avons montré qu'en tirant à bout portant des balles de revolver dans des paquets de coton bien désinfectés à l'étuve et qu'en les recueillant avec les précautions d'usage, elles peuvent infecter des bouillons de culture. D'autre part, chez des blessés dont la poitrine avait été pénétrée par des balles de revolver qui avaient traversé plusieurs couches superposées de vêtements, l'examen bactériologique des portions de vêtement voisines de celles traversées par la balle démontra à plusieurs de mes collègues le pouvoir infectant de ces vêtements. Pour ces blessés la question de tolérance a été résolue. Ils guérirent de la façon la plus simple en conservant leur balle et les « gâteaux vestimentaires » entraînés. Et pour ceux qui pourraient être frappés par des balles non aseptiques analogues à celles de nos expériences, les faits journaliers se chargent de répondre en démontrant qu'en général la réaction de défense des tissus masque ou annihile l'infection de l'agent pathogène.

En somme, l'infection est rare, le pronostic bénin, la tolérance habituelle. Il serait dès lors inconsidéré d'intervenir pour prévenir cette affection, et la constatation bactériologique ne doit servir qu'à rendre le chirurgien attentif, sans pouvoir fixer le pronostic.

Deux autres complications également immédiates des plaies pénétrantes de poitrine, l'*hémorragie* et le *pneumothorax*, surtout la première, sont de celles qui s'imposent à toute l'attention du chirurgien. L'hémorragie et l'hémothorax devaient surtout arrêter celle de notre collègue, M. L. Championnière.

Ici, son abstention opératoire est aussi formelle que pour les corps étrangers, et son opinion est si ferme que je crains de ne pouvoir lui faire partager la mienne. Pour certains cas au moins, nous suivons deux voies distantes et parallèles qui ne comportent guère de rapprochements. La chose n'a pas lieu de surprendre : elle est fréquente lorsqu'il

s'agit de questions sur lesquelles l'expérience n'a pas définitivement et irrévocablement prononcé.

Si l'on s'en réfère à la démonstration des faits, on est forcé d'admettre que la plupart des plaies de poitrine sont accompagnées d'hémorragies extérieures, d'hémorragies internes, d'épanchements sanguins, d'hémoptysies tellement peu importants que cette hémorragie ne peut être considérée comme une complication; que, chez maints autres blessés, l'hémorragie, plus importante, s'arrête néanmoins sous l'influence de certaines précautions. Mais, à côté de ces cas, il en est dans lesquels l'hémorragie est grave, très grave, menaçante pour la vie du malade. Des vaisseaux de premier et de deuxième ordre ou les vaisseaux du hile sont alors atteints. Eh bien, c'est pour ces hémorragies redoutables, pour l'arrêt desquelles l'hémostase spontanée est difficile et incertaine, c'est dans les hémoptysies alarmantes, dans les hémothorax massifs et rapides qui déséquilibrent le fonctionnement du cœur, refoulent le poumon sain, menacent le blessé de mort par syncope ou par asphyxie, que le chirurgien doit faire, pour moi, abandon des modes habituels d'hémostase, perdre de sa confiance dans l'immobilisation du thorax, dans son occlusion et d'autres moyens accessoires pour recourir à la ligature, à la suture, à la compression, au tamponnement, c'est-à-dire aux procédés communs d'arrêt des hémorragies des membres.

Sans doute, la tentative est des plus audacieuses et des plus troublantes, mais les dangers encourus par le malade sont si terribles qu'ils me semblent légitimer toute hardiesse. Je suis d'ailleurs heureux de constater que, depuis 1892, moment où, le premier en France, j'eus recours à ces opérations, l'idée, au moins, a été acceptée et même défendue par plusieurs de mes collègues dans des communications importantes ou leurs traités classiques.

Cette pratique de l'hémostase par la ligature ou la forcipressure appliquée aux plaies pulmonaires, nous pourrions dire thoraciques, n'a été jusqu'ici, à ma connaissance, suivie que deux fois : dans un cas par Omboni (de Crémone), dans un autre par moi, à l'hôpital du Val-de-Grâce, en 1892. Les observations des deux opérations sont trop capitales dans l'histoire de ces interventions directes pour que je ne les rappelle pas ici.

Voici le fait d'Omboni :

Un jeune homme reçoit un coup de feu dans le troisième espace intercostal gauche ; le sang coule à flot ; l'hémorragie menace d'emporter le blessé. Une incision de 13 centimètres, pratiquée sur le milieu de cet espace, ouvre la cavité pleurale ; on voit bouillonner le sang dans la poitrine. Omboni y introduit sa main, saisit l'extrémité antéro-supérieure du lobe pulmonaire perforé par la balle, passe profondément, à quelque distance de la plaie, une aiguille armée d'un double fil de catgut. Dans leur anse, ces fils enserrent un moignon de parenchyme assez volumineux qu'il excise. Il répète la même manœuvre sur l'extrémité antéro-externe du lobe inférieur saignant, continu au péricarde et au diaphragme. L'hémostase est assurée par *cette ligature indirecte* qui représente une compression médiate. Le blessé succomba le septième jour à une autre complication, à la pyémie.

Je résume ici mon observation personnelle :

Un officier se porte dans la région du cœur quatre coups vigoureux et pénétrants d'un couteau à amputation à double tranchant. Il est amené au Val-de-Grâce dans le service de mon collègue et ami le professeur Robert, qui pratique l'occlusion de la poitrine. Le lendemain et le surlendemain l'hémorragie se renouvelle. Mon collègue, justement alarmé, me demande conseil, au besoin assistance. Je lui propose d'ouvrir sur l'heure un volet thoracique, d'aller à la recherche du ou des vaisseaux qui donnent et d'assurer une hémostase directe. Moins confiant que je l'étais dans le procédé nouveau que je lui préconisais, il continue l'occlusion. Le soir du deuxième jour une nouvelle hémorragie plus abondante se déclare ; le blessé est exsangue. Mon collègue fend largement l'espace intercostal correspondant à la plaie la plus étendue, constate que l'hémorragie est intra-thoracique et pendant les efforts d'expiration, moins heureux qu'Omboni, voit, sans pouvoir la saisir et l'oblitérer, une plaie par laquelle s'échappe avec bruit une colonne d'air et de sang ; une bronche et ses vaisseaux satellites ont donc été atteints.

Appelé aussitôt, nous ouvrons un large volet thoracique ; je saisis trois plaies pulmonaires sanglantes avec des pinces et je pratique une ligature à la soie. Le sang, l'air cessent de s'échapper par ces plaies. Mais le sang remplit toujours le sinus profond limité par le poumon, son hile et la face supérieure du cœur. Cette cavité est étanchée ; j'y enfonce ma main droite allongée et repliée en gouttière et je la glisse au niveau du hile : la gouttière ne se remplit pas de sang. Les vaisseaux du hile semblent donc intacts. L'examen du péricarde démontra que le sang était fourni par deux plaies péricardiques qui furent pincées. Le sang s'arrêta définitivement.

Malheureusement l'anémie dans laquelle était plongé le blessé était si profonde qu'il succomba un quart d'heure après l'opération, nous laissant plus que le souvenir d'un acte hardi, original, mais la conviction que ce mode direct d'intervention, appliqué plus rapidement, aurait pu assurer la guérison du blessé en mettant un terme à une hémorragie grave contre laquelle tous les autres moyens étaient impuissants.

Ce n'est point la tentative audacieuse d'Omboni qui, dans le cas de cet officier, m'engagea à découvrir la source de l'hémorragie. J'avoue que je ne la connaissais pas alors. Ce fut le souvenir inoubliable d'un malade opéré d'empyème pour un pyo-pneumothorax et qui, subitement, fut atteint d'une hémoptysie et d'une hémorragie externe considérables. Il était en imminence constante de syncope et pendant les huit longues heures, les huit mortelles heures que je passai à son chevet, dans une salle de malades de laquelle son état de faiblesse ne me permettait pas de le retirer, j'épuisai tous les moyens d'hémostase généraux ou locaux indirects avec la crainte, sans cesse poignante, d'avoir à regretter sa perte. Chez lui j'employai bien et l'immobilité et l'occlusion classiques de la plaie, mais je constatai aussi qu'en dépit d'elles, avec un hémithorax plein de sang et un poumon affaissé, l'hémorragie peut continuer ; je sentis ce qu'il y avait de cruel, d'effrayant, à rouvrir, sous la menace d'asphyxie, une large plaie thoracique, à laisser du sang s'en échapper à plein jet, pour la refermer au moment trop bien précisé théoriquement par les classiques et si peu net près des malades, où l'hémorragie semble se continuer et où la syncope devient imminente.

Dans ces cas d'hémorragies très graves, l'occlusion masque les accidents, voile la responsabilité du chirurgien et c'est tout ; quant au blessé, comme l'a si bien dit Reclus : *Mourir saigné ou asphyxié il n'a que l'embarras du choix.*

De ce jour mon parti fut pris et je me promis, chez un blessé présentant une hémorragie thoracique grave, *d'aller droit au vaisseau ;* dans ce cas où la vie est en jeu et dépend de la décision du chirurgien, je me promis de faire le sacrifice partiel d'une paroi musculo-osseuse qui nous arrête bien peu dans maints cas moins graves et moins urgents, *de découvrir poumon ou cœur* et de leur *appliquer ces modes d'hémostase directs*, sûrs, dont l'excellence n'est plus à démontrer dans la pratique de la chirurgie externe.

Qu'a-t-on à craindre à agir ainsi ? Le pneumothorax total ou étendu, menaçant pour le cœur droit et la respiration ? Mais il est déjà produit si le poumon n'était pas, avant le traumatisme, fixé à la paroi par des adhérences. Dans le

cas contraire, le thorax n'a pu se remplir d'air. Et, dans le premier cas, comme je l'ai recommandé au Congrès de chirurgie de 1893, et dans un mémoire que vous avez distingué en 1895, en découvrant le poumon qui saigne et qui souffle par des bronches ouvertes, le chirurgien peut profiter de la brèche du thorax pour assurer l'occlusion des bronches en même temps que celle des vaisseaux sanguins.

On peut discuter, et on l'a fait, sur l'étendue de la brèche osseuse, sur son siège, sur sa forme, se demander si, sur un blessé semblable au mien, avant ou après l'épreuve d'une résection costale insuffisante pour découvrir des plaies profondes, multiples, distantes l'une de l'autre, on doit préférer l'ouverture d'un large volet ou bien se contenter de la résection partielle d'une côte ou de deux côtes. Lorsque l'état de prostration du blessé doit pâtir d'une intervention plus large et qu'avec des limites d'intervention plus étroites, la brèche pariétale peut suffire, on peut, comme je l'ai conseillé moi-même en 1893, avoir recours au tamponnement direct en introduisant dans le canal de la plaie avec le doigt ou un stylet, jusqu'aux orifices broncho-vasculaires, une longue gaze engagée en doigt de gant. Il est permis encore de se contenter, comme l'ont fait, depuis, Michaux, Quénu et notre collègue de l'armée Annequin, d'une compression à la surface du poumon. L'utilité de cette pratique peut se soutenir quand la plaie s'étend peu en profondeur, mais elle me semblerait aléatoire quand celle-ci est profonde, car si, en pareil cas, le vaisseau ouvert ne déverse plus son sang dans la poitrine, il peut le déverser au dehors par la bronche avec la même abondance, et menacer le blessé d'asphyxie en inondant un champ respiratoire déjà restreint de moitié par l'affaissement du poumon blessé.

Il est loisible, comme dans toute application thérapeutique bien comprise, de varier ses ressources et ses moyens au gré du malade et du chirurgien. Mais j'y insiste, le tout, l'essentiel *est ici de voir bien clair, d'aller vite et droit au but.* Ne nous incitent-ils pas d'ailleurs à agir ainsi, ces chirurgiens qui, imprimant à l'hémostase des grands vaisseaux un progrès qui ne peut nous laisser indifférents, pratiquent la suture de la paroi des grosses artères et des grosses veines sans compromettre la libre circulation du sang dans ces canaux? Ne nous engagent-ils pas à appliquer leur heureuse découverte aux gros vaisseaux du thorax, en particulier, à ceux de la petite circulation qui ne bénéficient pas de la loi de suppléance des vaisseaux des membres?

J'accorde à mon si distingué collègue, M. L. Championnière, que dans la très grande majorité des plaies du thorax par balles de revolver, par les balles des armes de guerre, les armes ou instruments tranchants ou piquants larges, l'abondance de l'hémorragie extérieure, de l'hémorragie interne ou de l'hémoptysie, n'est pas telle qu'elles puissent se réclamer d'une semblable action chirurgicale, que l'hémostase peut être assurée par le repos immédiat, l'immobilisation générale et thoracique, l'occlusion de la plaie, sur les avantages généraux desquels il a eu tant de raison d'insister. Il n'arrivera à l'idée de personne, et je serai le premier à m'en défendre, de préconiser la ligature ou la compression intra-thoraciques dans la plupart des plaies pulmonaires périphériques qui n'intéressent que des artères de dernier ordre; mais quand le canal de la plaie se rapproche du hile, quand les bronches *soufflent avec force en traumatopnée* et que le sang *sort en jet* par la bouche et la plaie, que la syncope menace, que la dyspnée stigmatise des troubles cardio-pulmonaires de haute intensité, il n'y a pas pour moi à hésiter entre une temporisation des plus dangereuses et une opération émouvante sans doute (puisqu'elle doit être faite sans chloroforme ou avec une anesthésie incomplète), mais une opération sûre et pleine de promesses. C'est à elle que le chirurgien doit recourir. Attendre, c'est aller au-devant de l'hémorragie effrayante, de l'anémie suraiguë, de l'hémothorax surabondant avec les dangers de refoulement du poumon sain et d'obstacle au fonctionnement du cœur; c'est exposer le malade à l'asphyxie.

C'est encore — et quelques exemples en font foi — à l'intervention directe qu'il faut s'adresser quand, malgré une hémoptysie ou une traumatopnée modérées, l'hémorragie fournie par un vaisseau de plus petit calibre met, par sa persistance, la vie du blessé en péril. C'est la pratique qu'ont suivie Michaux, Quénu et Annequin.

Pour compléter ma pensée ou la résumer je dirai :

La plupart des plaies pulmonaires par les balles, surtout par les balles de revolver du commerce, les armes blanches ou les instruments piquants et tranchants guérissent très simplement.

Leur thérapeutique, qu'elle s'adresse aux plaies simples ou aux plaies compliquées d'hémorragie, d'hémoptysies, d'hémothorax, d'hémopneumothorax, de la présence de la balle, comporte, en première ligne, l'immobilisation générale et thoracique, et le pansement antiseptique occlusif de la plaie; en seconde ligne — et suivant la nature des accidents observés — l'emploi de la morphine, de l'éther, de la caféine, etc.

La morphine est particulièrement indiquée sous forme d'injections hypodermiques chez les blessés atteints en duels. Chez eux les luttes intimes de la passion, de l'amour-propre froissé, la recherche pénible et plus ou moins artificielle du calme, entraînent, avec la douleur que provoque la blessure, une perte d'influx nerveux qui prédispose à la syncope.

Pour ces privilégiés de la fortune, je partage l'avis de mon collègue M. Lucas-Championnière et je suis comme lui partisan de leur traitement sur place au moins dans les premiers jours : les secousses et les efforts inséparables d'un transport à distance les expose, en effet, à des douleurs vives et à des accidents hémorragiques.

Les injections de sérum sont un puissant moyen de combattre l'anémie traumatique à condition de ne les faire ni trop abondantes, ni trop rapides. Données avec moins de mesure elles auraient l'inconvénient de congestionner le poumon, d'augmenter la gêne respiratoire, peut-être de prolonger l'hémorragie. Mon sentiment se confond ici avec celui de M. Lucas-Championnière.

Dans les hémorragies pulmonaires sévères, dans les hémothorax graves qui menacent l'existence, les moyens employés communément pour l'arrêt des hémorragies légères ou moyennes sont trop souvent infidèles pour ne pas céder le pas à des modes d'intervention directe, à la ligature, la suture, le tamponnement, la compression.

Une brèche thoracique, d'étendue suffisante, permettra de mettre à découvert la région blessée.

Avant tout il faut chercher à voir clair, à aller vite et droit au but.

La crainte du pneumothorax total ne doit pas paralyser l'action du chirurgien, car suivant que le poumon est ou non retenu à la paroi par des adhérences, ce pneumothorax est déjà produit ou ne se produira pas. Même en cas d'absence d'adhérences il est loin d'être fatal, comme les recherches de M. Panas l'ont bien montré.

La découverte du poumon permettra d'assurer simultanément, par la suture ou le tamponnement antiseptiques, le traitement du pneumothorax traumatique concomitant de l'hémorragie et de l'hémothorax.

Le pneumothorax étendu, persistant, le pneumothorax à soupape, sans hémothorax considérable, amène la surdistension de la cavité pleurale, le refoulement du poumon sain et du cœur. Sa résorption est lente, sa reproduction incessante. L'ouverture de grosses branches, qui lui donne naissance, expose à l'infection de la cavité pleurale. En raison des dangers qu'il fait courir au malade, il nécessite,

pour moi, les mêmes procédés d'intervention directs que le pneumothorax compliquant les hémothorax, c'est-à-dire l'occlusion directe.

THÉRAPEUTIQUE

Angine aiguë.

Têtes de pavots . . . . nº 2
Racines de guimauve . . . . . 60 grammes.
Faites bouillir dans :
Eau . . . . 200 —
Passez puis ajoutez :
Biborate de soude . . . . . . $2^{gr}75$
Acide borique . . . . $2^{gr}50$
Pour gargarisme. (Hallopeau.)

Ou encore :
Acide phénique . . . . 25 centigr.
Glycérine . . . . } *āā* 15 grammes.
Miel rosat . . . . }
Sirop diacode . . . . 50 —
Eau de feuilles de ronces . . 200 —
Pour gargarisme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1899. — Présidence de M. PANAS.

COMMUNICATIONS

Action de l'arseniate de soude sur le chimisme respiratoire. — M. ROBIN, en son nom et au nom de M. Binet, communique le détail d'expériences auxquelles il a fait allusion dans la dernière séance. Chez cinq malades traités par l'ingestion journalière de 5 milligrammes d'arseniate de soude, l'oxygène absorbé s'est abaissé dans quatre cas et s'est élevé seulement dans la cinquième observation. La ventilation pulmonaire a toujours diminué. L'arseniate de soude doit donc être considéré comme un modérateur des échanges respiratoires.

Chez deux sujets traités d'abord pendant une première période de dix jours, par l'ingestion journalière de 5 milligrammes d'arseniate de soude, puis ensuite par une dose double, le chimisme opératoire s'est comporté, pendant la première période, comme chez les précédents, mais, dans la seconde période, l'acide carbonique exhalé et l'oxygène consommé ont montré, au contraire, une tendance notable à l'augmentation.

Sans vouloir généraliser ces deux observations, il semblerait qu'au moins chez certains sujets, l'arseniate de soude possède une action excitatrice sur le chimisme respiratoire, quand il est employé à la dose quotidienne de 1 centigramme.

Variabilité des tracés sphygmographiques. — M. HUCHARD a pris, avec M. Guéniot fils, une série de tracés sphygmographiques avec divers appareils, et ils les ont comparés entre eux.

Ils ont vu ainsi, par exemple, que le sphygmographe de Dudgeon donne des tracés dont l'amplitude est très exagérée.

La ligne montante est trop haute et, par suite, la chute au moment du début de la ligne descendante trop brusque, ce qui donne aux tracés normaux l'aspect de tracés d'insuffisance aortique.

Il faut donc, chaque fois qu'on publie un tracé, bien spécifier avec quel appareil il a été pris.

M. MAREY fait observer, à ce propos, que depuis longtemps il a signalé ces faits. D'ailleurs, une commission de savants compétents se réunira au Parc des Princes sous peu et établira les bases générales d'une entente internationale de la graduation des appareils enregistreurs.

Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 623.)

ÉLECTION

M. Raymond est élu membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique par 71 voix sur 80 votants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement (séance du 12 juin) : MM. Brindeau, 18; Schwab, 16; Macé, 15.

Service d'isolement. — Le Conseil municipal a adopté, dans une de ses dernières séances, la création, à la clinique Tarnier, d'un service d'isolement pour les femmes atteintes d'affections contagieuses.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — Par arrêté, M. le ministre de l'Instruction publique a déclaré vacante la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Les candidats ont jusqu'au 25 juin pour produire leurs titres.

Lyon. — A la suite d'incidents, le cours de M. le professeur Augagneur est suspendu jusqu'à nouvel ordre.

Toulouse. — Par décret, en date du 23 mai, le nombre des professeurs titulaires de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie est fixé à 21 au maximum. — Les agrégés, au nombre de 11, sont répartis ainsi qu'il suit : médecine, 3; chirurgie, 2; accouchements, 1; anatomie, 1; physiologie, 1; chimie, 1; physique, 1; pharmacie, 1.

Congrès de chirurgie. — Le XIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 16 octobre 1899, sous la présidence de M. le professeur Antonin Poncet (de Lyon), correspondant national de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1º « De l'hystérectomie abdominale totale, » M. Ricard (de Paris), rapporteur.

2º « Tumeurs des os, » MM. Pollosson et Bérard (de Lyon), rapporteurs.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

— La première question mise à l'ordre du jour du prochain congrès est l'étude de l'*hystérectomie abdominale totale*, aussi bien pour les fibromes utérins que pour les suppurations pelviennes et le cancer de l'utérus.

M. le docteur Ricard, chargé du rapport, serait reconnaissant aux collègues ou confrères qui voudraient bien lui faire connaître au plus tôt leurs statistiques personnelles ou les observations que leur a suggérées la pratique de l'*hystérectomie abdominale.*

Écrire à M. le docteur Ricard, 68, rue Pierre-Charron.

Guerre. — *Témoignages de satisfaction.* — Par décision du 8 juin 1899, un témoignage de satisfaction a été accordé à chacun des médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie, ainsi qu'à leurs familles :

MM. Duperron (de Gacé); Favre (de Faverges), Berruyer (de Nantes), Ducuron (de Castelnau-Rivière-Basse), Vincenti (de Cervione), Diard (de Rambouillet), Bauzon (de Montceau-les-Mines), Canonne (d'Anzin), Rabel (de Meulan), Fidel (de Saint-

Romain), Chauvin (de Derval), Chégut (de Chevagues), Jacquey (de Faucogney), Bouyon (de Bromont-Lamothe), Vincent (d'Armentières), Sayous (de Pessac), Lapoulle (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Fuzet du Pouget (de Casteljau), Dupuis (d'Annemasse), Chapot (de Saint-Anthème), Cottigny (d'Haubourdin), Napieralski (de Pont-Audemer), Bouillon-Lagrange (de Saint-Chéron), Gasca (de La Motte-Servolex), Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve), Castanet (de Salignac), Chapin (d'Allonnes), de Fayolles (de Rauzan), Esménard (de Villeneuve-sur-Yonne), Labat (de Nérac), Bourgeois (de Jarnac), Lorber (de Beaucourt), Pujo (de Gevrey-Chambertin), Martineau (de Coulonges), Hébert (d'Angers), Salva (d'Agde), Lebouteiller (de Valognes), Goyenèche (de Saint-Jean-de-Luz), Lombard (de Terrasson), Jomard (de Beaujeu), Dubois (de Marville), Biau (de Cançon), Duché (de Montluçon), Bourguet (de Graissessac), Pruneau (de l'Isle-sur-le-Serein), Pellat (de Pantin), Joly (de Fauquembergues), Rouveyrolis (d'Aniane), Dartigolles (de Villandrant), Cagnoli (de Saint-Martin-Vézubie), Alexandrowiez (d'Alais), Salles (de Saint-Ambroix).

La diminution du contingent. — La classe 1898 fournira un contingent sensiblement inférieur à celui des classes précédentes, par suite de l'application de la nouvelle circulaire du ministre de la Guerre sur l'aptitude physique. Dans cette circulaire, M. de Freycinet avait recommandé aux médecins militaires de se montrer très sévères aux conseils de revision dans l'examen physique des recrues et d'exempter tous les hommes présentant à un degré quelconque les symptômes de la tuberculose.

Le résultat a été de diminuer le contingent d'une façon très sérieuse. C'est ainsi, qu'à Paris, le chiffre des recrues s'est abaissé de 10 p. 100. Il est vraisemblable qu'il en sera de même en province. Comme le fait remarquer justement le *Petit Temps*, il n'y a pas lieu de s'alarmer outre mesure de cette diminution, car la plupart des jeunes gens incorporés malgré leur constitution insuffisante ne rendaient aucun service à l'armée et étaient, au contraire, une source de dépenses en pensions de réforme et en journées d'hôpital, qui cette année, dans la garnison de Paris surtout, ont atteint un chiffre considérable.

Marine et Colonies. — M. le docteur Vallot est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 8 juin 1899, M. Pethellaz, médecin principal des colonies, a été promu au grade de médecin en chef de deuxième classe.

— Un sursis de départ d'un mois est accordé à M. le médecin de deuxième classe Mailliu du cadre de Brest, désigné pour continuer ses services sur la *Triomphante*, à Saïgon.

Hygiène de l'allaitement. *Allaitement au sein. Allaitement mixte. Allaitement artificiel. Sevrage*, par le docteur Henri de Rothschild, ancien externe des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 198 pages avec figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 68. — SAMEDI 17 JUIN 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 17 JUIN 1899. — Nº 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Rythme respiratoire de Cheyne-Stokes et phénomènes associés; aperçu du syndrome périodique (1).

Par le docteur M. RABÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV

TROUBLES OCULO-PUPILLAIRES. — Les troubles fonctionnels de la musculature oculaire devraient rentrer dans l'étude générale des phénomènes psychiques et moteurs, connexes du rythme de Stokes, mais en raison de leur individualité, de leur importance, nous leur consacrons à l'instar des auteurs, un paragraphe spécial. Leube, le premier, signale des modifications du muscle pupillaire. Ziemssen et Biot décrivent ensuite les troubles de la musculature extrinsèque. Centres oculo-moteurs et centre cilio-spinaux participent donc à la souffrance des zones pariétales, et les variations observées consistent en des oscillations conjuguées des deux yeux, lentes et rapides, et en alternatives de resserrement et de dilatation de l'orifice irien.

La déviation lente des globes oculaires se produit pendant les deux phases du cycle, de préférence pendant celle d'apnée, et les yeux se convulsent le plus souvent en haut, rarement en bas, presque toujours en haut et à droite.

Dans l'observation XI du mémoire de Bernheim (2) les globules oculaires, déviés en haut pendant l'apnée, se convulsent en bas pendant la période de polypnée.

Les mouvements oscillatoires rapides, le nystagmus, s'effectuent suivant les deux diamètres horizontal et vertical, et au cours de l'une ou l'autre des périodes, quelquefois pendant les deux : chez l'un des malades de Saloz (Obs. II), le nystagmus vertical pendant le repos inspiratoire devenait transversal, avec le stade d'activité. Ces variations dans l'excitabilité des centres oculo-moteurs ne paraissent pas subordonnées au principe de l'intermittence, qui régit les autres éléments constitutifs de Cheyne-Stokes, mais avec les phénomènes pupillaires, la loi de périodicité reprend ses droits, et nous allons voir les modifications de l'orifice irien évoluer parallèlement aux phases d'apnée et polypnée.

La dernière inspiration achevée, la pupille se met en myosis et devient punctiforme; elle reste telle pendant toute la durée de la période respiratoire. Avec le premier soulèvement du thorax, l'orifice irien se dilate; quelquefois la dilatation précède d'un temps minime le retour de la respiration, et permet de prédire l'imminence de la reprise. La pupille grandit en même temps que la respiration prend de l'ampleur et de l'accélération : à l'instant de l'acmé, la mydriase est absolue, et l'iris se réduit à une simple bandelette linéaire. Pendant la décroissance respiratoire la pupille se rétrécit graduellement pour reprendre l'état punctiforme, avec le début de la pause.

Parfois, surtout dans les cas graves, la contraction ou la détente du muscle irien s'effectuent brusquement; dès la première inspiration, la mydriase atteint son maximum de développement; avec le début de la phase descendante, la pupille se resserre au minimum. Un malade de Merkel (obs. citée par Bernheim) était hémiplégique du côté gauche; pendant les pauses respiratoires, la pupille droite se rétrécit; la gauche, restée insensible depuis la paralysie, se rétrécit aussi, bien moins cependant que la droite; pendant le stade d'activité respiratoire, les globes oculaires se portent en dehors, mais le déplacement de l'œil gauche est à peine marqué.

Comme Ziemssen l'avait fait remarquer, en même temps que la pupille se contracte, elle devient incapable de réagir à la lumière, et elle ne recouvre sa sensibilité qu'avec le début de la dilatation.

Enfin, troubles de la musculature extrinsèque et intrinsèque, peuvent évoluer parallèlement au cours d'une même période respiratoire.

Tels sont les troubles des muscles lisses et striés, d'ailleurs très irréguliers dans leur apparition, que l'on peut seule relever du côté des yeux. L'innervation des premiers peut traduire seule les variations périodiques de son excitabilité, les seconds gardent constamment leur tonicité normale. D'autres fois, les termes se renversent, et les muscles moteurs du globe oculaire font tous les frais de la scène morbide.

Mais souvent l'examen ne permet de relever aucune modification des centres cilio-spinaux et oculo-moteurs; règle générale, dans ces cas, le myosis est permanent et dure autant et même plus, que le rythme de Cheyne-Stokes.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 601.
(2) BERNHEIM. Du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1873, p. 444.

V

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — Les zones fronto-pariétales ne souffrent pas seules de ces sortes d'éclipses rythmiques dans leur activité fonctionnelle, et la sphère de l'innervation sensible subit aussi ces alternances d'inhibition et d'excitabilité. On a moins étudié les modifications de la sensibilité générale, au cours du cycle de Stokes.

Cependant différents auteurs, Biot, Pic et Carrel-Billiard, Terrien se sont attachés à les mettre en évidence et les documents sont assez nombreux aujourd'hui, pour nous permettre d'en esquisser une description.

Dans la thèse de Biot, l'existence de troubles sensitifs se trouve consignée à deux reprises (Obs. IV et VI); chez le premier malade, la mention est vague encore, il y a, dit l'auteur, intégrité parfaite de la sensibilité pendant la dyspnée, mais pendant la pause, celle-ci paraît diminuée; chez le second, l'examen devient plus précis, le patient ne sent plus ni piqûres, ni pincements, au niveau de la poitrine, l'insensibilité est très accusée, et en l'absence de toute lésion organique du cerveau ou de la moelle. Pic et Carrel-Billiard ont étudié méthodiquement les modifications de la sensibilité chez leurs malades; dans l'observation I, la sensibilité est très diminuée pendant l'apnée, tandis que la simple piqûre provoque de la douleur pendant la période de respiration; il faut pendant l'apnée enfoncer profondément une épingle dans les téguments, pour attirer simplement l'attention du malade sur la région blessée; dans l'observation II de leur mémoire, cette anesthésie rythmique est à nouveau signalée.

Dans les cas de Biot et de Pic, les troubles sensitifs s'étendent à toute la surface cutanée, sans prédominance régionale. Une observation bien curieuse, due au docteur Terrien (de Vendée), nous offre un exemple d'anesthésie intermittente localisée à la sphère du trijumeau. Pendant la pause, la cornée reste insensible au contact du doigt, et le réflexe oculo-palpébral disparaît; même constatation du côté de la peau de la face; la muqueuse nasale elle-même perd sa sensibilité. Avec la reprise inspiratoire, s'efface l'anesthésie de ces différents territoires cutanéo-muqueux.

Telles sont les seules données que nous possédions sur les variations périodiques de la sensibilité; nous avons analysé un grand nombre d'observations de Cheyne-Stokes, dans le but d'y trouver la relation de zones plus étendues d'anesthésie intermittente, à formes hémiplégique ou monoplégique. La plupart restent muettes sur l'état de la sensibilité. Les observations devront donc désormais s'efforcer de combler cette lacune, et de mieux documenter cette page de l'histoire de la respiration de Stokes.

VI

TROUBLES DE LA RÉFLECTIVITÉ MÉDULLAIRE. — A Pic (de Lyon), nous devons un nouveau chapitre dans l'étude des phénomènes associés au rythme respiratoire de Cheyne, celui de la réflectivité médullaire. De l'observation attentive à laquelle il s'est livré, résultent deux catégories de faits : dans une première série, la réflectivité médullaire suit exactement les oscillations du rythme respiratoire et des autres symptômes connexes; dans une seconde, se rangent les cas dans lesquels les oscillations de la réflectivité médullaire s'opposent rigoureusement aux phases de sommeil et d'activité de la corticalité hémisphérique.

L'auteur a porté son attention sur l'état des réflexes patellaires, des réflexes cutanéo-plantaires et des réflexes oculo-palpébraux. Dans l'observation I, le réflexe patellaire, brusque et intense pendant la période de respiration, est complètement aboli pendant l'apnée. A cette période la percussion du tendon rotulien faite avec la même intensité et à des intervalles égaux, ne produit aucune réaction, mais deux ou trois secondes avant la première inspiration, les excitations deviennent efficaces et le réflexe se produit, faible d'abord, puis plus fort à mesure que la respiration s'établit et s'accroît. En tournant le dos au malade, et par l'examen seul du réflexe patellaire, on pourrait indiquer le moment de la première inspiration. Les réflexes tricipital et cubital varient parallèlement. »

Dans l'observation II, les variations sont inverses de celles du rythme respiratoire et, à un instant, le réflexe patellaire, très faible pendant la période de respiration, est plus marqué pendant l'apnée.

Chez un troisième, les réflexes rotuliens sont abolis dès le début d'évolution du rythme de Cheyne-Stokes.

L'étude des réflexes cutanés plantaires a donné des résultats moins concordants; ils restent abolis pendant toute la durée du rythme périodique, ou bien se retrouvent à intervalles irréguliers. Quant aux réflexes oculo-palpébraux ils rentrent dans la deuxième catégorie de faits, dont nous avons esquissé les caractères; ils ont paru varier en sens inverse de la respiration.

Dans l'observation de Terrien, au contraire, l'anesthésie intermittente de la cornée avec perte du réflexe oculo-palpébral, était synchrone de la pause respiratoire.

VII

TROUBLES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — Les auteurs ne furent pas toujours d'accord sur la nature même de ces modifications. Traube, le premier, en 1869, mentionne une diminution du nombre des pulsations avec une augmentation de la tension artérielle, pendant les pauses de longue durée; dans un second mémoire, publié en 1874, il revient sur cette description pour conclure à l'extrême rareté des symptômes signalés.

En 1870, Leube prétend que le pouls devient, pendant la pause, petit et irrégulier, mais augmenté de fréquence.

Filehne (1), se basant sur des données à la fois cliniques et expérimentales, décrit à la fin de la pause une augmentation de la tension artérielle, avec ralentissement du pouls; ces deux symptômes s'accentuent pendant la phase ascensionnelle de la période respiratoire et disparaissent dans la seconde moitié de ce stade. Les physiologistes ou les cliniciens qui, depuis, ont réalisé ou observé le type respiratoire de Cheyne-Stokes, ont la plupart confirmé les assertions de Filehne. Saloz jette seul une note discordante et affirme que, le plus souvent, il n'a constaté aucune différence d'une phase à l'autre, quelquefois seulement un ralentissement marqué pendant le stade d'hyperpnée et, dans un cas, un ralentissement très prononcé pendant la pause. A cette conclusion négative, nous pouvons opposer les constatations positives de Bernheim, de Biot, de Rendu, de Hallopeau et Petit; ces différents auteurs signalent tous un écart sensible entre le nombre des pulsations radiales, pendant les deux phases du rythme : 15, au quart de minute, pendant l'activité respiratoire; 30, dans le même temps, pendant la pause (Bernheim); 50 à 60 pulsations pendant la dyspnée, 70 à 80 durant l'apnée

(1) FILEHNE. *Berlin. klin. Wochens.*, 1874, nos 13, 14, 34 et 35.

[Rendu (1)]. Dans l'observation si curieuse de Hallopeau et Petit, les variations vont à l'extrême, et le ralentissement du pouls, pendant la période de polypnée, devient une pause cardiaque absolue, avec disparition de la pulsation radiale : à la fin du stade de décroissance, avec les deux dernières oscillations du thorax, on perçoit deux ou trois pulsations très faibles, puis avec la pause, les battements du pouls, d'abord lents, s'accélèrent, se renouvellent pendant toute la durée de cette période avec la fréquence du pouls normal. Vers la fin de l'apnée, l'impulsion cardiaque se ralentit brusquement, pour cesser quelques secondes après la reprise respiratoire. Les deux courbes, cardiaque et respiratoire, évoluent donc rigoureusement inverses, et s'opposent leurs ondulations avec une régularité parfaite.

La concurrence des deux graphiques n'est pas toujours aussi exacte, et bien souvent ils empiètent l'un sur l'autre; chez le malade de Bernheim, c'est pendant la dernière moitié de la phase de déclin, à l'instant où les respirations deviennent superficielles, que le pouls s'accélère; même constatation dans l'observation II de Biot. Quant au ralentissement cardiaque, il devient appréciable quelques secondes avant l'apnée.

Ces alternatives d'excitabilité différente dans la sphère vaso-motrice commandent les caractères du pouls. Pendant la phase de polypnée, la pulsation radiale, si elle perd en fréquence, gagne en régularité et en amplitude; elle se développe avec lenteur, mais fortement frappée, vibrante, tendue, en état manifeste d'hypertension. Dans un cas de Pic, on note, au sphygmo-manomètre de Potain, 22 pendant les phases de respiration et 10 à la fin de la pause. Celle-ci élève, en effet, le chiffre des battements artériels; mais, en revanche, le choc radial s'amollit, le pouls devient dépressible, il tombe en hypotension. On constate des irrégularités, parfois des intermittences. Chez le même malade de Pic, le pouls capillaire unguéal, symptomatique d'une insuffisance aortique, est beaucoup plus net pendant le stade d'apnée que pendant les périodes de respiration.

Les troubles de l'innervation vasculaire sont encore plus discrets dans leur apparition que les symptômes oculo-pupillaires, ils occupent, parmi les phénomènes associés au rythme respiratoire périodique, le dernier degré dans l'échelle de fréquence. Bien des fois le pouls conserve une tenue uniforme, celle de l'artério-sclérose généralisée, avec hypertrophie du ventricule gauche; l'allure est régulière, oscille entre 70 et 85 ; l'hypertension imprime à la pulsation une dureté et une vigueur caractéristiques. Cette allure peut subir des variantes symptomatiques de la déchéance de la fibre cardiaque; le nombre des battements s'élève, atteint 100 à 130; mais la pulsation est molle, fuyante, entrecoupée d'intermittences et d'irrégularités.

VIII

De cette longue étude clinique, semble se dégager l'impression suivante : le principe de périodicité, qui préside à l'évolution du rythme de Cheyne-Stokes, n'influence pas seulement les centres de la fonction respiratoire. Dans les cas, rares, il est vrai, où les éléments de ce drame clinique sont au complet, cette déduction semble s'imposer, qu'une même déviation fonctionnelle commande à l'activité de l'axe encéphalo-médullaire, dans son entier. Le bulbe ne souffre pas seul de cette atteinte portée à son excitabilité normale; le manteau gris et les noyaux centraux des hémisphères, les différents étages de la moelle participent à ce même état oscillatoire de leur activité. La périodicité respiratoire perd le privilège d'accaparer toute l'attention; elle occupe dans la scène morbide, l'un des principaux rôles, mais à côté d'elle évoluent d'autres personnages, aussi attrayants, par l'importance qu'ils prennent à l'action.

Un même trouble périodique dominerait donc l'excitabilité du système nerveux, frappant volontiers la sphère de l'activité bulbaire, mais capable d'imprimer aux diverses fonctions de la corticalité du cerveau, la même allure rythmique. Il y aurait un syndrome périodique, à forme bulbaire pure ou à forme bulbo-encéphalique, cette dernière avec des variantes basées sur la participation des sphères motrice, psychique ou sensitive.

La clinique, aux yeux de Stern (1), vérifie cette conception de l'excitabilité périodique des centres nerveux, en général; il cite l'observation de plusieurs malades, atteints de traumatisme céphalique, chez lesquels il put constater des oscillations fonctionnelles, dans le domaine des sensibilités, générale et spéciale, de la motricité et de l'intelligence; ces phénomènes étaient manifestement d'origine corticale. Or, à un moment donné, se développent chez les mêmes malades, alternant ou coïncidant avec les premiers phénomènes observés, des troubles périodiques de la respiration, assimilables au Cheyne-Stokes. Stern réduit en effet le rythme périodique de la respiration à cette simple formule : une inspiration anormalement profonde et une pause respiratoire, alternant régulièrement. Dans ces cas, différentes grandes fonctions de l'économie, dont la fonction respiratoire, subissent successivement les mêmes alternances rythmiques d'inhibition et de réveil dans leur excitabilité, mais les troubles périodiques de l'appareil respiratoire apparaissent bien après ceux des sphères motrice, psychique ou sensitive, et ces derniers occupent dans le complexus clinique, une importance au moins égale à ceux-là. Le Cheyne-Stokes devient, en résumé, un cas particulier du syndrome périodique, que Stern rattache à des changements périodiques, dans l'état de l'excitabilité de l'écorce cérébrale.

Bien plus, la périodicité respiratoire peut rester constamment absente de la symptomatologie du syndrome périodique; et le tableau clinique évolue, constitué aux dépens de l'une ou l'autre des fonctions cérébrales, sans participation aucune des centres respiratoires. Whitehead (2) relate, dans un dernier travail, quatre cas, dans lesquels ce trouble rythmé de l'activité nerveuse était représenté, à l'exclusion de tout autre symptôme, par des manifestations oculaires (dilatation et contraction des pupilles, nystagmus, strabisme, déviation conjuguée des yeux). On avait affaire, dit l'auteur, à un état de Cheyne-Stokes, sans respiration de Cheyne-Stokes.

Cette conclusion est reprise par Pic dans les deux mémoires qu'il a publiés récemment sur le rythme de Cheyne-Stokes. L'auteur, envisageant cet ébranlement nerveux périodique dans son ensemble, met en relief son allure con-

(1) Rendu. Affection cardiaque et respiration de Cheyne-Stokes, *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 349, Paris 1890.

(1) Stern. Sur la respiration de Cheyne-Stokes et sur d'autres troubles périodiques, XIVe Cong. de méd. int., Wiesbaden, avril 1896, C. R. in *Semaine méd.*

(2) Whitehead. *The Lancet*, 25 fév. 1899, C. R. in *Semaine méd.*, 18 mars 1899.

vulsive, et compare les contractions toniques des muscles de la face et des extrémités, si fréquentes au cours du Cheyne-Stokes, à de véritables secousses d'épilepsie. Le cycle respiratoire périodique devient une convulsion et le médecin de Lyon, rappelant la conception du professeur Grasset (1) qui regarde ce symptôme comme fonction de la faiblesse irritable des éléments nerveux, conclut en ces termes : « Sous l'influence d'une excitation constante, mécanique ou toxique, les centres gris corticaux, sous-corticaux, bulbaires et médullaires, réagissent d'une façon excessive. Mais ce surmenage fonctionnel épuise vite leur excitabilité, une période de repos succède à cette phase d'hyperactivité, c'est le stade de détente, pendant lequel l'axe cortico-spinal reprend sa tonicité. Pic, poursuivant sa comparaison, assimile cette phase de sommeil de tout l'individu, à la résolution qui suit l'accès, au coma post-épileptique.

La théorie du syndrome périodique, toutefois, semble prêter le flanc à une grave objection. Les phénomènes associés au rythme de Cheyne-Stokes ne varient pas toujours, dans un rapport direct, avec les différents stades du cycle respiratoire. Les courbes peuvent s'opposer leurs ondulations, et c'est l'instant de rappeler que Pic a observé un cas de tremblement parkinsonnien, qui débutait avec la phase des oscillations respiratoires descendantes, pour atteindre son maximum d'intensité pendant la pause, et disparaître avec les premières inspirations; parfois il a constaté des modifications des réflexes patellaires, exactement inverses des variations respiratoires. La contradiction, toutefois, n'est qu'apparente, si l'on veut bien se rappeler le rôle modérateur du cerveau, vis-à-vis de la réflectivité médullaire; à l'inhibition des zones fronto-pariétales, à la suppression de l'influx nerveux central, coïncide, du côté de la moelle, une exagération de l'automatisme des cellules grises antérieures.

Cette conception nouvelle du syndrome périodique trouverait une confirmation, dans les résultats heureux obtenus dans le traitement de la dyspnée de Cheyne-Stokes, par l'emploi de la morphine. Malgré la remarque de Traube, qui a signalé, le premier, l'influence favorable de cette substance sur le développement du rythme de Stokes, malgré les conclusions du mémoire de Biot, qui combat avec énergie son usage, en pareille occurence, beaucoup de cliniciens conseillent aujourd'hui la morphine, en injections sous-cutanées, dans le traitement des troubles respiratoires périodiques. Les observations de Fræntzel (2), de Rendu, de Merklen (3), de Pic déposent hautement en faveur de l'efficacité de cette thérapeutique. Si le phénomène de Stokes appartient à une série de troubles fonctionnels rythmiques, qui trahissent l'existence d'altérations de l'axe encéphalo-médullaire, l'utilité de la morphine ne devient plus paradoxale ; dès lors, cette substance agit à titre d'élément régulateur de l'activité nerveuse.

(1) Grasset, in *Montpellier méd.*, Blaise et Brousse. Contribution à l'étude clinique du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, avec tracés comparatifs de la respiration, du cœur et du pouls, 1870, 287-315.

(2) Fræntzel. *Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens*, Berlin 1889, fasc. I, 5e et 6e leçons.

(3) Merklen. Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes, Soc. méd. des hôpit., 12 fév. 1897.

THÉRAPEUTIQUE

Constipation.

Rutherford conseille spécialement chez les hémorroïdaires :

Podophyllin	} ââ	40 centigr.
Euonymine		
Extrait de belladone		20 —
— d'hydrastis canadensis		1 gramme.
Savon médicinal		2 grammes.

Pour 20 pilules. Une pilule aux repas du soir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1899 (*fin*). — Présidence de M. Pozzi.

RAPPORT

Fracture simultanée des deux clavicules. — M. Guinard fait un rapport sur une observation adressée par M. Pluyette (de Marseille). Il s'agit d'un charretier qui fut serré entre deux voitures et qui, entre autres lésions, eut une fracture des deux clavicules. M. Pluyette sutura d'abord la clavicule d'un côté, puis, trente-huit jours après, celle de l'autre côté. Ces fractures, fait observer M. Guinard, sont très rares. Il a rassemblé les cas qui ont été publiés. Il n'en existe qu'une quarantaine. Dans plusieurs de ces cas, les fractures des deux clavicules se sont consolidées, sans intervention, mais avec un cal plus ou moins volumineux.

Ces fractures ne se rencontrent guère que chez les hommes adultes, plus exposés que d'autres, par leur profession, aux grands traumatismes. Ces blessés présentent une attitude caractéristique et une dyspnée intense. Dans 14 p. 100 des cas, il n'y a pas eu de consolidation.

M. Pluyette prétend que la suture osseuse s'impose, et il est d'avis d'intervenir dès le second ou le troisième jour. M. Guinard n'est pas de cet avis ; il croit que dans ces grands traumatismes il vaut mieux attendre quelques jours avant d'intervenir, et il pense qu'il vaut mieux suturer les deux clavicules dans la même séance.

PRÉSENTATIONS

Tétanos. — M. Quénu présente un malade qui était atteint de tétanos et qui a été guéri après des injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

M. Poirier, à ce propos, signale un cas de tétanos traité par les injections intra-cérébrales et qui a succombé seize heures après, avec une température de 38 degrés.

M. Schwartz a vu deux cas de tétanos guéris après les injections sous-cutanées de sérum antitétanique. Il n'observe plus de cas de tétanos dans son service depuis qu'il fait ces injections préventivement à tout blessé susceptible de contracter le tétanos.

M. Monod rappelle que M. Nocard n'a jamais accordé de valeur à ces injections sous-cutanées qu'à titre d'injections préventives.

M. Berger dit que l'on continue à pratiquer des injections sous-cutanées de sérum antitétanique parce que l'on n'a rien de mieux. Mais il faut bien reconnaître que, le plus souvent, elles se montrent inefficaces.

M. Bazy rappelle l'observation d'un jeune homme atteint de tétanos, auquel il a fait des injections sous-cutanées de sérum antitétanique. Malgré l'avis de M. Roux, qui ne voulait pas qu'on fît autre chose, M. Bazy a fait donner en même temps du chloral et de la morphine. Un jour, on a diminué la dose de chloral, et les contractions ont été plus violentes. On est revenu aux hautes doses, et les contractions ont diminué, puis disparu. Il semble véritablement que, dans ce cas, la guérison a été le fait beaucoup plus du chloral et du bromure que des injections sous-cutanées de sérum antitétanique.

Ostéome du brachial antérieur. — M. LOISON montre des radiographies représentant un ostéome du brachial antérieur avant et après le massage. On peut se rendre compte de l'efficacité du massage dans ces cas.

La séance est levée.

Séance du 14 juin 1899. — Présidence de M. POZZI.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES HÉMORROIDES

M. SCHWARTZ dit que les malades atteints d'hémorroïdes viennent généralement consulter le chirurgien parce qu'ils sont gênés soit par le prolapsus, soit par les hémorragies, soit par l'étranglement. Quand il s'agit de petites hémorroïdes, M. Schwartz fait la dilatation avec le spéculum de Trélat, après cocaïnisation de la région, et la cautérisation avec le thermocautère porté au rouge sombre. Il n'a jamais vu se produire, par ce procédé, d'hémorragies secondaires et ses malades n'ont généralement pas besoin de plus de quinze jours de soins consécutifs. Quand les hémorroïdes sont bien nettement péduculisées, M. Schwartz jette un fil sur le pédicule et sectionne.

Lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes volumineuses, M. Schwartz, qui a renoncé au procédé de volatilisation de Richet, comme laissant des douleurs et occasionnant des rétentions d'urine, a recouru au procédé de Witehead. Il l'a employé cinq fois et son interne quatre fois. Dans ces neuf cas les résultats ont été très satisfaisants. Cette opération, en effet, guérit vite et bien, mais à condition qu'on réunisse exactement la muqueuse à la peau et qu'on ait une asepsie parfaite. C'est une opération longue et parfois difficile. En résumé, pour les cas simples, M. Schwartz reste partisan de la dilatation et de l'ignipuncture et il réserve l'excision sanglante aux cas d'hémorroïdes volumineuses ou infectées.

M. DELORME regrette de ne pouvoir partager l'opinion de M. Monod sur les inconvénients de l'excision circulaire de la muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum dans le traitement des hémorroïdes. Il est quelque peu surpris de le voir, sans expérience personnelle, jeter quelque défaveur sur une méthode réellement excellente.

Sans doute, elle comporte quelques aléas, mais quelle méthode n'a pas les siens? En tous cas ils ne sont pas tels, qu'ils puissent détourner le chirurgien d'y recourir et avec un peu d'attention au cours de l'opération et un traitement consécutif approprié, on est sûr d'obtenir un résultat satisfaisant.

M. Delorme reste toujours attaché à la dilatation du sphincter avec les doigts, à la section portée juste à la réunion de la peau et de la muqueuse, en commençant par la demi-circonférence inférieure. Le sphincter externe doit être *dégagé expressément sur son bord interne*, sans qu'on entame aucune de ses fibres et le manchon muqueux, séparé avec l'ongle ou des instruments mousses jusqu'à la limite de la muqueuse saine reconnaissable à sa coloration rosée, est sectionné en quatre ailerons. Quatre fils d'attente en V, à nœud extérieur, assujettissent la peau et la muqueuse un peu au delà de la base des ailerons. En cas de chute prématurée de quelques fils, ces fils de réserve préviennent toute ascension rectale.

L'opération faite, M. Delorme se contente de l'application d'un pansement extérieur. Il réunit les genoux pour éviter toute traction sur les sutures pendant les mouvements d'abduction des membres inférieurs, précaution très utile, et il constipe son malade avec le laudanum : quarante gouttes les deux premiers jours, trente les jours suivants jusqu'au dixième ou douzième.

Le seul temps délicat de l'opération réside dans la conservation du sphincter un peu dilacéré par la dilatation et masqué par le sang.

Quelque partisan que soit M. Delorme de ce mode opératoire, il ne l'a pas employé pour des hémorroïdes à bourrelets très limités avec muqueuse saine dans l'intervalle et il l'a toujours réservé aux hémorroïdes internes ou internes et externes volumineuses, totales, dans lesquelles de gros bourrelets, généralement au nombre de quatre, reposent sur une sorte de tissu angiomateux, ou encore dans les hémorroïdes compliquées de prolapsus, de laxité très exagérée de la muqueuse.

Dans ces conditions, l'excision rectale est une méthode de choix qui donne des résultats excellents et qui lui semble mériter la place qu'elle a acquise en France, depuis 1892, moment où il a appelé sur elle l'attention de la Société de chirurgie.

M. PICQUÉ explique les divergences d'opinions qui se sont produites dans cette discussion par la variabilité des cas qui peuvent se présenter à l'observation du chirurgien. Mais, en somme, cette discussion se résume à une comparaison entre la méthode sanglante et la cautérisation ignée. M. Picqué a renoncé aux anciennes méthodes pour donner la préférence aux méthodes sanglantes, réservant l'ignipuncture seulement aux cas d'hémorroïdes circonscrites. M. Picqué insiste sur la nécessité d'une bonne antisepsie quand on a recours au procédé de Witehead.

M. DELBET ne saurait cacher sa surprise de voir, dans cette discussion, renaître de ses cendres cet instrument d'un autre âge, le thermocautère, et de voir qu'on cherche à lui rendre son antique grandeur. Comme agent d'exérèse, il est bien certain que c'est un très mauvais moyen, lent, s'opposant à la réunion par première intention. Comme agent hémostatique, il est plus que médiocre et d'une puissance d'hémostase tout à fait insuffisante; comme agent antiseptique il pourrait avoir quelque valeur, mais on possède d'autres moyens qui ne font pas, comme lui, obstacle à la réunion par première intention. Comme modificateur, il agit par inflammation et cette inflammation peut dépasser le but à atteindre; n'est-ce pas là, vraiment, un moyen d'un autre âge, comparé aux méthodes nouvelles?

Lorsqu'il était interne et qu'il a vu ses maîtres se servir du thermocautère, M. Delbet a constaté que les malades souffraient atrocement, avaient des rétentions d'urine pendant quinze jours, et qu'ils présentaient souvent de l'infection purulente dont ils mouraient. C'est parce qu'il a conservé le souvenir de ces souffrances, de ces dangers, de ces hémorragies secondaires, fonction de septicité, au moment de la chute des eschares, que M. Delbet n'a pas voulu adopter ce mode opératoire qui est certainement bien moins bon que les moyens dont on dispose aujourd'hui. Peut-être trouvera-t-on encore à la cautérisation ignée des hémorroïdes quelques rares indications, tellement rares, que ce n'est pas la peine d'en parler.

Le bistouri et la suture, telle doit être la formule du traitement des hémorroïdes. Pourquoi, en effet, ne pas faire avec le bistouri ce que l'on fait avec le thermocautère? M. Delbet pratique donc d'abord la dilatation ; si l'on se trouve en présence de paquets hémorroïdaires distincts, il n'est pas nécessaire de faire l'ablation de la totalité de la muqueuse rectale; l'exérèse de chacun des paquets hémorroïdaires suffit. Dans tous les autres cas, M. Delbet pratique le Witehead. Mais il faut que le siège de l'incision soit exactement au niveau de la jonction de la muqueuse et de la peau. C'est là un fait capital.

M. QUENU reproche à l'ignipuncture de donner lieu à des eschares qui ne tombent qu'après neuf ou dix jours et qui laissent après elles des plaies faciles à s'infecter. Les douleurs sont souvent intenses. L'exérèse faite avec l'instrument tranchant est, au contraire, remarquablement indolente, M. Quénu donne la préférence aux méthodes sanglantes sur les méthodes cautérisantes.

M. TILLAUX trouve que M. Delbet a fait le procès du thermocautère avec trop de sévérité et trop de violence. M. Delbet dit que le thermocautère n'est pas hémostatique; c'est parce qu'il ne sait pas s'en servir. M. Eugène Bœckel a montré à la Société de chirurgie que le thermocautère pouvait être à ce point hémostatique qu'on pouvait couper l'aorte avec lui sans avoir d'hémorragies, mais il faut pour cela qu'il soit maintenu au rouge sombre; il faut, en outre, affaisser les vaisseaux avant de les couper. C'est donc incontestablement un bon hémostatique.

Ce n'est pas comme moyen d'exérèse que nous nous servons du thermocautère, ajoute M. Tillaux; c'est comme moyen de destruction de l'hémorroïde. Il détruit le tissu hémorroïdaire sans donner lieu aucunement à l'inflammation dont a parlé M. Delbet.

Il est vrai que, chez quelques malades, c'est parfois un peu douloureux. Mais ces douleurs ne sont pas si vives ni si durables, et nous sommes bien loin des souffrances atroces qu'a signalées M. Delbet. Après dix jours, tout est fini et le malade est guéri.

M. Tillaux ne veut pas faire le procès de l'opération de Witehead, ni établir un parallèle entre cette opération et l'ignipuncture. Il veut simplement dire qu'il est resté fidèle à un procédé qui, depuis trente ans, lui donna constamment de bons résultats. En effet, il n'a jamais eu d'infection, jamais d'hémorragie secondaire, jamais de récidive. Il ne se croit donc pas autorisé à abandonner une opération simple, facile, efficace pour une opération difficile, qui n'est pas sans aléas, et dont le principal mérite est d'être nouvelle.

M. POZZI partage complètement l'opinion de M. Tillaux. Une ignipuncture profonde donne une cure radicale et durable, c'est un moyen sans danger et d'une simplicité absolue. Il ne faut pas s'en rapporter aux développements théoriques de M. Delbet sur l'inflammation. M. Pozzi croit qu'il ne faut pas laisser cette idée dans l'esprit des praticiens que le thermocautère est un mauvais instrument. Ce n'est certainement pas là l'opinion de la majorité de la Société de chirurgie. C'est là un moyen simple, facile, efficace, et pas aussi douloureux qu'on l'a dit. Enfin, c'est un moyen à la portée des praticiens.

M. OLLIER dit qu'il a parlé de la douleur. Mais cette douleur s'observait avant qu'on ne fît précéder la cautérisation de la dilatation. Depuis qu'on fait d'abord la dilatation, la douleur n'existe plus. Depuis trente ans, M. Ollier a recours à la cautérisation au rouge sombre; il n'a jamais eu d'hémorragie secondaire, ni d'infection. Jusqu'à plus ample informé, M. Ollier s'en tiendra donc à ce moyen qui lui a toujours donné de bons résultats. Pour combattre la douleur qui existe quelquefois, il a recours à l'orthoforme.

M. POIRIER trouve la cautérisation un moyen déplorable dont il a vu les méfaits dans les services de ses maîtres Le Fort et de Saint-Germain. C'est un moyen hémostatique peu sûr, et il n'oserait même pas couper une radiale avec le thermocautère. Hémorragies secondaires, infection purulente, tels sont les dangers de ce mode de traitement. M. Poirier appuie donc ce qu'a dit M. Delbet et n'aurait jamais recours qu'au Witehead, en prenant, toutefois, certaines précautions pour n'avoir pas de rétrécissement anal consécutif, comme cela lui est arrivé dans un cas.

M. POZZI fait remarquer à M. Poirier qu'il parle de faits antérieurs à la période antiseptique, et qu'il faut accuser le mode de pansement et non le thermocautère de ces méfaits.

M. DELBET ne saurait accepter le reproche que lui a fait M. Tillaux de ne pas savoir se servir du thermocautère, puisqu'il ne s'en est jamais servi et ne s'en servira jamais. Il a fait allusion à des faits qu'il a observés chez ses maîtres qu'il préfère ne pas nommer. Quant à la suture de l'aorte avec le thermocautère, M. Delbet laisse à M. Eug. Bœckel toute la responsabilité de cette opinion.

M. TILLAUX répond à M. Delbet que ce sont alors les maîtres en question qui ne savaient pas se servir du thermocautère. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — Le concours de prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Ombredanne et Proust.

Nomination. — M. le docteur Ricard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé, est nommé chirurgien consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Distinctions honorifiques. — M. Poirault, professeur d'histoire naturelle à l'École de médecine de Poitiers, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Guerre. — Dans sa séance du 9 juin, la Chambre des députés a adopté le projet de loi dont nous avons parlé et portant augmentation du cadre des médecins-majors de deuxième classe et des médecins aides-majors de première classe fixé par la loi du 15 avril 1898.

En voici le texte : médecin-inspecteur général, 1; médecins-inspecteurs, 11; médecins principaux de première classe, 45; médecins principaux de deuxième classe, 60; médecins-majors de première classe, 340; médecins-majors de deuxième classe, 510; médecins aides-majors de première classe, 406; médecins aides-majors de deuxième classe, 100, dont 50 à l'École d'application du service de santé militaire. Total : 1473.

— En vertu d'un décret signé le 5 de ce mois, les jeunes gens nommés élèves de l'École du service de santé militaire, et les médecins et pharmaciens stagiaires admis directement à l'École d'application du service de santé militaire, devront contracter désormais, quels que soient leur âge et leur situation militaire, en entrant à l'École, ou au moment de leur nomination comme élèves militaires, un engagement spécial par lequel ils s'obligent à servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe.

Marine et Colonies. — *Organisation du corps de santé.* — Le Sénat, dans sa séance du 6 juin dernier, a adopté en première lecture le projet de loi de M. Isaac sur l'organisation du service de santé colonial. En voici les grandes lignes : Le service médical régimentaire des troupes de la marine, celui des salles d'hôpitaux affectées spécialement aux malades de la marine sont assurés par le personnel de la marine. Le personnel officier du corps de santé des colonies est régi par la loi de 1834. La hiérarchie est la même que celle du service de santé de la marine, la correspondance de grade existe. Les permutations pourront, d'ailleurs, se faire d'un corps à l'autre. Enfin, le corps de santé est placé sous l'autorité du ministre des colonies.

Statistique. — La mortalité à Paris, du 4 au 10 juin, s'est un peu élevée : il y a eu 1013 décès au lieu de 947 la semaine précédente. (Moyenne de la saison 862.) — La fièvre typhoïde a causé 14 décès (moyenne 5); la rougeole, 40 au lieu de 25; la scarlatine 7 au lieu de 4, la coqueluche 7 au lieu de 8, la diphtérie 13 au lieu de 7; la grippe 5 au lieu de 1; la tuberculose pulmonaire 197 (moyenne 175); la méningite tuberculeuse 21 (moyenne 21).

Les affections aiguës du poumon 145 au lieu de 116, les maladies organiques du cœur 47 au lieu de 53.

L'hémorragie cérébrale a amené 43 décès au lieu de 40; le ramollissement 8, chiffre égal à la moyenne; le cancer 50 au lieu de 49; la sénilité 41 au lieu de 28; la diarrhée infantile 53 au lieu de 47; enfin la débilité congénitale 35 au lieu de 24.

Les nouveaux bâtiments de l'Académie de médecine. — On sait que dans quelques mois l'Académie de médecine s'installera rue Bonaparte, abandonnant son ancien logis de la rue des Saints-Pères, qui tombe en ruines. Les travaux auraient dû être commencés depuis six mois. On n'a pu le faire, l'École des Beaux-

Arts ayant soulevé un incident au sujet d'un mur mitoyen. Cet incident est aujourd'hui réglé. L'Académie de médecine percera des fenêtres et non des portes contre le mur qui, jusqu'ici, supportait des consoles et des ornements architecturaux appartenant aux Beaux-Arts.

Hygiène. — Un système régulier d'inspection dentaire dans les écoles est en voie d'organisation en Russie.

L'initiative en est due à la Société russe d'hygiène publique.

Désinfection obligatoire. — Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a demandé, sur le rapport de M. Le Roy des Barres, que tout local où est signalé un cas de l'une des maladies soumises à la déclaration soit soumis à la désinfection obligatoire

— La déclaration des maladies épidémiques n'était jusqu'ici obligatoire en Angleterre, que pour la ville de Londres. Le Parlement vient de voter une loi étendant cette mesure à tout le royaume.

La balle « Dum-Dum ». — La conférence de La Haye vient de se prononcer contre l'emploi de la balle Dum-Dum, employée par les Anglais aux colonies, et dont on connaît les ravages épouvantables dans l'organisme, par 18 voix contre 3. L'Autriche et l'Italie ont voté avec l'Angleterre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie humaine, par le docteur Poirier. La fin du Système nerveux vint de paraître. Le fascicule dont nous annonçons aujourd'hui la publication est le fascicule 3 du tome III. Il comprend *Les nerfs* : « Considérations générales, » par A. Soulié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse; « Nerfs craniens, » par B. Cunéo, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris; « Nerfs craniens, » par A. Soulié, de Toulouse. Un vol. gr. in-8º de 480 p., avec fig., la plupart en couleurs. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Paris, le 19 juin 1899.

On ne peut qu'approuver et féliciter ceux de nos confrères qui consacrent leur temps et leurs efforts à l'instruction des infirmiers et infirmières. Il est de toute nécessité que le personnel subalterne des hôpitaux soit à la hauteur de la tâche qui lui incombe. Il n'y a pas longtemps encore l'hôpital était une sorte de refuge, d'asile pour les gens sans place, pour ne pas dire sans aveu, qui, sans connaissance spéciale, souvent sans moralité, venaient, en passant, trouver un gîte et un maigre salaire en attendant des jours meilleurs. Anciens malades, trop atteints pour reprendre leur métier; domestiques remerciés, déclassés de toutes sortes, se mettaient infirmiers, uniquement pour pouvoir vivre en attendant mieux.

Aujourd'hui cela est changé. On trouve en majorité, dans nos hôpitaux, de bons infirmiers, d'excellentes infirmières qui s'attachent à leur profession, qui aiment leur métier et sont les aides dévoués des médecins et des chirurgiens.

Nous devons donc être reconnaissants à ceux, grâce auxquels le corps des infirmiers s'est peu à peu transformé. Aussi approuvons-nous les cours de pansements, d'appareils d'hygiène, etc., qui leur sont faits quotidiennement par les plus distingués de nos confrères. Mais le mieux n'est-il pas l'ennemi du bien, et est-il bon de mettre sur le programme de leurs cours des conférences de gynécologie? Vraiment, n'est-ce pas trop?

Pourquoi ne pas se borner à bien apprendre ce qui est nécessaire et spécial à l'infirmier, c'est-à-dire la connaissance approfondie du matériel de pansement, l'usage et le nettoyage des instruments, la manière de panser, dévêtir, remuer les blessés, changer les lits, donner des injections, faire l'asepsie du matériel chirurgical, etc.? Mais n'est-ce pas faire fausse route que de leur enseigner les « maladies des femmes »? N'est-ce pas leur mettre inutilement dans la tête des noms incompris, leur donner une fausse science; faire naître une certaine présomption, leur faire croire à un savoir qui ne saurait exister et contribuer à augmenter ainsi le camp des matrones qui rôdent autour de la médecine au grand détriment des malades et des médecins?

Maintenant que la sélection du personnel des infirmiers commence à se faire, que ce personnel est devenu plus stable, grâce aux efforts incessants de nos confrères, n'y aurait-il pas intérêt à perfectionner l'enseignement donné plutôt qu'à l'étendre?

Créons de bonnes infirmières et non de fausses sages-femmes. Cela nous paraît meilleur.

Que nos confrères veuillent nous pardonner et ne voir dans cette critique que le désir de rendre leur œuvre encore meilleure.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La **médication cacodylique** est à la mode. MM. Renaut, Gautier ont vanté ses bienfaits à l'Académie de médecine. M. Danlos qui, le premier, a introduit l'acide cacodylique dans la thérapeutique, est venu à la Société médicale dire les heureux résultats qu'il a obtenus avec ce médicament; lequel a ceci de remarquable qu'il est d'une innocuité à peu près complète. Souhaitons que, s'il n'est pas dangereux, il soit en même temps utile. Voici, pour la thérapeutique des affections cutanées, les formules de M. Danlos.

Pour l'ingestion, la formule proposée est la suivante :

Cacodylate de sodium		2 grammes.
Rhum	*ââ*	20 —
Sirop de sucre		
Eau distillée		60 —
Essence de menthe		II gouttes.

Une cuillerée à café renferme 10 centigrammes de cacodylate de sodium.

Sous forme pilulaire on peut prescrire :

Cacodylate de soude	10 centigrammes.
Extrait de gentiane	Q. S.

Pour la voie hypodermique, on emploiera :

Chlorhydrate de morphine	25 milligr.
— de cocaïne	10 centigr.
Chlorure de sodium	20 —
Cacodylate de soude	5 grammes.
Eau phéniquée à 5 p. 100	II gouttes.
Eau distillée	Q. S. p. 100cc

Les avantages de la médication cacodylique consistent dans la possibilité de faire absorber, sans danger, aux malades des doses colossales d'arsenic. M. Danlos a employé cette médication dans le *psoriasis*, dans le *lichen plan généralisé*,

dans le *lupus érythémateux*, dans la *maladie de Duhring*; les effets du médicament ont été, dans ces cas, satisfaisants; ils ont été nuls dans l'*acné pustuleuse*, dans le *lupus ordinaire*, dans le *mycosis fongoïde*.

Un cas particulier parmi les diagnostics difficiles d'**appendicite** : M. Le Gendre rapporte l'histoire suivante : Chez un malade, une crise appendiculaire a succédé à une colique de plomb. Le malade, saturnin, âgé de vingt-cinq ans, était entré à l'hôpital avec les signes certains d'une colique de plomb, que le traitement ordinaire fit assez rapidement disparaître. Quelques jours après, les douleurs abdominales et les vomissements reparurent; le ventre se ballonna, la température dépassa 39 degrés, le pouls devint rapide; bref, l'appendicite fut bientôt évidente. Ce cas, où le diagnostic fut singulièrement complexe, est à rapprocher des observations publiées par Sergent, d'appendicites chez les saturnins, appendicites rappelant, à s'y méprendre, le tableau clinique de la colique de plomb.

Quelle est la pathogénie intime de cela?

Y a-t-il simple coïncidence? C'est peu probable, et c'est là une théorie peu satisfaisante pour l'esprit. Y a-t-il accumulation de plomb dans l'intestin, favorisant l'infection appendiculaire, soit chimiquement, soit mécaniquement, en érodant la muqueuse? N'est-il pas plus simple d'admettre un rôle joué par la médication drastique intensive, mise en œuvre si souvent chez les saturnins? Cette dernière hypothèse est plus plausible que les autres.

M. Vaquez revient sur la question récente de l'**hyperglobulie et de la splénomégalie**. Il rappelle qu'il a signalé un cas analogue à ceux rapportés récemment par MM. Rendu et Widal et par MM. Moutard-Martin et Lefas. L'hyperglobulie, tout d'abord et à tort attribuée à une lésion congénitale du cœur, ne s'accompagnait comme unique lésion que d'une hypertrophie considérable de la rate et du foie. La cyanose, qui était également notable dans ce cas, ne se retrouve pas dans celle de MM. Moutard-Martin et Lefas. M. Vaquez ne pense pas que ce soit un phénomène lié forcément à l'hyperglobulie, et le véritable intérêt réside seulement dans l'association de ces deux symptômes : augmentation plus ou moins considérable du nombre des globules rouges et hypertrophie splénique.

DÉLIRE ALCOOLIQUE D'ORIGINE THÉRAPEUTIQUE SURVENU APRÈS UNE OPÉRATION ABDOMINALE (1)

Par M. Éd. Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

La nomination par la Société médicale des hôpitaux de la commission de l'alcoolisme m'engage à rapporter un cas récent qui est instructif et peut avertir les chirurgiens du danger de la thérapeutique alcoolique.

Le 14 avril dernier, je recevais dans mon service une femme âgée de cinquante-six ans, qui avait été envoyée d'un hôpital du centre au bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne. Lorsqu'elle arriva à Villejuif, il y avait neuf jours qu'elle avait quitté l'hôpital et elle ne présentait plus trace de délire, étant seulement en convalescence et très débilitée. La malade m'apprit qu'elle avait été opérée le 28 mars d'une cure radicale de hernie (sa plaie n'était d'ailleurs pas encore fermée). La chloroformisation l'avait fortement impressionnée et elle gardait encore le souvenir des sensations qu'elle avait éprouvées au début de l'anesthésie. Elle s'était pourtant réveillée après l'opération avec toute sa lucidité. Alors, comme elle était faible, on lui donna du champagne à boire, et très fréquemment. Deux jours après l'opération elle commença, racontait-elle, « à ne plus avoir sa tête à elle. » Elle avait des hallucinations de la vue; et elle se rappelait notamment l'une d'elles qui l'avait frappée. Elle voyait sa voisine de lit prendre la forme d'une tortue énorme. Elle avait d'autres visions fantastiques et mobiles qui s'exagéraient le soir. Les détails de ce délire restèrent peu dans sa mémoire. Les certificats de mes collègues m'apprirent qu'elle eut à l'hôpital de l'excitation, et que, lorsqu'elle arriva à Sainte-Anne, elle présentait des hallucinations de l'ouïe. Elle entendait dire que sa hernie était le résultat de son inconduite. Ces troubles mentaux s'effacèrent rapidement et, lorsqu'elle m'arriva, elle n'en avait plus trace.

Cette malade était une fille naturelle et n'avait pas connu son père. Sa mère était morte d'un cancer du sein. Sa sœur utérine se porte bien. Elle avait été mariée et n'avait pas eu de grossesse et était devenue veuve. Elle avait eu la variole il y a quinze ans et une forte attaque d'influenza au moment de l'épidemie de 1890. Elle m'assura — ce que je pus vérifier — qu'elle avait toujours été très sobre, ne buvant jamais de boissons distillées ni même de vin et seulement un peu de bière à ses repas. Elle attribuait son délire au chloroforme. Pour moi, je pensais plutôt qu'il était dû à l'alcoolisme, non pas à cause de la forme spéciale qui rappelait cependant bien le délire alcoolique, parce que tous les délires toxiques se ressemblent plus ou moins, mais parce que les troubles mentaux n'avaient pas suivi la chloroformisation et avaient au contraire été précédés d'une période de lucidité, et aussi parce que l'alcool donné à une personne amaigrie et affaiblie par une opération était un facteur de délire autrement certain que le chloroforme, dont l'action psychopathique se prolonge rarement plusieurs jours.

Sur ces entrefaites, il survint un incident qui confirma mon diagnostic. Un drain oublié dans la plaie avait déterminé la formation d'une fusée purulente dans la région inguinale. Cet abcès assez profond se présenta même dans des conditions tellement singulières que l'on put songer à une hernie étranglée du côté opposé à la cure radicale. Un des chirurgiens des asiles, appelé le 1er mai, résolut de l'opérer sous chloroforme. Ce fut avec les plus grandes appréhensions que la malade se laissa anesthésier. Je lui donnai le chloroforme, et remarquai que la phase d'excitation fut pour ainsi dire nulle. Elle s'endormit lentement, et sans se débattre ni parler, mais il fallut lui donner environ 20 grammes de chloroforme et la tenir sous cette intoxication durant vingt-cinq minutes environ. Le chirurgien ouvrit à petits coups la poche purulente et reconnut la cause du mal.

Quand la malade se réveilla, elle avait toute sa lucidité et aucun trouble mental ne se manifesta durant les jours qui suivirent. L'expérience avait été concluante. Le chloroforme ne pouvait être accusé d'avoir provoqué le délire qui avait motivé l'internement. Le seul coupable était bien l'alcool.

Les cas de ce genre ne sont pas très rares. Plusieurs auteurs en ont rapporté de semblables. M. Joffroy en cite un cas dans sa thèse d'agrégation sur l'alcool, qui remonte à plusieurs années. Il sont intéressants en ce qu'ils montrent combien il faut être prudent dans l'administration, dans un but thérapeutique, de boissons alcooliques à des

---

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

individus débilités et dont la prédisposition est inconnue. On risque d'envoyer ainsi dans un asile d'aliénés une personne dont les intérêts peuvent être lésés du fait de son internement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésions des centres nerveux dans l'épilepsie expérimentale d'origine absinthique (1).

Par M. MARINESCO.

Les études cliniques de Magnan et les recherches expérimentales de Laborde, confirmées par Sérieux et nous-même, ont montré d'une manière indéniable que l'absinthe administrée sous forme de liqueur ou d'essence détermine un tableau symptomatique rappelant tout à fait celui de l'épilepsie. Il était intéressant de savoir si cette épilepsie d'origine absinthique s'accompagne ou non de lésions des centres nerveux. C'est dans ce but que j'ai repris mes expériences antérieures en collaboration avec mon interne M. Stefanesco, qui consistaient en injections aux lapins, de l'essence d'absinthe à la dose de $0^{cc}5$ jusqu'à 2 centimètres cubes. Il apparaît chez ces animaux, dans ces conditions, des accès francs d'épilepsie de vingt à quarante minutes après l'injection de la substance toxique. Dans la moelle de la plupart des animaux, j'ai pu déceler, avec la méthode de Nissl, des lésions bien caractérisées intéressant non seulement les cellules radiculaires des cornes antérieures, mais également les cellules des cordons. Il y a toute une gamme d'altérations cellulaires, mais, d'une manière générale, on peut dire qu'elles sont d'autant plus intenses que l'animal a vécu plus de temps avec des convulsions. Ainsi, pour un lapin chez lequel les convulsions ont duré quinze heures avec quelques intermittences, les cellules radiculaires ont augmenté de volume, tandis que la densité de l'état chromatique, tout au moins dans un certain nombre d'entre elles, a diminué. Dans celles-ci, les éléments chromatophiles se présentent d'une façon différente à la périphérie et au centre. A la périphérie, ces éléments manquent, ou bien sont réduits à de fines granulations disséminées dans le cystoplasma légèrement teinté; puis suit une zone où les éléments chromatophiles sont plus pâles et plus ou moins tuméfiés, ou même désintégrés. Les éléments chromatophiles périnucléaires sont habituellement plus colorés et mieux conservés.

La chromatolyse périphérique ou la disparition des éléments chromatophiles que nous venons de décrire offre plusieurs aspects. Parfois, elle est segmentaire : elle se présente sous forme de croissant, de fer à cheval ou même elle est plus étendue et intéresse toute la périphérie de la cellule. Lorsque la chromatolyse siège à l'origine du cylindraxe, la colline qui existe à ce niveau s'élargit en profondeur et s'étend jusqu'au voisinage du noyau. Grâce à la chromatolyse qui se produit quelquefois entre deux prolongements protoplasmatiques, on constate que ces prolongements se dirigent directement vers le noyau ou bien traversent toute la cellule, s'en allant vers le prolongement opposé. C'est une image qui correspond à la description qu'a donnée Bethe du trajet de la substance fibrillaire à l'intérieur de la cellule nerveuse. Les modifications éprouvées par le noyau et le nucléole sont plus difficiles à mettre en évidence; toutefois, il m'a semblé que le nucléole est parfois d'un aspect granuleux et vacuolaire. Le volume de la vésicule nucléaire est tantôt augmenté, tantôt diminué.

Les lésions que je viens de décrire se retrouvent surtout dans les cellules très altérées; mais, à côté de celles-ci, on en trouve d'autres moins touchées et présentant une chromatolyse moins étendue. En effet, il existe dans ces cellules des éléments chromatophiles d'aspect à peu près normal, tandis que d'autres sont en voie de désintégration.

Chez les animaux qui ont vécu de quatre à huit heures, les lésions sont moins intenses que dans le cas précédent. La tuméfaction du corps cellulaire est moindre, et la chromatolyse, quoique périphérique, est plus discrète, étant plus souvent partielle que généralisée. C'est pour cette raison que les éléments chromatiques périnucléaires revêtent un aspect normal ou à peu près.

Une autre différence qui distingue les lésions chez les animaux qui ont vécu avec des convulsions moins de huit heures, c'est que le nombre de cellules altérées est plus restreint que chez ceux qui ont vécu de dix à quinze heures. Enfin, je crois avoir remarqué que les éléments périnucléaires des cellules radiculaires, chez les animaux qui ont vécu longtemps avec des convulsions, se trouvent à l'état de parapicnomorphie. Malgré que mon attention ait été attirée plus particulièrement sur les lésions que présentent les cellules radiculaires et les cellules des cordons de la moelle, je dois cependant rappeler, en passant, que j'ai vu des lésions, il est vrai moins accentuées, dans le bulbe et dans l'écorce cérébrale. Je reviendrai, dans un autre travail, sur ces lésions.

Au point de vue du mécanisme intime et de la nature des altérations que je viens de décrire, je dois faire remarquer qu'il faut voir dans ces lésions un trouble de nutrition. En effet, l'invasion de la cellule nerveuse par le poison absinthique change les conditions de nutrition de la cellule nerveuse et donne lieu, à la suite de ces désordres nutritifs, à un dégagement d'énergie nerveuse qui se traduit en dehors par des convulsions. Il ne s'agit pas là de lésions accidentelles sans aucun rapport avec les symptômes présentés par les animaux, mais il ne faut pas non plus les considérer comme la cause des convulsions. Je suis porté à croire que les troubles fonctionnels, comme les troubles histologiques, sont sous la dépendance immédiate de la même cause, à savoir : la perturbation du chimisme cellulaire. Lorsque la substance toxique a été éliminée par la cellule, les convulsions disparaissent, mais des traces de lésions peuvent exister encore, parce que la réparation demande un certain temps pour s'achever.

En outre, il est fort probable qu'à ces altérations dues à l'intoxication absinthique s'ajoutent des phénomènes d'usure dus à la fonction exagérée de la cellule nerveuse. Il me semble hors de doute que cette activité anormale et prolongée de la cellule nerveuse ne soit pas accompagnée de modifications structurales du neurone. Il est vrai que nous ne connaissons pas au juste les phénomènes qui se passent dans la cellule nerveuse lors de sa fonction, mais ces changements se traduisent par des modifications structurales, ainsi que les expériences de Nissl, Mann, Lugaro, etc., tendent à le prouver.

PLAQUES MUQUEUSES DE LA CONJONCTIVE ET SYMBLÉPHARON (1)

Par M. le docteur DREYER-DUFER (de Paris).

L'auteur a observé un malade, âgé de soixante ans, qui avait été atteint, quatre mois environ auparavant, d'un chancre induré. Il présentait des syphilides papulo-croûteuses et, en outre, se plaignait, depuis une dizaine de jours, de larmoiement et de conjonctivite. Sur la face interne des paupières supérieures, on voyait des surfaces érosives et sécrétantes, limitées par des sections de circonférences qui, lorsqu'elles n'étaient pas confluentes, avaient la dimension d'un pain à cacheter environ. Des deux côtés, le

(1) Communication faite à l'Académie des sciences.

(1) Société d'ophtalmologie de Paris, séance du 6 juin 1899.

cul-de-sac inférieur se colorait dans sa totalité par la fluorescence. Ce qui était caractéristique pour établir le diagnostic, était un lac de sécrétion, claire, filante, visqueuse, entremêlée de filaments de pus, débordant les culs-de-sac inférieurs, donnant à l'œil un aspect brillant, vernissé, tout particulier.

A la deuxième visite du malade, un symblépharon postérieur était établi pour les paupières inférieures. L'adhérence est superficielle, sans transformation fibreuse ou hypertrophique. C'est pourquoi ce symblépharon incomplet n'offre aucun inconvénient pour le malade et n'entrave en rien le libre jeu des muscles oculaires.

Aussi, en présentant ce malade, l'intention de M. Dreyer-Dufer est simplement d'attirer l'attention sur une complication rare et inédite d'une affection déjà peu fréquemment observée par elle-même, quoiqu'il ait la conviction que, si on voulait la rechercher dans les milieux dermatologiques, on la retrouverait avec plus de fréquence que ne le veut la lecture des auteurs et des journaux.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium.

Dans une récente séance de la Société de biologie, M. Laborde a établi que, chez certains épileptiques ayant de l'intolérance gastrique, le bromure de strontium se trouve absolument indiqué. Son activité est comparable à celle du bromure de potassium et il est toujours bien supporté. M. Laborde cite à l'appui trois cas d'épilepsie fonctionnelle grave, avec accès très fréquents, traités avec plein succès par le bromure de strontium à haute dose.

Il faut, pour obtenir un effet thérapeutique rapide, commencer par 2 à 3 grammes par jour; on augmente la dose tous les deux jours de 1 gramme, de façon à arriver à donner rapidement 8, 10, 12 grammes par jour. On assiste alors à la disparition progressive des accès.

Fait intéressant à signaler, même à haute dose le bromure de strontium ne provoque pas d'accidents de bromisme.

Hyperhydrose plantaire.

1° Soins généraux des pieds. Lavages fréquents avec de l'eau froide. Lotions à l'alcool, l'alcool camphré, bains de tannin. Saupoudrer d'amidon. Placer entre les orteils de petits tampons d'ouate hydrophile imprégnés de poudres inertes. Imposer l'usage de chaussures découvertes.

2° Badigeonnages avec une solution renfermant 0,20 à 1 p. 100 de permanganate de potasse ou avec la solution de perchlorure de fer du Codex additionnée de 3/4 de glycérine ou d'eau, ou avec :

Acide chromique . . . . 20 centigr.
Alcool . . . . } *ââ* 30 grammes.
Eau distillée . . . . }

Faire prendre auparavant un bain de pieds. Bien sécher. Répéter pendant quinze jours.

Ce procédé a donné d'excellents résultats dans l'armée prussienne.

Ou :

Naphtol. . . . . 3 grammes.
Alcool . . . . 70 —
Glycérine. . . . . 30 —

Appliquer 1 à 3 fois par jour, puis amidon.

3° Hebra recommande un emplâtre composé de parties égales d'onguent diachylon et d'huile de lin, qu'il faisait renouveler deux fois par jour en ayant soin de ne pas laver; au bout de dix à douze jours, il le remplaçait par des poudres inertes. L'épiderme tombait alors, laissant à découvert une peau saine. (Thibierge.)

4° Saupoudrer avec :

Talc. . . . . 30 grammes.
Sous-nitrate de bismuth . . . . 35 —
Permanganate de potasse. . . . 2 —
Salicylate de soude. . . . . . 4 —

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1899 (*fin*). — Présidence de M. Pozzi.

PRÉSENTATIONS

Traitement du tétanos. — M. PICQUÉ présente un malade qui, après vingt-cinq jours de traitement par les injections sous-cutanées de sérum antitétanique a été guéri du tétanos. Ce malade prenait, en outre, 6 à 8 grammes de chloral par jour.

M. PEYROT rappelle, à ce sujet, qu'il n'y a pas que la toxine tétanique qui donne lieu à des contractions tétaniformes. Il faut tenir compte de ces cas qui ne sont pas du vrai tétanos.

M. TUFFIER ajoute qu'il faut aussi distinguer les cas de tétanos dits aigus, des cas de tétanos dits chroniques, les premiers ne guérissent par aucun moyen, les seconds peuvent guérir spontanément.

M. DELORME insiste sur la valeur de ces signes au point de vue de la gravité du tétanos : rapidité d'évolution des symptômes, apparition précoce des troubles respiratoires.

Gastrectomie. — M. RICARD présente une malade chez laquelle il a réséqué la presque totalité de l'estomac, enlevé les ganglions et une partie du pancréas pour un cancer en masse de la face postérieure de l'estomac. Après avoir pratiqué cette vaste résection, il a complètement fermé la plaie duodénale et suturé une anse jéjunale à une petite collerette stomacale restant du côté du cardia. C'est, en quelque sorte, une jéjuno-œsophagostomie qu'il a pratiquée. Cette malade va très bien; elle a engraissé, elle digère tous les aliments et va quitter l'hôpital. (Sera publié.)

M. TUFFIER cite des cas analogues. La grosse difficulté, dans ces cas, dit-il, ce sont les adhérences. Même indépendamment des adhérences pathologiques, M. Tuffier est convaincu qu'il existe de grandes différences individuelles au point de vue de la mobilité du pylore et du cardia.

M. POIRIER fait observer qu'on peut faire sortir la portion pylorique, mais jamais on ne fera sortir la portion cardiaque.

Ganglion calcifié. — M. SCHWARTZ présente une véritable grosse pierre qu'il a enlevée du mésentère d'une femme qui, à vingt ans, avait eu une péritonite tuberculeuse. M. Schwartz a dû décoller les anses intestinales qui étaient adhérentes aux aspérités de cette pièce qui n'est autre qu'un ganglion caséeux calcifié.

Lipome. — M. NIMIER présente un lipome du volume d'un œuf de poule, qui siégeait sur les faces dorsale et externe de la première phalange du pouce gauche, chez un ancien militaire âgé de cinquante-six ans. La tumeur était apparue vers 1889 sur le bord externe du doigt et avait grossi lentement. Indolore, elle ne gênait pas les mouvements du pouce; sans changement de couleur à la peau, elle était transparente, rénitente, paraissait nettement fluctuante, présentait trois lobes et était mobile sur la face dorsale de la phalange. Son énucléation a été très simple, sauf au niveau des quelques petits lobules inclus dans les tractus fibreux de la peau du malade.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 JUIN AU 1er JUILLET 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 26 JUIN 1899, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 1er : Mathias-Duval, Rémy et Retterer.

2e : MM. Blanchard, Gley et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Poirier et Wallich ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Tillaux, Delens et Delbet ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry ; — M. Legueu, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Lejars et Sébileau ; — (2e série) : MM. Blum, Walther et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Hayem, Lancereaux et Dupré ; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 27 JUIN, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot et Launois.

1er : MM. Rémy, Quénu et Poirier.

2e (2e partie) : MM. Blanchard, Gley et Retterer.

3e (2e partie) : MM. Debove, Troisier et Ménétrier.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Chantemesse et Vaquez ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Marfan ; — (2e série) : MM. Cornil, Achard et Thiroloix ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Le Dentu et Faure ; — (2e série) : MM. Panas, Berger et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Proust et Charrin ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 28 JUIN, à une heure. — 1er : MM. Blanchard, Mauclaire et Sébileau.

2e : MM. Rémy, Hanriot et Gley.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Terrier et Lepage.

4e : MM. Pouchet, Wurtz et Méry.

1re de sages-femmes (1re classe) : MM. Farabeuf, Ribémont-Dessaignes et Retterer ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Blum, Poirier et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Reclus, Humbert et Delbet ; — M. Lejars, suppléant.

JEUDI 29 JUIN, à une heure. — 1er : MM. Rémy, Quénu et Thiéry.

2e (oral, 1re partie) : MM. Blanchard, Poirier et Langlois ; — (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Marfan et Méry.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gley et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 30 JUIN, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 1er : MM. Poirier, Retterer et Sébileau.

2e : MM. Blanchard, Rémy et Desgrez.

4e : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette et Wurtz.

1er de sages-femmes (2e classe) : MM. Mathias-Duval, Ribemont-Dessaignes et Launois ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Delbet et Walther ; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Dupré ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Humbert et Lejars ; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Teissier ; — M. Gaucher, suppléant.

SAMEDI 1er JUILLET, à une heure. — 2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Blanchard, Retterer et Langlois ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Desgrez et Launois.

1er de sages-femmes (1re classe), *Petit amphithéâtre* : MM. Ribemont-Dessaignes Thiéry et Langlois ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Cornil, Thiroloix et Vaquez ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Troisier et Marfan ; — M. Charrin, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie) *Pitié* (1re série) : MM. Le Dentu, Richelot et Faure ; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Albarran ; — M. Roger, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Ménétrier et Achard ; — (2e série) : MM. Raymond, Hutinel et Widal ; — M. Poirier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. André, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

358. M. Gendrin. Contribution à l'étude des rapports de la chorée avec la menstruation et la puerpéralité. — 359. M. Pasquier. De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus. — 360. M. Le Roy. Maigreur et amaigrissement. — 361. M. Pledran. Les chemineaux (étude médico-psychologique). — 362. M. Le Tellier. La Chine, essai ethnographique, médical, hygiénique. — 363. M. Morisseau. De l'insuffisance glycolytique. — 364. M. Delebecque. Traitement du zona par les pansements à l'acide picrique. — 365. M. Crée. De l'étude des arthropathies tabétiques et de l'influence des nerfs trophiques sur la nutrition. — 366. M. Henrot. L'épuration des eaux d'égout par le sol. — 367. M. Camiade. Considérations sur la méningite cérébro-spinale et en particulier sur les récentes épidémies de Bayonne (1897 1898). — 368. M. Rambert. Contribution à l'étude des relations de la lithiase biliaire avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. — 369. M. Goutry. De l'influence de la menstruation, en particulier sur les affections cutanées. — 370. M. Jochkevitch. Contribution à l'étude de l'allaitement chez les albuminuriques. — 371. M. Glaize. La grossesse extra-membraneuse. — 372. M. Garnier. La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. — 373. M. Champion. Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation temporaire du thorax. — 374. M. Bayeux. La diphtérie avant et depuis l'année 1894. — 375. M. Bensussan. Traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections de sérum gélatiné (méthode de Lancereaux). — 376. M. Chéron. Contribution à l'étude des fractures des métacarpiens. — 377. M. Reilhac. De la régularisation de la menstruation par le mariage et la grossesse. — 378. M. Meunier. Contribution à l'étude clinique de l'omphalocèle congénitale des nouveau-nés. — 379. M. Menu. Le môle vésiculaire, tumeur maligne. — 380. M. Jugeat. De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'eczéma suintant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement (épreuve théorique, *fin*) : MM. Wallich, 17 ; Dubrisay, 15 ; Paquy, 10. Épreuve opératoire : « Ligature de l'humérale au pli du coude. Désarticulation du petit doigt et du 5e métacarpien » : MM. Dubrisay, 14 ; Wallich, 14 ; Macé, 14 ; Brindeau, 14 ; Schwab, 14.

Institution nationale des sourds-muets. — M. le docteur E. Ménière vient d'être nommé chirurgien en chef de la clinique otologique. Nos confrères verront avec sympathie cette nomination qui permet à M. Ménière de prendre, après trente-sept ans, la place jadis illustrée par son père.

MM. Castex et Grossard sont nommés médecins adjoints. M. Ch. Leroux est nommé médecin de l'infirmerie des sourds-muets.

Bureaux de bienfaisance. — A la suite d'un concours,

viennent d'être nommés aux places vacantes de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris. MM. les docteurs Boudin, Morisse (Ier arrondissement); Lantzenberg, Pressat, Archambault (IVe); Hurteau (Ve); Daniel, Pottier (XIe); Rollet, Monjoin (XIIe); Villard, Mme Peltier, Baldet (XIIIe); Rellay (XVIIIe); Labady, Golesceano, Thébaut (XIXe).

Hôpital français de Jérusalem. — M. le docteur Labonardière est nommé médecin du gouvernement et de l'hôpital français de Jérusalem.

Facultés et Écoles de province. — *Lyon.* — Le conseil de l'Université a désigné le professeur Hugounenq pour exercer les fonctions de consul universitaire à l'égard des étudiants russes, bulgares, roumains et serbes. M. Pic les remplira pour les suisses, M. Crolas pour les turcs et égyptiens.

Lille. — M. Duret, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté catholique, est nommé doyen de la Faculté en remplacement de M. Desplats.

Tours. — M. Bodin, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est nommé professeur de clinique médicale en remplacement de M. H. Thomas, décédé. La chaire d'hygiène et thérapeutique est supprimée et il est créé une chaire d'histologie.

Marine et Colonies. — M. le docteur Hervé, médecin de première classe, est nommé médecin principal. M. le docteur Porquier, médecin de deuxième classe, est nommé médecin de première classe.

M. le docteur Palasne de Champeaux, médecin de deuxième classe, est nommé médecin de première classe.

M. Duguet, médecin de première classe provenant des troupes au Tonkin, est affecté au port de Rochefort.

M. Trabaud, médecin principal, autorisé à servir temporairement à Toulon, rejoindra Rochefort, son port d'attache, le 1er juillet prochain, et reprendra son rang sur la liste d'embarquement.

M. Mathé, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer sur l'*Héroïne*, à Dakar, M. le docteur Lorin.

M. Donnart, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer M. le docteur Arnould au 12e régiment d'infanterie de marine, à la Nouvelle-Calédonie.

Réserve de l'armée de mer. — M. le docteur Doué, médecin principal en retraite, est nommé médecin principal de réserve.

M. le docteur Mialaret, médecin de première classe en retraite, est nommé médecin de première classe de réserve.

M. Dupuy-Fromy, médecin de deuxième classe, démissionnaire, est nommé au même grade dans la réserve.

Intérêts professionnels. — Aujourd'hui, doivent avoir lieu à la Chambre :

La première délibération sur la proposition de loi de M. Jean Cruppi ayant pour objet la réforme des expertises médico-légales; — la discussion de la proposition de loi de M. Dubief, relative au régime des aliénés.

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal correctionnel d'Agen vient de condamner l'abbé Théodore L..., de Lavilledieu, à 400 francs d'amende et aux dépens pour exercice illégal de la médecine.

Responsabilité des pharmaciens. — Devant la neuvième chambre correctionnelle est venue tout récemment une affaire qui soulève une question de responsabilité assez délicate. Un pharmacien, M. X..., était poursuivi pour avoir employé par mégarde du sulfate de zinc au lieu de sulfate de soude dans la préparation d'une eau purgative. Pour sa défense il allégua que la méprise venait de la maison de droguerie où il se fournit.

Celle-ci enfin, poursuivie dans la personne de son principal employé, rejeta le faute sur le charretier qui avait apporté le sulfate de zinc de l'usine de produits chimiques.

Tous les trois ont été jugés coupables par le tribunal. Le pharmacien a été condamné à un mois de prison, les deux autres personnes poursuivies, à 100 francs d'amende chacune. Ajoutons que la personne empoisonnée, après avoir été fort malade, est maintenant rétablie.

Société anatomique. — MM. Poulain, Pascal, Decloux, Barbarin et Nattan-Larrier sont élus membres adjoints de la Société anatomique.

Conseil municipal. — Une subvention de 300 francs est accordée au comité chargé de l'érection d'un monument sur la tombe du docteur Du Mesnil, ancien médecin en chef de l'asile de Vincennes.

Acte de philanthropie. — M. Blondel, conseiller municipal, fait don à la ville de Paris d'une propriété sise près de Nogent-le-Rotrou, pour y installer une école de santé à l'usage des enfants malingres et pauvres des écoles de Paris et du département de la Seine.

Congrès. — I. L'ouverture du IVe Congrès international de psychologie aura lieu, à Paris, le lundi 20 août 1900.

Pourront prendre part au Congrès toutes les personnes qui s'intéressent au développement des connaissances psychologiques. Les dames y seront admises dans les mêmes conditions et avec les mêmes droits que les messieurs.

Les personnes qui désirent adhérer au Congrès sont priées de s'adresser à M. le docteur Pierre Janet, 21, rue Barbet-de-Jouy.

II. La cotisation des membres du Congrès est fixée à 20 francs. MM. les adhérents sont priés de joindre à leur bulletin un mandat-poste de 20 francs pour l'acquit de leur cotisation : ils recevront en retour la carte de membre du Congrès.

Les membres du Congrès recevront gratuitement le journal du Congrès, le programme des séances et un exemplaire des rapports officiels.

La carte de membre du Congrès donnera le droit d'entrée dans les divers établissements d'instruction, dans les musées, laboratoires, hôpitaux, ainsi qu'aux diverses réunions qui pourront être organisées.

Il est probable que des réductions de 40 p. 100 seront faites par les compagnies de chemins de fer, pour les voyages aller et retour pendant la durée de l'Exposition.

III. Les travaux du Congrès se feront soit dans des séances générales, soit dans des séances de sections, dirigées par les présidents des sections.

Les sections seront au nombre de sept, et auront les titres suivants : 1° « Psychologie dans ses rapports avec l'anatomie et la physiologie »; 2° « Psychologie introspective dans ses rapports avec la philosophie »; 3° « Psychologie expérimentale et psycho-physique »; 4° « Psychologie pathologique et psychiatrie »; 5° « Psychologie de l'hypnotisme, de la suggestion et questions connexes »; 6° « Psychologie sociale et criminelle »; 7° « Psychologie animale et comparée, anthropologie, ethnologie ».

Les langues admises dans les discussions sont : l'allemand, l'anglais, le français et l'italien.

La durée d'une communication dans les sections est fixée à vingt minutes au plus.

Les personnes qui désirent faire une communication sont instamment priées d'indiquer le plus tôt possible, et au plus tard le 1er janvier 1900, le titre de leur étude et d'envoyer au secrétariat un extrait succinct, un résumé ne dépassant pas deux pages imprimées.

Ces extraits seront imprimés et distribués avant chaque séance à l'auditoire, afin de rendre plus facile l'intelligence de la communication.

Une exposition de documents et d'appareils de précision ayant rapport à la psychologie sera peut-être annexée au Congrès; les personnes qui désireraient présenter des documents ou des appareils sont priées de nous en faire part le plus tôt possible.

MM. les membres du Comité donneront volontiers tous les renseignements complémentaires qui leur seront demandés. D'ailleurs, un programme plus complet sera envoyé prochainement aux personnes qui auront adhéré au Congrès.

Le Comité est composé de MM. Th. Ribot, président; Charles Richet, vice-président, Pierre Janet, secrétaire général, Félix Alcan, trésorier.

— La ville de Côme doit célébrer, en septembre 1899, le centenaire d'Alexandre Volta. *A l'occasion du centenaire de la pile*, un congrès d'électrothérapie se réunira. Un comité est dès maintenant formé sous la présidence de MM. Baccelli, ministre de l'instruction publique d'Italie, et Bizzozero.

Conférence de la Haye. — La sous-commission chargée d'adapter la convention de Genève à la guerre navale a terminé ses travaux. Nous relevons l'article suivant :

« Les naufragés, blessés ou malades, qui sont débarqués dans un port neutre avec le consentement de l'autorité locale, devront être gardés par celle-ci, de manière qu'ils ne puissent pas, de nouveau, prendre part aux opérations de la guerre. Les frais d'hospitalisation et d'enterrement, en cas de décès, seront supportés par l'État dont relèvent les naufragés, blessés ou malades. »

Étranger. — Le Parlement allemand a adopté en troisième lecture, à une très grande majorité, le projet de loi concernant l'assurance des ouvriers contre les maladies et les infirmités.

— Le Congrès international réuni à Bruxelles pour la réglementation de l'entrée de l'alcool en Afrique vient de se terminer. Il a décidé d'élever les droits de 15 francs à 70 francs par hectolitre.

Nécrologie. — M. L.-J.-B. Jacquemin, de Dambach (Bas-Rhin), capitaine d'infanterie de marine en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, médaillé du Tonkin et de Madagascar, etc., étudiant en médecine de la Faculté de Nancy, décédé en cette ville, à la fin de sa deuxième année d'études. M. Jacquemin a succombé aux reliquats d'une maladie contractée en servant son pays, pendant de longues années, dans toutes les parties du monde. — M. le docteur Humbert, ancien préparateur à la Faculté de Nancy, décédé à Étain, à peine âgé de trente ans. — MM. les docteurs Lelièvre (de Pipriac); Trannoy (d'Arras); Choteau (de Saint-Maurice-les-Lille); Odoul (de Ville-en-Tardenois); Richancourt (de Bourgogne); Morétin (de Paris); Hermant (de Templeuve); Popu (de Neufchâteau); Jauzion (de Damiate); F.-M. Crestin (de Lyon); Eugène Bonnet (de Séon-Saint-Henry, Marseille). — M. Jean Brivot, externe des hôpitaux de Lyon; MM. Buret, étudiant à Lille; Almyre Daniel, étudiant à Caen.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 70. — JEUDI 22 JUIN 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 22 JUIN 1899. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde, comme rapporteur d'une commission dont il faisait partie avec MM. Gariel, Fournier et Bucquoy, à propos des communications et présentations de MM. Barthélemy et Oudin, a fait un historique complet des rayons X, de la radioscopie et de la radiographie.

Cette merveilleuse découverte du professeur Röntgen (de Wurzbourg) de rayons lumineux, rayons de l'inconnu, rayons X, dont l'action est caractérisée par ce fait qu'ils traversent certains corps opaques et qu'après ce passage ils provoquent l'éclairage brillant d'autres corps, a donné naissance à deux fécondes applications, la radioscopie et la radiographie, dont la médecine surtout devait profiter. Dans un premier rapport, M. Gariel a traité devant l'Académie la question au point de vue spécial de la physique. M. Laborde vient à son tour rappeler les applications de cette découverte à la médecine, à la chirurgie, à la physiologie, en général aux sciences biologiques. Il s'est acquitté de cette tâche avec sa conscience et sa compétence bien connues, prenant la question *ab ovo*, c'est-à-dire depuis les moindres détails qui, par hasard, ont conduit Röntgen à voir le squelette de sa propre main sur un écran de papier couvert de protocyanure de baryum et devenu fluorescent, et arrivant à la radioscopie, puis à la radiographie, c'est-à-dire à la fixation des ombres ainsi obtenues sur des plaques photographiques.

Après avoir ainsi bien déterminé les origines allemandes de cette précieuse découverte, M. Laborde se plaît à reconnaître que c'est surtout à la France qu'appartiennent ses premières applications à la médecine et à la chirurgie, grâce à deux jeunes savants cités à la tribune de l'Académie, MM. Oudin et Barthélemy. M. Laborde rappelle ici les recherches, les tâtonnements, toutes les étapes par lesquelles sont passés ces deux infatigables travailleurs et les résultats vraiment surprenants auxquels ils sont arrivés. On a pu prévoir dès le début, et on a pu voir depuis, toutes les heureuses applications de la radiographie à la médecine : recherche de corps étrangers, études des parties squelettiques, applications à l'étude des organes intrathoraciques, etc. Chaque jour apportait une nouvelle application, une nouvelle découverte, et depuis il ne s'est pour ainsi dire pas trouvé une seule séance de l'Académie des sciences ou de l'Académie de médecine dans laquelle il n'ait été présenté une radiographie d'ordre médical ou d'ordre chirurgical. On sait aujourd'hui tous les services que peut rendre cette méthode, et il n'était que juste de proclamer à l'Académie de médecine, quelle large part revient à MM. Oudin et Barthélemy, dans ces multiples et heureuses applications de la découverte de Röntgen. M. Laborde l'a fait avec l'ardeur dont il est coutumier, sans oublier pour cela tous les autres savants qui ont apporté leur pierre à cet important édifice, sans oublier non plus la généreuse initiative de M. Radiguet, grâce auquel on possède aujourd'hui l'installation radiographique la plus complète et la plus parfaite, car ici comme en maintes autres circonstances, il ne fallait pas compter sur l'intervention des pouvoirs publics.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Laborde dans les développements par lesquels il nous a fait passer en revue, les unes après les autres, toutes les applications de la méthode, en les appuyant sur de nombreux exemples. Tout cela est fort bien. Toutefois, nous ne saurions trop engager nos confrères à s'initier quelque peu à l'examen attentif d'épreuves radiographiques. Cela demande un certain apprentissage, surtout en ce qui concerne les applications aux organes de la respiration. Il serait peut-être un peu hardi, à l'heure actuelle, de porter un diagnostic ferme d'une lésion pulmonaire sur une épreuve radiographique, si bien faite qu'elle soit. Que les données fournies par la radiographie ne fassent pas négliger les autres moyens d'investigation, en particulier la percussion et l'auscultation. Ceci soit dit sans vouloir diminuer en rien l'importance très grande de la merveilleuse découverte de Röntgen.

M. Bucquoy a fait un rapport sur un travail de M. Savoire relatif au traitement de la tuberculose. D'après l'auteur, le repos, la suralimentation et l'aération ne suffisent pas, et il faut y joindre de fortes doses, de très fortes doses de créosote. Celle-ci, paraît-il, serait très bien supportée par l'estomac. Nous ne saurions laisser passer cette assertion sans de fortes réserves.

Signalons une intéressante présentation de M. Richelot : il s'agit d'une femme qui était atteinte de goitre basedowifié, et qui a été guérie de tous ses accidents par la simple résection du lobe malade pratiquée par M. Morestin.

M. Hervieux, à propos d'un travail de M. Carteret sur les éruptions mal caractérisées de la vaccine, s'attache à dé-

montrer que ce que l'on appelle la fausse vaccine n'est que de la vaccine vraie.

M. Catrin a lu un travail sur l'étiologie de la tuberculose dans les départements du Nord. Il a constaté que l'hérédité ne se rencontre que dans 19 p. 100 des cas. On peut toujours faire cette objection que, dans ces cas, l'hérédité n'est encore que de la contagion.

Enfin, M. Mendel a fait une communication sur le traitement des affections broncho-pulmonaires, en particulier de la tuberculose, par les injections intra-trachéales d'huiles volatiles. On trouvera plus loin un résumé du travail de M. Mendel.

TRAVAUX RÉCENTS SUR L'ACTINOMYCOSE HUMAINE (1)

Par M. Alexis Carrel,

Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de Lyon.

L'actinomycose est demeurée, pendant longtemps, inconnue en France, tandis qu'à l'étranger, le parasite était étudié d'une façon approfondie par Rivolta et Perroncito, que Harz et Bollinger établissaient l'origine végétale de l'affection, et que, de tous côtés, on publiait de nouvelles observations cliniques. Et cependant, c'était un médecin français, Davaine, qui le premier avait vu l'actinomyces. Mais comme l'attention n'avait pas été suffisamment attirée sur cette découverte, l'affection passait inaperçue. Cette rareté extrême de l'actinomycose n'était qu'apparente, et, à partir de l'époque où on se mit à sa recherche de façon systématique, on constata qu'elle existe partout et sous les formes les plus variées. Les travaux de l'École lyonnaise surtout furent féconds en résultats, puisque MM. Poncet et Bérard (2) parvinrent à en réunir soixante-six observations, recueillies dans les seuls hôpitaux de Lyon.

La région dijonnaise paraissait, jusqu'à ce jour, indemne de la maladie. Aucun cas n'y avait été publié, lorsque M. Camus, dans sa thèse récente, montra que, pour en trouver, il suffisait de se donner la peine de chercher. En peu de temps, il a pu observer trois malades, atteints d'actinomycose cervico-faciale à forme subaiguë, et probablement, beaucoup d'autres sujets, porteurs de lésions attribuées à la syphilis, et guéris par l'iodure de potassium, auraient augmenté le nombre de ses observations, si on avait songé plus tôt à l'existence de l'actinomycose. Si l'espèce humaine a été relativement peu prodigue, les animaux ont fourni un plus gros contingent de malades, et M. Camus, qui est vétérinaire de l'armée, s'est livré à des recherches intéressantes sur ce sujet. Pendant une période de trois années seulement, il a relevé cinquante-sept cas d'actinomycose, chez les animaux amenés à l'abattoir de Dijon. Cette statistique lui a permis de constater un fait, qui met bien en lumière le mode de pénétration du parasite dans les tissus : pendant l'année 1898, la fièvre aphteuse avait sévi avec une grande intensité sur le bétail de la contrée. On vit alors l'actinomycose suivre une marche parallèle, et le nombre des cas augmenter d'une manière sensible : phénomène, qui montre nettement l'influence des solutions de continuité de la muqueuse buccale sur l'infection actinomycosique.

Depuis que la pathogénie, l'anatomie pathologique et l'évolution de l'actinomycose sont bien établis, il est intéressant d'étudier les formes rares et les localisations anormales de l'affection. C'est ainsi que, à l'occasion d'un cas observé dans le service du professeur Dujardin (de Lille), M. Robert a donné une excellente description de l'actinomycose des conduits lacrymaux. Cette maladie a été observée surtout en Allemagne et en Russie, et avant la thèse de Robert, trois cas seulement avaient été publiés en France. Très bénigne, elle présente une évolution clinique fort intéressante. Contrairement à la forme ordinaire de l'actinomycose, il ne se produit ni extension des lésions, ni formation de trajets purulents, alors que l'affection est déjà constituée depuis une ou deux années. Schröder avait même pensé que la muqueuse n'était pas pénétrée par le parasite, et que le mucus et les larmes, par leurs propriétés désinfectantes et leur action mécanique, l'empêchaient d'attaquer les tissus. Cependant, dans des cas ultérieurs, l'examen histologique d'une parcelle de la paroi y montra la présence de l'actinomyces.

Cette limitation et cette marche lente du processus envahisseur, ne peuvent s'expliquer que par des conditions de milieu spéciales, ou par les caractères biologiques du champignon.

Les voies lacrymales offrent au parasite un terrain, exposé à une aération continue (d'après M. Robert), et possédant déjà une flore microbienne très riche. L'air exerce une action néfaste sur la vitalité de l'actinomyces, et d'autre part, l'infériorité de ce champignon en présence des autres microbes est aujourd'hui démontrée. En milieu de culture artificiel, la présence des autres micro-organismes l'étouffe et le fait disparaître en quelques jours. En outre, les conduits lacrymaux sont entourés de fibres musculaires striées, tissu si défavorable à son développement, que dans la langue, par exemple, la marche du parasite est vite arrêtée, et il subit le sort d'un simple corps étranger.

Ces conditions spéciales expliquent peut-être le mode d'évolution de l'actinomycose des canalicules lacrymaux. D'ailleurs, quelle qu'en soit l'interprétation, cette bénignité est actuellement certaine. Dans tous les cas rapportés jusqu'ici, l'affection s'est terminée par la guérison, peu de jours après l'ablation de la petite tumeur.

La contagion se fait probablement par des poussières végétales contaminées, et transportées par l'air, et aussi par l'eau, qui est un milieu de culture favorable. D'autre part, le champignon végète sur la conjonctive au milieu des microbes normaux, et il se développe dans le canal, au moment de la production de circonstances favorables, inflammation, rétrécissement, traumatisme : la malade de Robert avait subi un cathétérisme du canal nasal, trois ans auparavant.

L'actinomycose des voies urinaires, qui fait le sujet de la thèse de M. Michaïloff, est plus rare encore que l'actinomycose de l'appareil lacrymal. Après des recherches bibliographiques étendues, l'auteur a pu rassembler treize cas d'infection actinomycosique, de la vessie, du rein et de la prostate. Celle-ci est presque toujours envahie par des actinomyces venant du rectum ou de la vessie.

L'infection du rein est rarement primitive. Quand elle ne succède pas à l'envahissement de la glande par une lésion venue du foie, du côlon ou du cæcum, il s'agit d'un noyau métastatique formé dans un glomérule, et consécutif à une infection déjà généralisée. L'infection ascendante par l'uretère n'a pas été observée.

(1) Camus. *Contribution à l'étude de l'actinomycose dans la région dijonnaise*, Th. de Paris, 1899. — Delacroix. *Actinomycose ano-rectale*, Th. de Lyon, 1899. — Michaïloff. *Actinomycose des voies urinaires*, Th. de Lyon, 1899. — Robert. *Actinomycose des canalicules lacrymaux*, Th. de Paris, 1899.

(2) A. Poncet et Bérard. *Traité clinique de l'actinomycose humaine. Pseudo-actinomycose et botryomycose*, Paris 1898.

L'actinomycose de la vessie est le plus souvent consécutive à des lésions du rectum. Toutes les fois que celles-ci ne restent pas limitées à une zone restreinte et s'étendent vers les tissus périphériques, la vessie est atteinte par le processus spécifique. Le cæcum et l'appendice peuvent, à ce point de vue, jouer le même rôle que le rectum.

L'infection primitive de la vessie est exceptionnelle, et même l'observation recueillie par Michaïloff à la clinique du professeur Poncet est, à notre connaissance, unique dans la littérature médicale. Il s'agissait d'un homme qui s'était introduit plusieurs mois auparavant dans le canal de l'urèthre quelques épis de graminée. De nombreux calculs se formèrent dans la vessie. On en retira quelques-uns par la lithotritie, mais, comme les phénomènes ne s'amendaient pas, M. Poncet pratiqua la cystostomie sus-pubienne et trouva un calcul phosphatique qui renfermait des débris végétaux, au sein desquels l'examen histologique montra la présence du mycelium actinomycosique.

Lorsque les lésions restent limitées à la vessie, aux reins ou à la prostate, elles se réparent assez facilement, d'une façon spontanée ou après une intervention chirurgicale plus ou moins large, comme dans les cas de Billroth et de Poncet. Habituellement le pronostic est beaucoup plus grave, parce qu'il se produit de vastes collections suppurées dans le voisinage des organes atteints, et le malade finit par succomber.

Ayant observé à la clinique de M. le professeur Poncet un beau cas d'actinomycose ano-rectale, M. Delacroix en a fait le point de départ de sa thèse. On a rarement l'occasion de constater ce genre de lésions actinomycosiques. Aussi, l'auteur, en parcourant la littérature chirurgicale, n'a-t-il pu recueillir que quatorze observations de cette maladie. Au moyen de ces documents, il a fait une étude, très intéressante et aussi complète que possible, de l'actinomycose ano-rectale.

Au point de vue pathogénique, elle est due à une infection ascendante ou descendante. L'infection ascendante doit être ordinairement le résultat d'un contact direct avec des matières souillées par le parasite. Dans une observation de Egbert Braazt, l'inoculation s'était faite par une eschare du siège chez une femme qui couchait sur de la paille. Elle peut se faire également par continuité et avoir pour origine une contamination du bas fond vésical. Quant à l'actinomycose descendante qui est la forme la plus commune (10 fois sur 14), il faut la mettre sur le compte d'une infection ano-rectale par les matières fécales, entraînant le parasite déjà greffé en un point du gros intestin, dans l'appareil appendiculo-cæcal, sur le duodénum, etc.

La symptomatologie et l'évolution clinique sont typiques : début par de la diarrhée, du ténesme et des phénomènes viscéraux. Bientôt apparaissent des tumeurs bizarres autour de l'anus, des abcès qui occupent les situations les plus variables. Des fistules, isolées ou en taupinière, s'y joignent au bout d'un temps plus ou moins long. La réparation complète est rare. On constate le plus souvent la guérison d'anciens foyers, et, à côté d'eux, la production de nouveaux. L'évolution est parfois rapide (un mois), ou au contraire très lente (vingt ans).

Le diagnostic de l'actinomycose ano-rectale peut, à une période quelconque, prêter à confusion avec des lésions d'un autre ordre, syphilitiques ou bacillaires surtout. La première condition pour établir un tel diagnostic, est de songer à la possibilité de l'actinomycose. Lorsque les lésions cutanées péri-anales se sont développées, elles sont caractéristiques pour un œil exercé, avec leurs petits abcès et leurs fistules multiples, la coloration rougeâtre ou violacée de la peau, épaissie ou soulevée, qui rappelle l'actinomycose cutanée d'autres régions, de la face, par exemple.

Le pronostic paraît très sombre, car, sur les 14 observations de Delacroix, on relève 6 cas de mort, et 4 cas dont l'issue est inconnue, mais très probablement fatale.

L'auteur termine son travail par quelques considérations sur le traitement de l'affection, qui doit être surtout chirurgical, et consistera dans l'ouverture large des foyers, leur curetage, etc. Quant au traitement par l'iodure, il ne peut être que le faible auxiliaire du traitement chirurgical.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Un cas de goitre exophtalmique causé par la thyroïdine ingérée en excès (traitement de l'obésité). — Le docteur A. V. Notthaft publie une observation très curieuse de goitre exophtalmique survenu à la suite de l'ingestion de thyroïdine à doses exagérées. Le patient qui voulait maigrir (il pesait 220 livres) absorba, dans l'espace de six semaines, sans consulter de médecin, environ 1000 tablettes d'une préparation anglaise de corps thyroïde (tablettes contenant 3 grammes de thyroïdine). Le malade maigrit dans ce court laps de temps de 30 livres, mais, au moment où il maigrissait le plus, survinrent du gonflement du cou, des battements de cœur, de la toux et de l'insomnie. Le 15 janvier 1897, après l'absorption des 1000 tablettes, le malade, vu par Notthaft, présentait une exophtalmie et un tremblement très marqués; le pouls battait à 120 par minutes, le cou était gros sans que le corps thyroïde parût particulièrement affecté, le tremblement de la langue si fort qu'il pouvait se comparer à celui que présentent certains malades atteints d'affection cérébrale. Les urines contenaient du sucre (1 p. 100), étaient abondantes (3 litres et plus par jour); le patient avait une soif ardente.

La suspension de la thyroïdine aussitôt recommandée par le médecin amena une amélioration dans l'état général; au bout de quinze jours, le sucre avait disparu dans ses urines; la polyurie et la polydipsie s'atténuaient à peu près en même temps. Au bout d'un mois le cœur ne battait plus qu'à 80 ou 90, le tremblement avait cessé. Le gonflement du cou et l'exophtalmie persistèrent près de six mois, puis disparurent peu à peu; en octobre 1897, il n'en existait plus trace; le malade avait reconquis 10 livres de poids.

L'intérêt de cette observation n'est pas discutable : elle peut servir à la démonstration de l'origine glandulaire du goitre exophtalmique; elle montre que la simple ingestion des extraits de cette glande paraît capable de le déterminer.

Elle montre encore une fois de plus les dangers d'une médication thyroïdienne non surveillée où les doses et la susceptibilité particulière du malade ne sont pas mesurées.

Il nous paraît aussi ressortir de ce tableau clinique que l'amaigrissement produit par la médication thyroïdienne pourrait bien n'être qu'une conséquence d'un certain degré d'intoxication. Il est en effet assez curieux de trouver signalée par Notthaft la présence du sucre dans l'urine de son client. L'amaigrissement, dans le cas particulier, n'aurait-il pas été le fait du diabète créé par les extraits thyroïdiens ingérés en excès et, par suite, ne devrait-il pas être considéré comme un signe morbide? (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1898, observ., p. 350 et passim.)

De l'influence du sucre sur la fatigue musculaire. — J. Prantner et R. Stowasser ont étudié le rôle du sucre comme aliment de l'homme et des animaux ayant à fournir de pénibles travaux. Il faut remarquer que, dans les mon-

tagnes de Styrie (Gratz), les charretiers, ainsi que Birnie l'avait noté à Cuba, ont l'habitude de donner du sucre à leurs chevaux. Il faut remarquer également que les chasseurs et les guides en font souvent usage pour leur propre compte sur les hauts sommets.

Expérimentant sur eux-mêmes, ces auteurs ont cherché à apprécier exactement l'influence de l'absorption de 30 grammes de sucre sur la somme de travail produit et la résistance à la fatigue, et ils sont arrivés à cette conclusion que le sucre permettait d'accomplir un travail plus considérable sans augmenter la fatigue. A travail égal ils ont constaté dans les urines une déperdition d'azote bien moindre, en faisant usage du sucre.

Ils pensent que le sucre peut rendre des services comme aliment chez les soldats en campagne, les personnes adonnées aux sports, les ascensionnistes, etc. Ils rappellent que Bossi a déjà attiré l'attention sur le rôle du sucre, dans le cas de faiblesse des contractions lors de l'accouchement. (*Centr. f. Inn. med*, 1899, n° 7.)

THÉRAPEUTIQUE

De la médication bromurée

Par le docteur P. Jamot.

L'intérêt de plus en plus vif que portent les praticiens à tout ce qui touche la thérapeutique, nous a fait suivre avec la plus vive curiosité toutes les communications faites depuis quelques années dans les divers congrès médicaux et en particulier tout récemment à la Société de biologie au sujet des effets thérapeutiques comparés du bromure de potassium et du bromure de strontium.

Si des maîtres éminents comme Legrand du Saulle, A. Voisin et J. Falret ont été les intronisateurs du bromure de potassium en France, les neuropathologistes les plus illustres se sont faits depuis les vulgarisateurs de leurs doctrines, et on est obligé de constater que le bromure de potassium est demeuré quand même le remède souverain dans le traitement des maladies nerveuses en général, de l'épilepsie en particulier. Tout récemment, M. Jules Voisin pouvait encore écrire : « De tous les médicaments internes employés jusqu'à ce jour contre l'épilepsie, le bromure de potassium est celui qui rend les plus grands services (1). »

Mais c'est le propre de la science de ne pouvoir jamais s'en tenir à un résultat acquis, d'être toujours à la recherche du mieux. La parfaite innocuité des sels de strontium et leur tolérance par certains estomacs moins sympathiques aux autres bromures, déjà constatée par Germain Sée, Constantin Paul (2) et Dujardin-Beaumetz (3), dont les observations concordent avec celles de Vulpian, a été bien mise en relief après eux par M. Laborde (4). Plus récemment, revenant sur le même sujet (5), M. Laborde, avec sa compétence incontestée, montrait que le bromure de strontium, à haute dose, donnait les résultats les plus favorables dans l'épilepsie. Jamais, avec le bromure de strontium, il n'a constaté d'accidents de bromisme.

L'épilepsie n'est pas seule justiciable des sels de strontium et, sans remonter jusqu'aux expériences si probantes de Germain Sée, on connaît l'utilité des sels de strontium dans les affections de l'estomac, des reins et du cœur. Dans les dyspepsies gastro-intestinales, l'usage du bromure de strontium régularise la digestion, fait disparaître les douleurs si elles existent (la gastralgie et l'entéralgie), et enfin dissipe les flatuosités qui constituent un des principaux inconvénients de ces dyspepsies.

Dans la thérapeutique, si pauvre, des altérations rénales et de l'albuminurie, l'usage des sels de strontium et particulièrement du bromure est un auxiliaire puissant. Par l'administration de ce médicament on diminue notablement les proportions d'albumine, souvent même elle arrive à disparaître ; la dyspepsie, la céphalalgie, qui indiquent un commencement d'intoxication urémique, s'atténuent, les œdèmes cessent de se produire.

Enfin, le bromure de strontium est particulièrement indiqué chez les individus atteints d'affection du cœur, chaque fois que l'éréthisme de l'organe, les palpitations, les crises d'étouffements nécessitent l'emploi d'un sédatif.

Les justes méfiances du praticien, si grandes à l'égard de la pureté du bromure de potassium, se sont montrées plus ombrageuses encore, et avec raison, à l'égard de la pureté des sels de strontium, toujours si difficiles à isoler des sels de baryte dont la toxicité est à redouter. On a en effet signalé des accidents à la suite d'ingestion de sels de strontium ; mais le médicament employé avait il été soumis au procédé d'analyse signalé par M. Dujardin-Beaumetz, et qui eût peut-être amené la découverte d'une certaine proportion de baryte ?

De ces faits découle une double conclusion :

La première affirme une fois de plus l'efficacité et la supériorité du bromure de potassium, lorsqu'il est bien préparé, dans le traitement des maladies nerveuses, supériorité qu'un passé expérimental de près de trente ans a déjà démontrée.

Une seconde conclusion s'impose d'une manière non moins évidente, qui propose à la thérapeutique le bromure de strontium, comme un succédané du bromure de potassium, dans le cas où l'estomac du malade tolère mal le bromure de potassium donné pendant longtemps.

Mais la préparation du bromure de strontium exige des soins tous particuliers ; les résultats obtenus, dans la préparation du bromure de potassium, par les procédés de Henry Mure, ont montré que, mieux que tout autre, il était capable de préparer un produit qui, en donnant toute sécurité au praticien, assurerait au malade impatient du bromure de potassium, le soulagement qu'on n'avait pu obtenir de ce dernier remède.

Aussi, la préparation à base de bromure de strontium de Henry Mure est-elle d'une pureté irréprochable. La perfection qu'il a atteinte dans la préparation du bromure de potassium est d'ailleurs garante de ce que peut être le bromure de strontium qu'il offre aujourd'hui à toute victime d'une névrose.

Chaque cuillerée de sirop Henry Mure, au bromure de strontium, contient comme le sirop au bromure de potassium 2 grammes de sel chimiquement pur.

On voit les immenses services que peut rendre dans la pratique médicale le sirop de Mure au bromure de strontium, le bromure de potassium demeurant toujours son auxiliaire le plus puissant.

(1) J. Voisin. *L'épilepsie*, p. 381, Paris 1897.
(2) G. Sée, C. Paul. Acad. de méd., 28 juillet 1891.
(3) Dujardin-Beaumetz. Soc. de thérap., nov. 1894.
(4) Laborde. Soc. de biol., 5 déc. 1891.
(5) *Ibid.*, 6 mai 1899. — *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 69.

FORMULAIRE

Zona.

Appliquer sur l'éruption la préparation suivante :

	Chlorhydrate de cocaïne.	20 centigrammes.
	Oxyde de zinc.	5 grammes.
	Amidon	10 —
	M. S. A.	
Ou :	Acide borique.	2 grammes.
	Oxyde de zinc.	4 —
	Glycérolé d'amidon.	30 —
	M. S. A. — Pommade.	

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1899. — Présidence de M. PANAS.

RAPPORTS

Éruptions vaccinales. — M. HERVIEUX, à propos d'un travail de M. le docteur Carteret, intitulé : « Étude sur les éruptions mal caractérisées de la vaccine et leur signification, » s'attache à démontrer que la fausse vaccine n'est que de la vaccine vraie, en s'appuyant sur les expériences de l'auteur.

Ces expériences ont consisté à recueillir, sur un certain nombre de soldats, le liquide que l'on considérait autrefois comme de la fausse vaccine et à l'inoculer à une génisse, puis à inoculer une seconde génisse avec le vaccin recueilli sur la première, pour s'assurer si, dans ce second passage, le vaccin avait conservé toute sa virulence. Une troisième expérience eut pour but de transporter sur des enfants et sur des adultes le vaccin fourni par la seconde génisse, et, dans ces différents cas, on acquit la preuve que le vaccin primitivement prélevé sur des boutons de fausse vaccine, avait récupéré toutes ses qualités virulentes. La fausse vaccine n'est donc en réalité que de la vaccine vraie, puisque, malgré son développement imparfait, elle peut, ou bien fournir au sujet qui la reçoit le complément d'immunité qui lui manque, ou bien, s'il en est complètement dépourvu, la lui restituer tout entière.

Radioscopie et radiographie. — M. LABORDE fait un rapport sur les rayons X, la radioscopie et la radiographie, à propos des communications et des présentations faites par MM. Oudin et Barthélemy.

Médication créosotée. — M. BUCQUOY analyse un travail de M. Savoire ayant pour titre : « Essais thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire au moyen de doses élevées de créosote, » dont voici les conclusions :

1° La toxicité de la créosote est très faible, inférieure à 1 gramme par kilogramme d'animal.

2° L'administration thérapeutique de doses de créosote s'élevant à 6 et 10 grammes et même dans un cas particulier à 15 grammes par jour pendant plusieurs mois, n'a provoqué aucun trouble des voies digestives, circulatoires ou urinaires (sauf la coloration noire des urines, qui pour l'auteur n'a aucune signification pathologique).

3° Elle a produit, au contraire, une augmentation notable de l'appétit et de la nutrition, se traduisant par l'augmentation de poids; des modifications rapides et profondes de la toux, des sueurs, de la fièvre et surtout de l'expectoration; la disparition des bacilles dans un grand nombre de cas; une amélioration notable du malade et parfois la guérison qui se maintint pendant une période de temps plus ou moins longue.

Il ne faut pas craindre, ajoute M. Bucquoy, comme on le fait trop souvent, l'action irritante de la créosote sur l'estomac, à moins qu'on n'ait affaire à un estomac déjà malade. Si en cours de phtisie les contre-indications sont nombreuses, la créosote n'en reste pas moins un excellent remède de la dyspepsie prétuberculeuse.

Étiologie de la tuberculose pulmonaire. — M. CATRIN fait, à ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

L'hérédité de la tuberculose n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée.

La région du nord de la France présente certaines particularités relatives à la tuberculose. Le premier corps d'armée est celui qui a la morbidité tuberculeuse la plus faible.

L'évolution de la tuberculose est particulièrement lente dans la région du Nord.

La constitution, le tempérament, la race jouent-ils un rôle dans ce ralentissement du processus tuberculeux ? Cela est à croire. Elle ne peut être expliquée, en effet, par une meilleure hygiène, les conditions hygiéniques étant, au contraire, très défectueuses dans la région.

Cette longue durée de l'évolution de la phtisie dans le Nord a pour conséquence la grande abondance des tuberculeux, mais elle laisse espérer de plus grands succès thérapeutiques là que partout ailleurs, puisque la cure aura ce grand auxiliaire, le temps.

Traitement des affections pulmonaires par les injections intra-trachéales d'huiles volatiles. — M. MENDEL fait connaître un traitement des affections broncho-pulmonaires et, en particulier, de la tuberculose, basé sur les propriétés bactéricides des huiles volatiles. Son choix s'est porté sur les essences de thym, d'eucalyptus et de cannelle, employées, les trois ensemble, en solution dans l'huile d'olive stérilisée à la dose de 5 grammes de chacune pour 100 centimètres cubes et injectées dans la trachée. A ces substances il joint, suivant les cas, le bromoforme (5 centigrammes p. 100), l'iodoforme (5 p. 100), le gaïacol (5 p.100) et le menthol (2,50 p. 100). L'injection intra-trachéale qui a déjà été employée par quelques médecins, est facile à pratiquer sous le contrôle du miroir laryngoscopique, et ne provoque pas le moindre réflexe, ni le moindre accès de toux, car la muqueuse trachéale est fort tolérante, et les zones réflexigènes, comme l'épiglotte et le vestibule du larynx, ne sont pas touchées par le liquide.

M. Mendel a traité par cette méthode 18 malades, dont 16 tuberculeux, une bronchite aiguë et une dilatation-bronchique; il pratiquait chaque jour une injection intra-trachéale de 9 centimètres cubes en trois seringues consécutives : ses malades ont suivi ce traitement de quinze jours à deux mois ; quelques-uns sont encore en traitement.

Au point de vue symptomatique, les résultats sont la diminution ou la disparition très rapide de la toux et de l'expectoration, le retour du sommeil, de l'appétit et des forces, l'augmentation du poids. L'auscultation ne fait pas constater de modification sensible chez les tuberculeux du premier degré; par contre, chez ceux qui présentent des râles humides ou caverneux, on constate en huit ou quinze jours la diminution considérable ou même la disparition totale de ces râles humides; en d'autres termes, l'assèchement rapide des bronches et des cavernes.

En définitive, il s'agit ici d'une inhalation intense qui s'effectue au sein même des organes respiratoires, puisque l'huile injectée descend en suintant dans la trachée et s'étale au niveau de la bifurcation des bronches. Les émanations volatiles se dégagent, saturent l'air intra-pulmonaire et vont influencer la muqueuse respiratoire, aussi loin que pénètre l'air. D'où disparition des râles humides.

Si la submatité, la diminution respiratoire, les craquements, signes de début, ne varient pas, c'est que vraisemblablement les lésions correspondantes se trouvent en dehors du courant d'air respiratoire, mais ce traitement guérit la congestion spécifique qui les circonscrit.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine (1), sous la direction de POIRIER et CHARPY.

Voici enfin l'ouvrage de MM. Poirier et Charpy qui se complète, mais à quand les trois fascicules qui manquent encore : les *Lymphatiques*, les *Annexes du tube digestif*, les *Organes génito-urinaires* ?

(1) T. III, fasc. III. — 1 vol. gr. in-8° de 480 p., avec fig., la plupart en couleurs. Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le volume qui vient de paraître traite des *nerfs craniens et rachidiens*. Cette partie de l'anatomie si compliquée, pour les nerfs craniens du moins, a été rendue tout à fait claire par le nombre et la perfection des figures et des schémas explicatifs. A côté de vues générales, nous voyons le souci continu du détail ; les rapports sont étudiés avec développement et précision.

L'étude des nerfs rachidiens, due à M. Soulié, est de tous points excellente ; nous y aurions désiré toutefois un peu plus de figures.

Donnons un éloge sans réserve à la façon si heureuse dont M. Cunéo a su décrire les *nerfs craniens*, en faisant précéder chacun d'eux de l'examen rapide de ses origines *réelles*. Le lecteur, l'étudiant particulièrement, peut ainsi se faire, en quelques instants, une idée très nette de cette importante question.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement (séance du 19 juin) : MM. Brindeau, 18 ; Schwab et Wallich, 17 ; Macé, 15.

Institution nationale des sourds-muets. — Le mouvement que nous avons annoncé mardi dernier était dû à la mise à la retraite de notre excellent confrère et ami M. Ladreit de La Charrière, atteint par la limite d'âge. Il laissera les plus vifs regrets aux sourds-muets, où il a passé trente-sept ans d'une carrière toute d'honneur et de dévouement aux malades.

Guerre. — Le ministre de la Guerre a décidé, à la date du 16 juin 1899, que le nombre des médecins de la réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1899, serait fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

Réserve. — Médecins-majors de deuxième classe, 5 ; médecins aides-majors de première classe, 40 ; médecins aides-majors de deuxième classe, 348. — Total, 393.

Armée territoriale. — Médecins-majors de deuxième classe, 30 ; médecins aides-majors de première classe, 120 ; médecins aides-majors de deuxième classe, 121. — Total, 271.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués sur le territoire du corps d'armée ou du gouvernement militaire auquel ils appartiennent par leur affectation de mobilisation.

Leur convocation est assurée par le directeur du service de santé de chaque corps d'armée ou gouvernement militaire dans les conditions déterminées par l'instruction du 28 décembre 1898 sur l'administration des officiers de réserve et de l'armée territoriale. (Dispositions spéciales au service de santé militaire, articles 16, 17 et 18.)

C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

Dans ce cas, les demandes instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée qui les transmet, s'il les accepte, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

Ce général statue sur les demandes qui lui sont adressées après avoir pris l'avis du directeur du service de santé de son corps d'armée.

Il y aura lieu de convoquer d'autres médecins, autant que possible du même grade, à la place de ceux qui auraient obtenu, en renonçant à leur solde, un changement de lieu de convocation.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale convoqués pour une période d'exercices sont instruits et notés conformément aux prescriptions de l'instruction précitée du 28 décembre 1898. (Dispositions spéciales au service de santé, articles 19, 23 et 24.)

— M. Chavier, médecin-major de première classe au 29e d'infanterie, est désigné pour le recrutement de la Seine. — M. Guegan, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, désigné pour le 19e dragons, est maintenu aux hôpitaux de ladite division. — M. Crepet, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour le 19e dragons. — M. Descorps, médecin-major de deuxième classe au 24e d'artillerie, désigné pour le 18e d'infanterie, est maintenu au 24e d'artillerie.

Marine et Colonies. — Par décision ministérielle du 16 juin 1899, M. de Gouyon de Pontouraude, médecin de première classe du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer sur le *Troude*, actuellement à Terre-Neuve, M. le docteur Hervé.

MM. Porquier et Palasme de Champeaux, promus médecins de première classe, sont maintenus, dans leur nouveau grade, le premier au 3e régiment de tirailleurs tonkinois, le second au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest.

— Liste d'embarquement de MM. les officiers du corps de santé de la marine, à la date du 20 juin 1899 :

MM. les médecins en chef Danguy des Déserts, Manson, Geoffroy, Dhoste, Fontorbe, Jacquemin, Barret, Burot.

MM. les médecins principaux Bourat, Nodier, Ludger, Abelin, Laurent, Gayet, Brémaud, Kermorvant.

MM. les médecins de première classe, Fallier, Vinas, Lallour, Théron, Chové, Bourdon, Plagneux, Richer, de Forges, Gandelin, Michel, Aubry, Duville, Coppin, Gaillard, Branzon-Bourgogne, Liton, Thamin, Keisser, Bonnefoy, Martenot, Audibert, Du Bois-Saint-Sévrin, Martine, Salaün, Layet, Pons, Depied, Bonain, Dumas, Martel, Morel, Gombaud, Denis.

MM. les médecins de deuxième classe Préboist, Porre, Micholet, Battarel, Audibert, Camus, Hamon.

Mission. — M. le ministre de l'intérieur vient de donner à M. le docteur Vignes la mission d'étudier l'organisation et le fonctionnement des services ophtalmologiques dans les hôpitaux en Angleterre.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Ce prix, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : « Indications, procédés et résultats de la provocation et de la terminaison artificielles rapides de l'accouchement. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, avant le 30 avril 1900. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Commerce et Industrie. — Par arrêté ministériel, sont nommés membres de la Commission d'hygiène et de physiologie chargés de suivre les concours internationaux d'exercices physiques et de sports en 1900, MM. les docteurs d'Arsonval et Chauveau, de l'Institut ; Fr. Franck, Gley, Héricourt, Lamy, Lemaire, Langlois, Nocard, Perreau, Max Posth, Charles Richet et Eugène Rochard.

Les propriétés de l'Assistance publique à Paris. — L'administration de l'Assistance publique possède à Paris un

grand nombre de terrains qui sont inutilisés, ou d'un rapport presque nul. Dernièrement, au Conseil municipal, M. Mithouard a proposé de les mettre en valeur en y construisant des logements à bon marché. On pourrait ainsi, en même temps, faire fructifier l'argent destiné aux pauvres et faire une œuvre utile à la population ouvrière. Dans plusieurs villes d'Europe les administrations de bienfaisance se sont depuis longtemps livrées à des œuvres analogues.

La chirurgie dans les romans. — Dans un roman paru récemment chez Plon, le *Mal nécessaire*, d'André Couvreur, la vie d'un chirurgien parisien se trouve décrite avec un luxe de détails techniques remarquablement exacts, sinon bienveillants. Il semble que l'esprit de l'ouvrage soit proche de celui des *Morticoles* de L. Daudet. L'auteur, dans sa préface, dit que « certains esprits malins ne manqueront pas de chercher à mettre un nom sur la physionomie du héros du livre ». L'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux*, après une courte enquête, nous apprend que le héros existe en réalité et qu'il n'est autre que le docteur Doyen (de Reims). Il ne nous appartient pas de dire si le portrait est ressemblant.

A la mémoire de J. O'Dwyer. — Un comité de plus de quarante médecins représentant seize sociétés médicales de la ville de New-York, y compris les deux écoles de médecine, s'est constitué en vue d'honorer la mémoire de Joseph O'Dwyer. Le Comité, sous la présidence du docteur Geo. F. Shrady, a proposé de créer deux places de *Fellows en pédiatrie d'O'Dwyer*, appointés avec le revenu d'une somme de 30 000 dollars (150 000 francs), qu'on demandera à une souscription internationale.

Une commission de cinq membres examinera les titres des candidats et désignera les titulaires pour une période de deux années.

Comme les *Archives de médecine des enfants* qui rapportent cette nouvelle, nous trouvons qu'on ne saurait mieux honorer le promoteur du tubage en Amérique. Quand les Français feront-ils de même pour la mémoire de Bouchut?

Médication barbare contre la rage. — On connaît la médication (?) qui consistait à étouffer le malade entre deux matelas. M. le docteur Gélineau en cite une autre dans la *Chronique médicale*. Dans certaines provinces, il est d'usage de faire avaler des *écailles d'huîtres* pilées au malade.

L'auteur a été appelé autrefois à donner ses soins à un jeune paysan, auquel on avait fait manger une omelette contenant des fragments d'écailles d'huîtres. Il en fut naturellement très malade. Le chien qui l'avait mordu n'était d'ailleurs pas enragé. Ceci se passait dans le Nivernais.

MÉNORRHAGIE — *Apiol Joret et Homolle.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la bactériurie.

Par le docteur E. JEANBRAU, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

I

Définition. — La bactériurie (Roberts) ou microburie (Hogge) est caractérisée par l'émission d'urines contenant une très grande quantité de microbes, sans globules de pus, et sans autres symptômes cliniquement appréciables du côté des voies urinaires. Elle est donc fort différente de la pyurie, dans laquelle l'urine, chargée de pus, décèle l'inflammation aiguë ou chronique des reins ou de la vessie. Mais, comme la pyurie et l'hématurie, la bactériurie n'est qu'un symptôme, que des conditions étiologiques très diverses peuvent provoquer.

La bactériurie traduit l'infection vésicale, dont elle constitue le degré inférieur : l'urine seule est infectée, la vessie est exempte de toute inflammation. Presque toujours, en effet, le contenu vésical est seul chargé de microbes : l'urine qui s'écoule du rein est normale et devient bactérienne au fur et à mesure de son mélange avec celle de la vessie. Il s'agit alors, et c'est le cas habituel, de *bactériurie vésicale*. Mais on sait que, dans les maladies générales, il se fait quelquefois par les reins des décharges microbiennes : pendant quelques heures ou quelques jours, les urines contiennent des agents infectieux, sans globules de pus. Le rein et la vessie ne sont pas incommodés par cette filtration microbienne et ne réagissent pas. Ces *bactériuries rénales* sont passagères et cessent rapidement. Nous ne nous en occuperons pas. Mais, dans certaines maladies chroniques, elles deviennent permanentes, et l'urine reste définitivement bactériurique. Les bactériuries rénales persistantes qui s'accompagnent bientôt de bactériurie vésicale doivent, seules, être étudiées avec celle-ci.

A la vérité, cette distinction de bactériuries rénale et vésicale est jusqu'à présent presque purement théorique : nous verrons, en effet, que nous n'avons pas de moyen pratique pour les distinguer nettement. Toutefois nous pensons que ce cadre, qui, d'ailleurs, ne nous appartient pas, servira plus tard à classer les observations.

II

Historique. — C'est Roberts qui a, le premier, attiré l'attention sur cette question en 1881. Il avait observé plusieurs cas où l'urine était chargée de bactéries, au moment de la miction. Cette urine avait « un aspect opalescent particulier, indice d'un commencement de décomposition, et une odeur fortement désagréable rappelant celle du poisson pourri : sa réaction était acide et elle n'avait pas de tendance à subir la fermentation ammoniacale ». Dans un second travail, paru la même année, il classa les faits qu'il avait observés en quatre groupes :

1° Bactériurie avec décomposition de l'urine ;

2° Bactériurie avec décomposition ammoniacale de l'urine ;

3° Bactériurie sans décomposition de l'urine ;

4° Filaments en chaîne (chaîne de microcoques) avec décomposition de l'urine.

Roberts ajoute que l'examen microscopique montre que l'urine contient des bactéries très mobiles et que le repos ne lui rend pas sa transparence. Ces modifications de l'urine ne s'accompagnent pas de symptômes, « mais il peut y avoir un peu de prurit autour des organes génitaux et un peu de fréquence de la miction. » Des observations de Roberts, il résultait en somme que l'urine pouvait renfermer un grand nombre de bactéries avec un nombre insignifiant de globules de pus, sans modification de l'état général ni symptômes permanents de cystite. Les agents de ces bactériuries étaient pour Roberts des *bacterium termo*.

Cinq ans plus tard, en 1886, Shottelius et Reinhold communiquèrent une observation de bactériurie : il s'agissait d'un malade atteint d'une lésion cardiaque, ne présentant pas de symptômes de cystite ou de pyélo-néphrite et dont l'urine, acide et trouble, contenait de grandes quantités de bacilles.

En 1888, paraissent les leçons cliniques de Ultzmann qui consacrent définitivement la bactériurie. Cet auteur dit que, le plus souvent, on a affaire aux « bactéries de la putréfaction » qui pullulent dans l'intestin : la prostatite blennorragique ouverte dans le rectum et pouvant s'accompagner d'infection ultérieure de la vessie serait une des lésions intermédiaires. Il incrimine aussi le paludisme et comme causes occasionnelles, la dissection des cadavres « dans des salles mal ventilées » et déjà il affirme que des microbes peuvent se rencontrer dans l'appareil urinaire de personnes n'ayant jamais été sondées.

Runeberg communique en 1891, à la Société des médecins finlandais, un cas de bactériurie à coli-bacilles. De même, en 1893, Max Melchior, dans son étude sur les cystites et l'infection urinaire, ajoute une observation nouvelle de coli-bactériurie.

Mais c'est à Ali Krogius, d'Helsingfors, que l'on doit la première étude d'ensemble de la bactériurie, qu'il est le premier à avoir définie et dont il a tenté de préciser les caractères différentiels et la pathogénie. « La bactériurie, telle que je la comprends ici, dit Krogius, au début de son travail, est caractérisée d'une part par la présence de bactéries en très grande quantité dans l'urine fraîchement émise, et d'autre part, par l'absence de symptômes prononcés d'un processus inflammatoire des voies urinaires. » Il ajoute ensuite qu'il élimine de la question les cas où la bactériurie n'est qu'un symptôme développé au cours d'une néphrite infectieuse ou d'une maladie générale. Il base son étude sur huit observations, dont sept lui sont personnelles et rapporte enfin un cas publié en 1892 par Thor Stenbeck dans lequel l'urine ressemblait à « une culture de bactéries dans du bouillon ». L'autopsie montra qu'il n'éxistait ni cystite, ni néphrite.

Melchior et Golberg citent peu après de nouveaux cas de bactériurie. Et en 1896, Hogge, se basant sur huit observations nouvelles, étudie soigneusement les conditions pathogéniques de cette affection et en précise, d'après les données de la pathologie générale, les diverses conditions étiologiques. Son travail est un des plus clairs et des plus complets parmi ceux qui ont été écrits sur la question et nous nous en sommes souvent inspiré pour rédiger cette étude. A la même époque, Nikolaysen, Trumpp, Clopatt, Markownikoff et Filatoff citent des cas de bactériuries chez l'enfant.

En 1897, Rovsing, dans ses études cliniques et expérimentales sur les affections infectieuses des voies urinaires, consacre un chapitre à la bactériurie et insiste sur ce fait qu'elle est le plus souvent due au coli-bacille et qu'elle apparaît avec prédilection chez les prostatiques rétentionnistes obligés d'avoir recours au cathétérisme. Il se base même sur la bénignité de cette affection pour refuser au coli le pouvoir infectieux que tous lui reconnaissent aujourd'hui.

En 1898, MM. Albarran, Hallé et Legrain, dans leur rapport à l'Association française d'urologie, ont résumé les notions acquises sur ce sujet et MM. Escat et Carlier ont communiqué deux cas nouveaux auxquels sont venus s'ajouter récemment celui de Masius et Nolf (*bacillus subtilis*) et ceux de Krogius (*staphylocoque et proteus vulgaris*) et d'Imbert et Gaujon (*coli-bacille*).

III

Caractères des urines. — A. Caractères physiques. — Recueillies aseptiquement, après lavage de l'urèthre antérieur et postérieur et écoulement du premier jet, les urines bactériuriques ont un *aspect* absolument caractéristique sur lequel tous les auteurs, depuis Roberts, s'accordent parfaitement. Elles sont troubles, uniformément troubles à l'émission : examinées en pleine lumière, ce trouble est dû à « une opalescence particulière, scintillante », qui donne au liquide un « reflet chatoyant ». Si on agite le vase qui les contient, elles sont moins mobiles que normalement et il se produit un tourbillonnement de nuages blanchâtres, comme si « une poudre fine et légère était en suspension dans le liquide ». Dans les trois cas de Krogius, dus l'un au *proteus vulgaris*, les deux autres au *staphylocoque blanc* l'opalescence existait à l'exclusion de ce dernier caractère.

Ce trouble ne disparaît pas par le repos, ce qui rapproche les urines bactériuriques des urines rénales. Mais l'accentuation de ce trouble qui persiste dans toute la hauteur de l'urine, sans donner lieu à la formation de dépôt, permet d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une urine purulente. La centrifugation même ne l'éclaircit pas complètement, et le louche ne disparaît qu'après filtration sur porcelaine. Toutefois, en additionnant l'urine de parties égales d'alcool absolu, et en procédant ensuite à la centrifiguration, on obtient tout le « sédiment microbien » (Hallé).

L'*odeur*, dans presque tous les cas, est fétide, nauséabonde, rappelant le « poisson pourri » (Roberts), persistante, incommodant le malade lui-même, au point que, dans plusieurs cas, ce seul symptôme a obligé le malade à se montrer au médecin. Très rarement, et les cas de Krogius, Rovsing et Hogge en sont des exemples, les urines bactériuriques étaient sans odeur. Dans aucune observation, elles n'avaient l'odeur ammoniacale.

La *réaction* est, en règle générale, acide au moment de l'émission et persiste ainsi pendant les jours suivants. Elle était neutre dans les cas de Melchior, Hallé et Markownikoff, et alcaline dans celui de Hogge. Dans tous les cas où elle était acide, l'infection était due au coli-bacille qui ne détermine pas, comme on l'admet généralement, la transformation ammoniacale lorsqu'il est isolé.

B. Caractères microscopiques. — Une goutte d'urine portée sous le microscope décèle la présence d'une quantité très considérable de microbes. Mais ici deux cas se présentent : dans le premier, l'urine contient seulement des microbes qui y ont pullulé avec une extrême abondance, à l'exclusion de cellules épithéliales, de globules de pus, de caillots sanguins ou de filaments. L'urine est alors absolument comparable à un bouillon de culture et doit uniquement aux agents infectieux son aspect chatoyant. C'est le cas le plus rare : il s'agit alors de *bactériurie* ou de *microburie pure* (Hogge). Habituellement, on trouve dans l'urine quelques globules de pus, associés ou non à des cellules épithéliales : on est alors en présence d'une *bactériurie mixte*, dans laquelle l'infection vésicale a donné lieu à un intermédiaire entre la microburie proprement dite et la pyurie. L'existence de quelques globules blancs trahit alors une inflammation ancienne ou légère des voies urinaires. Il y a là évidemment des termes de transition qu'il est quelquefois difficile d'apprécier avec netteté ; mais il n'en est pas ainsi d'ordinaire : l'aspect microscopique des urines chargées de microorganismes avec quelques rares leucocytes ne saurait à aucun degré, en général, prêter à la confusion avec les urines des cystites chargées de globules blancs en abondance : ce sont deux aspects nettement différents.

C. Caractères bactériologiques. — Au point de vue bactériologique, c'est le coli-bacille qui est l'agent habituel de cette affection.

Sur 67 cas dans lesquels les recherches bactériologiques ont précisé l'élément infectieux et que nous avons pu réunir, on a trouvé :

- dans 56 cas, le coli-bacille ;
- dans 7 cas, le staphylocoque blanc (dont une fois associé au streptocoque) ;
- dans 1 cas, le streptocoque ;
- dans 1 cas, le proteus vulgaris associé à du staphylocoque ;

dans 1 cas, le bacillus subtilis (Masius et Nolf);
dans 1 cas, de gros micrococues (Hallé).

Des micrococues et le bacterium termo ont été trouvés par Roberts. Toutefois, l'isolement par les cultures n'a pas été fait chaque fois; on ne peut donc dire si, dans tous ces cas, il n'y avait qu'une seule espèce microbienne. Mais cette statistique montre bien que le coli-bacille est l'agent habituel de la bactériurie, comme il est l'agent habituel de la cystite et de toutes les infections urinaires.

D. Caractères chimiques. — Ces caractères sont insuffisamment connus. Il est très vraisemblable que l'urine bactériurique doit posséder des qualités nutritives anormales pour permettre aux microbes de se développer en aussi grande abondance. Mais à l'heure actuelle, il est encore impossible de dire quelles sont les modifications chimiques qui correspondent à cet état particulier.

Dans aucun cas, nous n'avons trouvé noté la présence du sucre : l'albumine existait dans près d'un sixième des cas, mais était toujours due à une néphrite antérieure ou concomitante ou à un rein cardiaque. Comme le font remarquer Krogius et Hogge, il se peut que l'albumine, en augmentant le pouvoir nutritif de l'urine, soit une condition favorisante pour la bactériurie.

L'acidité des urines microburiques, acidité qui est la règle à peu près générale, exclut les transformations secondaires à la fermentation ammoniacale et la précipitation des sels normalement dissous. Toutefois un cas de Hogge était une exception remarquable. Les urines, riches en « micrococues groupés en staphylococues », étaient extrêmement alcalines, et renfermaient en abondance des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, des carbonates et des phosphates amorphes.

En somme, on voit que plusieurs espèces microbiennes, coli-bacille, streptocoque, staphylocoque, proteus de Hauser, peuvent pulluler seuls ou associés, dans l'urine acide, exempte de fermentation ammoniacale, et sans donner lieu à la précipitation des sels. Mais nous ne connaissons pas encore quelles sont les modifications chimiques qui rendent l'urine assez nutritive pour permettre qu'elle soit ainsi transformée en un véritable bouillon de culture.

IV

Étude symptomatique. — En dehors des caractères pathologiques des urines, il n'existe assez souvent aucun symptôme vésical : l'état général n'est en rien altéré, et il semble que la pullulation des microbes dans le réservoir urinaire soit parfaitement compatible avec l'état de santé normal. La vessie supporte silencieusement l'infection, comme dans les maladies générales qui s'accompagnent d'éliminations microbiennes par les reins ou d'altérations chimiques des urines. Il n'existe pas de besoin impérieux et les mictions ne sont ni fréquentes ni douloureuses. Et le malade, dans certaines observations, ne s'est présenté au médecin que pour se débarrasser de l'odeur nauséabonde de ses urines.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi et les urines bactériuriques peuvent s'accompagner de symptômes locaux ou généraux, d'intensité variable, quelquefois transitoires, d'autres fois permanents et qui relèvent d'affections antérieures ayant déterminé ou favorisé l'infection vésicale. Ces symptômes disparaissent en même temps que la bactériurie et reparaissent avec elle.

Enfin, il peut exister des cas où manifestement la bactériurie n'est qu'un symptôme associé, surajouté à une affection locale ou générale, sans qu'il soit possible de préciser la relation qui les relie l'une à l'autre.

Trois cas peuvent donc se présenter :

1° Bactériurie sans symptômes accessoires : bactériurie essentielle.

2° Bactériurie accompagnée de symptômes locaux ou généraux.

3° Bactériurie associée à une autre affection locale ou générale.

A. Cas de bactériurie essentielle, sans symptomes vésicaux. — Ils sont les plus fréquents : le contenu vésical est infecté sans la moindre lésion inflammatoire de la vessie. Sur les huit malades de Krogius (1894), six ne présentaient aucun phénomène local ou général. Plusieurs avaient eu des signes de cystite, mais ceux-ci avaient complètement disparu, en laissant seulement l'opalescence et l'odeur nauséabonde des urines. Rovsing insiste également sur l'absence de symptômes cystitiques et rapporte même trois cas dans lesquels l'urine n'avait aucune odeur. Dans quatre des observations de Hogge, qui sont des exemples très nets de bactériurie, la pullulation bactérienne existait à l'exclusion de tout autre phénomène, et parmi les trois derniers malades de Krogius (1898), deux étaient dans le même cas. Le malade d'Escat, qui peut être pris pour type de cette affection, avait seulement l'éjaculation douloureuse, indice d'une uréthrite chronique postérieure ; chez celui d'Imbert, dont l'urine ressemblait à un véritable bouillon de culture, les mictions étaient absolument normales, non douloureuses, et la vessie se vidait bien.

Mais en suivant les malades, on peut observer que, sous des influences diverses, des poussées de cystite ou même des phénomènes généraux peuvent survenir pour disparaître bientôt en laissant comme vestige des urines bactériuriques. La période pendant laquelle l'infection est strictement limitée au contenu vésical est donc, pour ainsi dire, une période de tolérance. Cette période peut durer très longtemps ; mais elle peut être coupée par des accidents inflammatoires des voies urinaires.

B. Cas de bactériurie accompagnée de symptomes locaux et généraux. — Certaines bactériuries débutent nettement par des phénomènes d'infection urinaire et ne s'affranchissent pas complètement de leurs caractères. Elles tiennent le milieu entre la bactériurie proprement dite et la cystite ou la cysto-néphrite, dont elles diffèrent par l'absence ou la faible proportion de globules de pus dans les urines, relativement à la quantité des agents microbiens.

D'autres, précédées de cystite, aboutissent insensiblement par affaiblissement progressif des symptômes locaux à la microburie. Mais même lorsque ces derniers persistent à un degré léger, les caractères de l'urine diffèrent complètement de ceux des urines purulentes. Ils sont, d'autres fois, sous la dépendance d'uréthrite postérieure, d'hypertrophie prostatique, de prostatites chroniques : ces lésions diverses, indépendantes cliniquement de l'infection vésicale, expliquent suffisamment la fréquence, le retard, la lenteur ou même la douleur des mictions, que l'on trouve notées dans certaines observations et que Hogge a rapportées à leur véritable cause.

L'incontinence d'urine peut être le seul symptôme associé à la bactériurie, en particulier chez les enfants. Chez quatre petites filles de sept ans et demi à treize ans, qui présen-

taient de l'incontinence d'urine, et dont une seule accusait de la douleur à la miction, Lyder Nicolaysen trouva le colibacille en grande abondance dans l'urine retirée aseptiquement de la vessie. Mais il est bien difficile, malgré l'affirmation de Rovsing, de dire si la bactériurie résulte de l'incontinence.

Les troubles généraux, bien qu'insuffisamment précisés dans beaucoup d'observations, signalés par Krogius, Rovsing et Hogge, consistent principalement dans des troubles digestifs et nerveux. La fièvre se montre quelquefois, avec les caractères d'intermittence ou de rémittence de l'infection urineuse. La cessation de ces troubles parallèlement à celle de la bactériurie, sous l'influence d'un traitement approprié, montre la filiation des accidents.

C. Cas ou la bactériurie est associée a une lésion locale de voisinage ou a une affection générale. — Enfin, dans certaines observations, on trouve que la bactériurie est associée à des phénomènes locaux ou généraux, dont elle semble nettement être la conséquence : elle occupe alors le second plan dans le tableau clinique. Quatre malades de Rovsing étaient cancéreux : deux d'entre eux avaient un cancer du rein, le troisième un cancer de la vessie, le dernier un cancer du côlon ascendant. La bactériurie alternait ou coexistait avec des hématuries, mais l'urine contenait toujours des globules de pus.

D'autres fois, une néphrite paraît être la lésion primitive; cela était très net dans le cas de Pedenko : un individu eut un phlegmon du poignet avec nécrose des os, consécutif à une plaie infectée par le staphylocoque; une néphrite secondaire en fut la conséquence et donna lieu à une bactériurie rénale, une staphylococcurie, qui dura autant que la lésion origine de la néphrite. Dans six observations de Rovsing, une néphrite est la seule maladie notée dans les antécédents des malades qui, presque tous, n'ont jamais été sondés. Un autre, du même auteur, est atteint de *tabes dorsalis* et d'incontinence. Enfin, le malade de Masius et Nolf, dont l'urine albumineuse était chargée de *bacillus subtilis*, était un rhumatisant avec sclérose rénale. La bactériurie, disent ces auteurs, n'a été qu'un épisode dans les manifestations de l'artério-sclérose de ce malade.

Des phénomènes intestinaux graves, qui altèrent profondément l'état général, sont parfois accompagnés d'infection vésicale sans cystite. Markownikoff a observé un enfant de quinze mois, atteint de diarrhée fétide depuis deux mois et demi, avec œdème des membres inférieurs et de la bactériurie. Filatoff et Clopatt ont également observé des enfants atteints de diarrhée persistante compliquée de coli-bactériurie.

Mais de toutes les affections qui viennent compliquer la bactériurie, les deux plus fréquentes sont assurément les uréthrites postérieures et les prostatites chroniques. Dans un certain nombre d'observations de Runeberg, Krogius, Goldberg, Hogge, Escat, Imbert et Gaujon, les malades étaient depuis longtemps affectés de gonorrhée ou de prostatite et la bactériurie était venue ultérieurement compliquer l'une ou l'autre de ces affections.

V

Étiologie et pathogénie. — Les microbes qui sont responsables de la bactériurie nous sont connus : le colibacille est l'agent habituel de cette affection.

Quelles sont l'origine et la voie d'accès de ces microbes?

Pourquoi ces microbes cultivent-ils dans l'urine sans réaction inflammatoire de la vessie?

Pourquoi la bactériurie devient-elle permanente?

Tels sont les trois points qu'il faut déterminer pour établir la pathogénie de la bactériurie.

Les hommes sont plus fréquemment atteints de cette affection que les femmes : sur 55 malades, il y a seulement 20 femmes bactériuriques. Pour les mêmes raisons qui font que les maladies inflammatoires génito-urinaires sont rares dans l'enfance, les adultes en sont presque exclusivement atteints.

I. Origine et voie d'accès des microbes. — Les éléments infectieux pénètrent dans la vessie :

1° *Par invasion directe :* Dans ce cas, l'urèthre, l'uretère, des solutions de continuité anormales leur ouvrent trois portes d'entrée facilement franchissables;

2° *Par invasion indirecte :* Les microbes sont alors transportés par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques et arrivent sous l'épithélium vésical qu'ils doivent traverser pour tomber dans le réservoir urinaire.

Ce sont là les seules voies d'accès qu'aient les microbes pour pénétrer dans la vessie, et cette classification très simple, établie par Albarran, Hallé et Legrain, a le double avantage d'être complète et de présenter, par ordre de fréquence, les divers moyens de pénétration empruntés par les agents des infections vésicales.

a. Dans les cas de bactériurie publiés, on trouve qu'il s'agit, le plus souvent, d'une infection ascendante : les microbes sont venus par l'urèthre au cours d'uréthrite (12 fois), à la suite de cathétérismes pour rétention, chez des prostatiques, des traumatisés ou des opérés (9 fois), après une chute sur le périnée chez un vieux blennorragien (Hogge), un traitement endoscopique de l'urèthre postérieur (Krogius), une injection de sublimé après un coït, chez un individu atteint d'uréthrite subaiguë (Hogge); dans cinq cas au moins une prostatite chronique déversait, d'une façon continue, des microbes dans la vessie. De son côté, Schlifka insiste sur la fréquence d'uréthrite postérieure chez les bactériuriques.

b. Beaucoup plus rares sont les cas où l'infection s'est faite par les reins. Toutefois, on trouve un certain nombre de bactériuries développées chez des individus n'ayant jamais eu d'uréthrites ni subi de cathétérisme, et atteints de lésions rénales, que l'on a pu considérer comme cause de l'affection. Dans les deux observations de Rovsing, qui se rapportent à des pyélite et urétéro-pyélite, ayant guéri et laissé après elles de la bactériurie, la relation étiologique qui unit l'inflammation primitive à l'infection vésicale ne peut être mise en doute. Il en est de même dans le cas de Pedenko : il s'agit d'un malade qui eut, secondairement à une plaie du poignet infectée par le staphylocoque, une néphrite secondaire, qui donna lieu à de la staphylococcurie. Cette microburie cessa d'ailleurs lorsque guérit le foyer infectieux qui avait déterminé la lésion rénale. Mais on s'explique mal les cas où les seuls antécédents du malade se résument dans une néphrite interstitielle, comme dans plusieurs cas de Krogius et de Rovsing ou dans un cancer du rein (observations de Rovsing). Une malade de ce dernier auteur, qui était bactériurique et n'avait jamais été sondée, était atteinte d'un cancer du côlon ascendant avec rein amyloïde. Enfin, le malade de Rovsing, âgé de dix-neuf ans, néphrectomisé pour hydronéphrose d'origine traumatique, présentait de la bactériurie pure : ici encore

l'origine ne se conçoit guère sans l'hypothèse d'une autre cause que celle indiquée par l'auteur.

En réalité, la bactériurie rénale doit être rare, sauf dans les cas où une néphrite infectieuse, primitive ou secondaire, donne lieu à une élimination prolongée de microbes par les uretères. Quant aux cas dans lesquels il s'agit de néphrites interstitielles, ou de cancer du rein, ou de rein amyloïde, il est permis de penser qu'une cause surajoutée, uréthrale ou autre, est intervenue pour provoquer l'infection vésicale.

c. Nous n'avons trouvé que deux exemples qui répondent à la troisième variété d'infection directe : la pénétration microbienne à travers un orifice accidentel de la vessie. Dans le premier, il s'agit (Obs. XLVII de Rovsing) d'un cancer de l'intestin et de la paroi vésico-vaginale ; dans le second (Obs. XXXI de Rovsing) le malade présenta de la bactériurie après avoir eu une fistule uréthro-rectale secondaire à un rétrécissement de l'urèthre. Cette fistule pour laquelle on fit une urétrectomie suivie d'urétroplastie guérit avec une bactériurie persistante. Il est permis de penser que l'infection du contenu vésical s'était produite grâce au passage des coli-bacilles du rectum dans l'urèthre postérieur. Une femme de cinquante-trois ans, observée par Rovsing, atteinte d'une tumeur de la vessie, présentait également de la coli-bactériurie.

d. Nous arrivons maintenant à une catégorie très différente dans laquelle les microbes ont été apportés par les vaisseaux lympathiques ou sanguins sous l'épithélium vésical qu'ils ont ensuite traversé pour infecter l'urine. Cette voie indirecte qui était niée jusqu'à ces derniers temps, peut parfaitement être mise en cause. Reymond, par ses expériences et les observations de cystites survenues chez des malades atteintes de lésions pelviennes suppurées et n'ayant jamais été sondées, a prouvé que cette infection de voisinage était possible. Tous les foyers de péri ou de paramétrite, tous les abcès intra ou sous-péritonéaux arrivant au contact de la vessie ou rattachés à ses parois par des adhérences conjonctivo-vasculaires, peuvent être l'origine de cystites et Reymond en a rapporté un certain nombre qui s'étaient certainement développées dans ces conditions. Si la cystite peut ainsi être provoquée par des lésions de voisinage, il est permis de penser que la bactériurie que nous considérons comme un degré atténué de l'infection vésicale peut aussi reconnaître cette étiologie. Toutefois cette hypothèse établie par analogie n'est vérifiée par aucune observation : dans aucun des cas que nous avons pu réunir il n'est en effet permis d'attribuer à ce mécanisme l'infection vésicale. Toutes les femmes bactériuriques et atteintes de lésions pelviennes avaient été sondées et avaient présenté des phénomènes antérieurs d'uréthrite ou de cystite.

Nous citerons, pour être complet, la possibilité d'une infection générale provoquant l'infection vésicale par ce même mécanisme. Il n'en existe pas d'observation pour la bactériurie. Mais, comme il est admis à l'heure actuelle que la tuberculose vésicale se développe souvent dans ces conditions, il est impossible de rejeter cette hypothèse pour les autres agents infectieux.

II. Pourquoi y a-t-il infection vésicale sans cystite ? — Nous arrivons maintenant au point important. Pourquoi y a-t-il bactériurie sans cystite, lorsque des microbes ont déterminé l'infection vésicale ?

On sait, depuis que MM. Guyon et Albarran l'ont expérimentalement démontré, que la pénétration de microbes dans la vessie n'est suivie de cystite que s'il existe des conditions adjuvantes, telles que la rétention, la congestion, ou le traumatisme. On sait qu'une vessie saine et normalement contractile chasse les micro-organismes amenés par un cathétérisme septique, avant qu'ils aient eu le temps de provoquer l'inflammation de sa muqueuse. Il y a, en d'autres termes, infection avortée. C'est d'ailleurs également ce qui se passe quand une maladie générale s'accompagne de décharges microbiennes par les reins. Entraînés par les urines, les agents infectieux n'ont pas le temps de déterminer de la néphrite ou de la cystite.

Mais tout change si la vessie est traumatisée et sa muqueuse déchirée, si elle est congestionnée, ou si elle a un bas-fond rétro-prostatique dans lequel se fait de la stagnation ; les conditions ne sont également plus les mêmes lorsque l'urine est modifiée dans sa composition chimique, ou quand les microbes sont introduits dans le réservoir vésical à dose massive ou doués d'une virulence très grande. Qu'une ou plusieurs de ces conditions existent, et la pénétration de micro-organismes dans la vessie donnera certainement lieu à l'infection de son contenu. Mais cette infection présentera plusieurs degrés : dans le moins prononcé, l'urine seule sera infectée, la muqueuse restera intacte ; il y aura seulement bactériurie et suivant les cas coli-bactériurie, staphylococcurie, streptococcurie. A un degré plus marqué, il se produira une cystite avec pyurie, fréquence et douleurs des mictions. Telle est la conception qu'il est permis d'avoir, à l'heure actuelle, sur la bactériurie.

On voit donc que la bactériurie est un intermédiaire entre l'infection avortée et la cystite. On conçoit que si, dans le cours d'une cystite, les conditions adjuvantes de l'infection vésicale disparaissent, l'inflammation pariétale puisse disparaître, en laissant toutefois les microbes pulluler dans l'urine. De même et inversement, on comprend que la bactériurie puisse être le premier terme de toute une série d'accidents allant de la cystite, à la cysto-néphrite ascendante, si la rétention ou d'autres conditions adjuvantes viennent s'ajouter à celles qui ont permis l'infection primitive.

Grâce à ces notions de pathologie générale, qui demandent encore, du reste, des expériences confirmatives et complémentaires, nous pouvons maintenant comprendre la pathogénie de la bactériurie et chercher à préciser :

1° *Comment elle s'établit ;*
2° *Comment elle devient permanente.*

1° *Conditions favorisantes de la bactériurie.* — Il faut les chercher dans : 1° l'absence ou le faible degré des causes qui « diminuent la résistance de la vessie à l'infection locale » (Guyon) et qui sont : la rétention, la congestion et le traumatisme ; 2° dans la virulence atténuée des microbes ; 3° dans le terrain, c'est-à-dire l'ensemble des conditions physiologiques qui font qu'un individu est plus ou moins réfractaire aux infections.

a. Pour ce qui a trait aux premières de ces conditions, des examens cystoscopiques et une autopsie ont montré qu'il n'existait ni lésion, ni congestion de la muqueuse (Krogius, Hogge, Rovsing) dans la bactériurie. Quant à la rétention elle est toujours incomplète dans les cas où l'on rencontre ce symptôme : il s'agit de prostatiques qui vident encore leur vessie et l'on sait que même chez les prostatiques rétentionnistes, il ne se déclare pas fatalement de la cystite après les cathétérismes septiques.

b. La faible virulence des germes est certainement une raison importante. Rovsing y a fortement insisté et s'est servi précisément de ce caractère pour chercher à déchoir le coli-bacille de son rôle d'agent habituel de l'infection urineuse. Dans plusieurs observations où il existait une prostatite chronique, le liquide obtenu par massage de la glande était chargé de micro-organismes peu virulents, absolument identiques à ceux cultivés dans l'urine.

c. Enfin, il faut bien faire jouer un rôle actif au terrain qui, dans toutes les maladies microbiennes, permet ou entrave, aggrave ou atténue toutes les infections.

Le faible degré des conditions favorisantes de l'infection peut d'ailleurs produire dans d'autres organes les mêmes effets que dans l'appareil urinaire. De même que l'urine peut s'infecter sans cystite, de même la bile peut s'infecter sans cholécystite ou angiocholite. C'est là un fait qui a été démontré en 1890 par Gilbert et Girode dans leur communication du 27 décembre à la Société de biologie. « L'invasion du milieu biliaire, disaient déjà ces auteurs, n'est pas immédiatement *ni sans doute nécessairement* suivie de cholécystite ou d'angiocholite. Récemment M. Hartmann a eu l'obligeance de nous remettre une vésicule biliaire, enlevée par M. Terrier chez une malade lithiasique. Bien que dilatée, cette vésicule était inaltérée dans ses parois et la bile qu'elle contenait était normale. Or, dans cette bile, nous avons décelé, par la culture, l'existence du bacille d'Escherich. L'on conçoit que cette phase d'intégrité des voies biliaires ne soit que passagère, que, sous l'influence de la multiplication des bacilles, la bile et les parois de la vésicule ou des conduits biliaires puissent s'altérer. »

2° *Conditions qui rendent la bactériurie permanente.* — Pourquoi, l'infection une fois établie, devient-elle permanente, même lorsque les causes adjuvantes qui l'avaient permise au début ont disparu? Pourquoi, puisque les mictions chassent continuellement les microbes, les urines sont-elles transformées *in vivo* en bouillon de culture?

Deux raisons nous permettent de le comprendre : 1° parce que, en outre de la multiplication très active des microbes, ceux-ci sont, au moins dans certains cas, versés d'une façon presque continue dans la vessie, soit par les reins (bactériurie d'origine rénale), soit par la prostate (abcès de la prostate, prostatite chronique), soit par l'urèthre (uréthrite chronique). En d'autres termes, l'urine s'infecte au fur et à mesure qu'elle tombe dans la vessie. Nous pensons, et le cas d'Imbert en était un exemple fort net, que, chez les anciens blennorragiens, la prostate est la cause de la permanence de la bactériurie en déversant d'une façon presque continue ses sécrétions septiques dans l'urèthre postérieur.

2° La seconde raison est que la composition chimique de l'urine est vraisemblablement modifiée et que ses propriétés nutritives doivent être considérablement augmentées. Grâce à elles, des microbes même peu virulents, même introduits en petit nombre, peuvent facilement « s'acclimater » dans la vessie, et se multiplier avec abondance. La présence de l'albumine sur laquelle insistent tous les auteurs contribue certainement à ce résultat. Mais il existe probablement, comme le fait remarquer Hogge, des modifications que la chimie ne nous a pas appris à connaître et qui donnent à l'urine les propriétés d'un véritable bouillon de culture. Les excellents effets du salol, qui se dédouble dans l'urine en phénysulfate de soude et acide salicylique, et de l'eau distillée ingérée en grande quantité qui délaye et étend le contenu vésical, montrent bien que les propriétés chimiques des urines jouent un rôle important dans la pathogénie de la bactériurie.

VI

Diagnostic. — *a.* Y A-T-IL BACTÉRIURIE? — Le diagnostic est facile : il suffit de regarder les urines en pleine lumière pour reconnaître l'opalescence scintillante caractéristique des urines bactériuriques. L'odeur nauséabonde, qui incommode tant les malades et qui est bien souvent le seul symptôme perçu par eux, est également un élément diagnostique important. Mais pour affirmer l'existence de cette affection, l'examen microscopique est absolument nécessaire : il montrera la prodigieuse quantité de microbes et l'absence ou l'insignifiante proportion de globules de pus et de cellules épithéliales et, dans la plupart des cas, il sera inutile de laisser reposer les urines pour les différencier, par l'absence de dépôt, des urines purulentes.

b. QUELLE EST L'ORIGINE DE LA BACTÉRIURIE? — Les antécédents du malade permettront de déterminer la nature de l'affection. Nous savons que presque tous les bactériuriques ont eu des uréthrites ou ont été cathétérisés soit pour une rétention, soit pour l'exploration de la vessie : il sera facile de rapporter à sa vraie cause l'infection vésicale.

Mais chez les malades indemnes d'uréthrites et qui n'ont jamais été sondés, en particulier chez les femmes, la recherche de cet élément est délicate. On éliminera successivement les néphrites primitives ou secondaires, les maladies infectieuses générales ou locales et en particulier les affections du tube digestif, les affections pelviennes qui par propagation lymphatique de voisinage peuvent amener des microbes dans la vessie.

On a vu que, dès le début de cette étude, nous avons établi deux classes de bactériurie : rénale et vésicale; mais c'est une distinction que nous avons été impuissant à maintenir dans le cours de notre étude. C'est qu'en effet, il est impossible de catégoriser ainsi les cas publiés, et l'on ne sait même pas bien comment il serait possible, en présence d'un malade, d'établir un pareil diagnostic. Peut-être pourrait-on obtenir un résultat, en faisant des numérations microbiennes avec cathétérisme à intervalles variables. Nous reconnaissons volontiers nous-même ce qu'une pareille méthode présente d'incertitude et de difficulté. Il est heureusement un autre moyen plus simple et plus sûr : c'est le cathétérisme des uretères. Il est vraisemblable, en effet, que les bactériuries les plus rebelles sont celles qui ont une origine rénale; dans ce cas, il serait certainement rationnel de demander à la sonde urétérale un diagnostic précis et un mode de traitement peut être efficace. Nous reviendrons sur cette question en parlant de la thérapeutique.

Quant à l'espèce microbienne, on cherchera par les moyens de culture employés habituellement à isoler le ou les éléments infectieux responsables de la bactériurie.

VII

Pronostic. — La bactériurie n'est pas très grave, en tant que symptôme indépendant d'une lésion des voies urinaires. Mais lorsqu'elle est secondaire ou associée à une affection quelconque de l'appareil uro-génital, son pronostic s'aggrave de celui de la lésion principale. Il suffit, d'ailleurs, d'une crise de rétention pour que survienne de l'inflammation vésicale qui pourra amorcer l'urétéro-pyélo-néphrite ascendante mortelle.

Aussi y a-t-il lieu le plus souvent de la considérer comme une affection sérieuse et d'en poursuivre la guérison par un traitement prolongé. L'étude pathogénique que nous avons faite de la bactériurie nous dispense d'en dire plus long.

La bactériurie n'est pas contagieuse par le coït (Schlifka).

VIII

Traitement. — Deux indications doivent être réalisées pour amener la disparition de la bactériurie ; il faut : 1° agir sur le contenu vésical pour l'aseptiser, par un traitement local ; 2° agir sur l'appareil urinaire pour augmenter sa résistance à l'infection, par une médication générale.

Le traitement local consiste dans les lavages et instillations au nitrate d'argent, au sublimé, au protargol qui, dans nombre d'observations, ont donné des résultats excellents. Dans plusieurs cas (Hogge), quelques lavages ont suffi pour faire cesser la bactériurie. Le traitement général consiste dans l'administration de salol à doses élevées. Hogge a été un des premiers à insister sur cette médication qui a quelquefois réussi, quand le nitrate d'argent était inefficace. On donnera le salol à la dose de 6, 8 et même 10 grammes par jour. On y joindra des boissons délayantes, et en particulier l'eau bouillie, qui, en augmentant la diurèse et en diluant l'urine diminueront son pouvoir nutritif.

Dans un cas de streptococcurie, Denys (de Louvain) a employé sans succès le sérum antistreptococcique.

Nous avons dit un mot, tout à l'heure de l'emploi du cathétérisme de l'uretère pour préciser le diagnostic ; nous proposons aussi, ainsi qu'Albarran l'a dit au dernier congrès d'urologie, de l'employer dans un but thérapeutique. On trouvera, dans nos tableaux, nombre de cas de bactériuries indéfiniment rebelles aux traitements les mieux dirigés ; outre les divers inconvénients dont peut s'accompagner cette permanence de l'infection vésicale, il est certes permis de penser que cet état constitue pour les voies urinaires une menace constante. Or l'on a vu que, assez souvent, les instillations et les lavages sont inefficaces, ce qui confirme bien l'idée que nous avons émise plus haut, à savoir que ces bactériuries rebelles sont probablement d'origine rénale ; cette conception reçoit une nouvelle confirmation de ce fait que certains cas, inutilement soumis au traitement local, ont guéri par l'absorption de salol qui constitue en définitive un moyen de désinfection à rayon plus étendu. De ces diverses considérations, nous pensons pouvoir conclure que le traitement topique appliqué à l'aide de la sonde urétérale donnerait probablement de bons résultats et que, en tout état de cause, il serait parfaitement légitime de l'employer. Il présente un inconvénient incontestable : la possibilité d'infecter les voies urinaires supérieures, saines jusqu'alors. Nous ne voulons pas en nier la gravité et nous nous bornerons à plaider les circonstances atténuantes que nous trouvons dans la virulence atténuée des microbes vésicaux et aussi dans l'existence de tentatives antérieures du même genre faites au cours de cystites.

Lorsque des lésions juxta-urinaires entretiennent la bactériurie, on agira en conséquence : le massage de la prostate, dans les cas où cette glande est atteinte d'inflammation chronique, évacuera régulièrement au dehors ses sécrétions septiques et empêchera que celles-ci ne penètrent dans la vessie pour réinfecter l'urine. On traitera de même les uréthrites chroniques, les rétrécissements, les lésions pelviennes qui favorisent les récidives après avoir déterminé la bactériurie du début.

OBSERVATIONS DE BACTÉRIURIE

(Abréviations : *Ant.*, antécédents ; *Agb.*, agent de la bactériurie ; *Cur.*, caractères des urines ; *Svl.*, symptômes vésicaux et locaux ; *Sg.*, symptômes généraux ; *Tr.*, traitement et résultat.)

1. Roberts, 1881. — Homme, 50 ans. — *Ant.*, jamais de cathétérisme ; symptômes de cystite avec urines acides, durant deux mois ; pas d'albuminurie. — *Agb.*, bactéries rondes, « bacteria-rods ». — *Cur.*, urines opalescentes, acides, chargées de bactéries avec quelques corpuscules de pus ; elles restent claires pendant 36 heures et laissent un dépôt de bactéries et de globules de pus. — *Svl.*, symptômes atténués de cystite. — *Tr.*, salicylate de soude qui fait disparaître les bactéries mais n'agit pas sur les symptômes locaux.

2. Roberts, 1881. — Homme, 40 ans. — *Ant.*, cystite chronique avec abondante décharge de pus 2 ans auparavant ; pas de cathétérisme. — *Agb.*, bactéries arrondies, très mobiles. — *Cur.*, urines troubles, opalescentes, acides, chargées de bactéries à l'émission. — *Tr.*, guérison en deux jours par le salicylate de soude.

3. Roberts, 1881. — Homme, 68 ans. — *Cur.*, l'urine avait l'aspect « des urines des attaques aiguës du mal de Bright ». Dans le dépôt, très grand nombre de « filaments en chaîne ».

4. Runeberg, 1891. — Homme, 22 ans. — *Ant.*, blennorragie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urines acides ; traces d'albumine ; globules de pus. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, fièvre à type intermittent. — *Tr.*, guérison après lavages vésicaux au nitrate d'argent.

5. Krogius, 1894. — Homme, 52 ans. — *Ant.*, abcès de la prostate, bactériurie après traitement endoscopique de l'urèthre postérieur. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, acides ; pas d'albumine ; rares globules de pus. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, fièvres et troubles digestifs. — *Tr.*, amélioration.

6. Krogius, 1894. — Homme, 64 ans. — *Ant.*, néphrite interstitielle et hypertrophie du cœur ; ni cystite, ni cathétérisme. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, acides ; odeur putride ; traces d'albumine. — *Svl.*, nuls.

7. Krogius, 1894. — Femme, 50 ans. — *Ant.*, ni cystite, ni cathétérisme. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, odeur fétide, aspect laiteux ; acides ; albumine ; rares globules de pus. — *Tr.*, mort ; autopsie : pas de lésions de la muqueuse vésicale.

8. Krogius, 1894. — Homme, 35 ans. — *Ant.*, plusieurs atteintes d'uréthrite et de cystite. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urines acides, sans odeur, sans albumine ; rares globules de pus. — *Svl.*, nuls.

9. Krogius, 1894. — Femme, 48 ans. — *Ant.*, ovaro-salpingectomie ; cathétérisée. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, odeur fétide ; acide ; pas d'albumine. — *Svl.*, nuls. — *Tr.*, guérison par des lavages au nitrate d'argent.

10. Krogius, 1894. — Femme, 34 ans. — *Ant.*, cystite et métro-salpingite. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, odeur fétide ; acide : pas d'albumine ; rares globules de pus. — *Svl.*, nuls. — *Tr.*, traitement local : nitrate d'argent.

11. Krogius, 1894. — Femme, 28 ans. — *Ant.*, néphrite, cystite, annexite. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, acides ; albumine ; rares globules de pus. — *Svl.*, symptômes de cystite (d'origine puerpérale). — *Sg.*, phénomènes généraux (septicémie puerpérale). — *Tr.*, traitement local : nitrate d'argent.

12. Hallé (in trad. de Melchior). — Adulte. — *Ant.*, sans passé urinaire. — *Agb.*, gros microcoques. — *Cur.*, très troubles, fétides ; dépôt de carbonates et de phosphates ; pas de pus. — *Svl.*, légère fréquence des mictions ; cuisson à la miction. — *Tr.*, guérison en 8 jours, sans traitement local, par benzoate et borate de soude à l'intérieur.

13. Goldberg, 1895. — Adulte. — *Ant.*, gonorrhée ancienne et persistante. — *Agb.*, ? — *Cur.*, urines acides, troubles, ayant l'odeur du poisson « grillé ». Pas d'albumine. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, prostration qui apparut et cessa avec la bactériurie. — *Tr.*, guérison en quatre jours par le salol (4 grammes par jour).

14. HOGGE, 1896. — Homme. — *Ant.*, uréthro-cystites. Bactériurie après choc sur le périnée. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urines acides sans odeur, avec rares globules blancs. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, nuls. — *Tr.*, disparaît par lavages vésicaux au nitrate d'argent au millième.

15. HOGGE, 1896. — Homme, 33 ans. — *Ant.*, uréthrite et prostatite chroniques. — *Cur.*, acides, odorantes, sans albumine; pas de pus. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, symptômes généraux (grippe?). — *Tr.*, disparaît après un seul lavage au sublimé.

16. HOGGE, 1896. — Homme, 22 ans. — *Ant.*, uréthrite subaiguë. Bactériurie après coït, suivi d'injection de sublimé. — *Cur.*, urines très fétides, ni pus, ni albumine. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, phénomènes généraux intenses. — *Tr.*, guérison par le salol.

17. HOGGE, 1896. — Homme, 25 ans. — *Ant.*, plusieurs uréthrites et prostatite. Bactériurie au cours du traitement. — *Cur.*, urines acides, sans odeur, sans albumine, sans pus. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, nuls. — *Tr.*, guérison par le salol.

18. HOGGE. — Homme, 46 ans. — *Ant.*, rétrécissement blennorragique; prostatite. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urines très acides, sans albumine ni sucre, quelques globules de pus. — *Tr.*, disparaissait par le salol. Topiques locaux inefficaces.

19. HOGGE. — Homme, 60 ans. — *Ant.*, prostatique rétentionniste. Cystite par cathétérisme. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urines fétides, sans albumine; peu de globules de pus et de cellules épithéliales. — *Tr.*, amélioration par lavages, instillations et salol.

20. HOGGE. — Homme, 23 ans. — *Ant.*, incontinence d'urine diurne et nocturne. Phosphaturie et calcul secondaire. — *Agb.*, streptocoque. — *Cur.*, urines *alcalines* avec des traces d'albumine. Pas de mucus, phosphates et carbonates alcalins. — *Svl.*, nuls. L'examen cystoscopique ne révèle rien. — *Tr.*, instillations de sublimé, acide chlorhydrique à l'intérieur. Amélioration.

21. HOGGE. — Femme. — *Ant.*, métro-salpingite. Urines troubles sans symptômes de cystite. Uréthrite blennorragique. — *Agb.*, staphylocoque. — *Cur.*, urines *alcalines*, faiblement odorantes; cristaux de phosphate amoniaco-magnésiens, carbonates et phosphates amorphes. Ni pus, ni albumine. — *Tr.*, amélioration par lavages vésicaux au nitrate d'argent, acides benzoïque et chlorhydrique à l'intérieur.

22. PEDENKO, 1896. — Homme, 20 ans. — *Ant.*, plaie du poignet infectée (staphylocoque). Phlegmon, nécrose des os. Néphrite secondaire. — *Agb.*, staphylocoque blanc. — *Cur.*, urines albumineuses, avec des globules sanguins, des cylindres et des cellules épithéliales dégénérées. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, œdèmes. Hypertrophie du cœur. — *Tr.*, la bactériurie guérit en même temps que la lésion du poignet.

23. CLOPATT, 1896. — Fillette de 5 ans. — *Ant.*, diarrhée persistante et coqueluche. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urines peu albumineuses, avec quelques globules de plus. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, troubles digestifs graves et poussées fébriles. — *Tr.*, guérison en 15 jours par lavages au nitrate et salol à l'intérieur. La diarrhée cessa en même temps.

24. MARKOWNIKOFF. — Enfant de 15 mois. — *Ant.*, diarrhée fétide, infiltration des membres inférieurs. — *Cur.*, réaction neutre, sans dépôt, ni albumine, ni cylindre. — *Svl.*, nuls.

25. HOGGE, 1896. — *Ant.*, bactériurie pure au cours d'une blennorragie aiguë antérieure. — *Agb.*, diplocoques réunis en groupes. — *Cur.*, urine acide, d'odeur infecte. — *Tr.*, guérison rapide par le salol à l'intérieur.

26. ROVSING, 1897. — Femme, 31 ans. — *Ant.*, cancer du rein, n'a jamais été sondée. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, hématuries. Entre les hématuries, il n'y a dans les urines que le coli-bacille (bactériurie pure).

27. ROVSING. — Homme, 78 ans. — *Ant.*, cancer du rein, n'a jamais été sondé. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, hématuries, entre les hématuries, il n'y a d'autres substances anormales dans l'urine que le coli-bacille (bactériurie pure).

28. ROVSING. — Homme, 19 ans. — *Ant.*, néphrectomie pour hydronéphrose droite « d'origine traumatique ». Bactériurie pure ensuite. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, bactériurie pure. — *Tr.*, guérison par la cure d'eau; un an après l'urine était stérile.

29. ROVSING. — Femme, 53 ans. — *Ant.*, tumeur de la vessie. Bactériurie et hématurie. Résection de la vessie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Tr.*, la bactériurie cesse au moyen du salol, de la cure d'eau, et de la sonde à demeure pendant quinze jours.

30. ROVSING. — Homme, 62 ans. — *Ant.*, hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Cathétérisme quotidien. Bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, bactériurie pure. — *Tr.*, traitement au nitrate d'argent sans résultat.

31. ROVSING. — Homme, 70 ans. — *Ant.*, hypertrophie prostatique. Rétention d'urine, cathétérisme quotidien. Bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, bactériurie pure. — *Tr.*, nitrate d'argent pendant 8 jours sans résultat. Guérison par salol et cure d'eau.

32. ROVSING. — Homme, 34 ans. — *Ant.*, fistule uréthro-rectale après rétrécissement de l'urèthre. Uréthrectomie et uréthroplastie. Guérison avec bactériurie persistante. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, bactériurie pure. — *Svl.*, la bactériurie persiste trois ans malgré le traitement, sans accidents vésicaux. — *Tr.*, traitements inefficaces, y compris le nitrate d'argent.

33. ROVSING. — Homme, 36 ans. — *Ant.*, rétrécissement de l'urèthre. Passage de bougies et massage de prostate. Bactériurie consécutive. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, bactériurie pure.

34. ROVSING. — Homme, 67 ans. — *Ant.*, Tabes dorsal. Incontinence d'urine. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, bactériurie pure.

35. ROVSING. — Homme, 62 ans. — *Ant.*, hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Cathétérisme. Bactériurie. — *Agb.*, *bacterium immobile*. — *Cur.*, bactériurie pure. — *Tr.*, guérison par les injections de nitrate d'argent dans la vessie (solution à 1 p. 100).

36. ROVSING. — Femme, 76 ans. — *Ant.*, néphrite. N'a jamais été sondée. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

37. ROVSING. — Femme, 78 ans. — *Ant.*, néphrite. Constipation chronique. N'a jamais été sondée. Bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

38. ROVSING. — Homme, 84 ans. — *Ant.*, néphrite. Hypertrophie de la prostate. Rétention. Cathétérisme. Bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

39. ROVSING. — Homme, 73 ans. — *Ant.*, néphrite partielle. Rétention d'urine. Jamais de cathétérisme. Bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

40. ROVSING. — Femme, 40 ans. — *Ant.*, arthrite goutteuse des deux genoux; lithiase rénale gauche; n'a jamais été sondée; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

41. ROVSING. — Fille, 7 ans. — *Ant.*, Lithiase rénale (?); fièvre typhoïde; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

42. ROVSING. — Fille, 6 ans. — *Ant.*, purpura; néphrite; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

43. ROVSING. — Femme, 39 ans. — *Ant.*, cancer du côlon ascendant; rein amyloïde; n'a jamais été sondée; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

44. ROVSING. — Homme, 53 ans. — *Ant.*, lithiase rénale (oxalate de chaux); hypertrophie prostatique; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus. — *Tr.*, gué-

rison par la sonde à demeure et l'administration de salol et de 2 litres d'eau distillée par jour.

45. Rovsing. — Femme, 75 ans. — *Ant.*, néphrite; constipation habituelle; dysurie; n'a jamais été sondée; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

46. Rovsing. — Homme, 65 ans. — *Ant.*, hypertrophie de la prostate; lésion de la muqueuse rectale; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

47. Rovsing. — Fille, 12 ans. — *Ant.*, néphrite chronique; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, globules de pus.

48. Rovsing. — Femme, 69 ans. — *Ant.*, cancer de l'intestin et de la paroi vésico-vaginale; incontinence d'urine; bactériurie suivie de cystite ammoniacale. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urine acide. — *Svl.*, la cystoscopie montre que la vessie est saine; une sonde à demeure fut placée et au bout de trois jours il se déclara une cystite intense; staphylocoques blancs associés au coli-bacille. — *Tr.*, le nitrate d'argent fit disparaître la cystite, tandis que la bactériurie persista.

49. Rovsing. — Homme, 70 ans. — *Ant.*, rétrécissement de l'urèthre; néphrite; bactériurie suivie de cystite ammoniacale consécutivement à l'introduction de bougies. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urine acide. — *Tr.*, un traitement au nitrate d'argent fait cesser la cystite, mais les urines deviennent acides et restent bactériuriques.

50. Rovsing. — Homme, 56 ans. — *Ant.*, hypertrophie de la prostate; bactériurie; rétention; cystite après cathétérisme. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, urine acide. — *Tr.*, le nitrate d'argent fait cesser les phénomènes de cystite, mais les urines restent bactériuriques.

51. Rovsing. — Femme, 37 ans. — *Ant.*, uretéro-pyélite et rein mobile; néphrotomie et néphropexie; guérison; bactériurie. — *Agb.*, coli-bacille. — *Svl.*, la cystoscopie décèle une muqueuse vésicale normale.

52. Rovsing. — Femme, 21 ans. — *Ant.*, pyélite à coli-bacille; le salol et l'ingestion d'eau bouillie amènent la guérison; trois ans après, la bactériurie persiste. — *Agb.*, coli-bacille. — *Cur.*, quelques rares globules de pus. — *Svl.*, nuls.

53. Escat, 1898. — Homme, 45 ans. — *Ant.*, scarlatine de l'enfance; plusieurs blennorragies sans cystite; jamais de cathétérisme. Actuellement, uréthrite postérieure. — *Agb.*, coli-bacille (?). — *Cur.*, urines acides, sans albumine, mais avec de gros filaments dans le premier jet. — *Svl.*, douleurs périrénales, éjaculation douloureuse. — *Sg.*, nuls. — *Tr.*, *Tr.*, les lavages vésicaux au nitrate d'argent et le salol sont inefficaces.

54. Carlier, 1898. — Homme, 67 ans. — *Ant.*, calcul vésical; taille hypogastrique; 12 gr. d'albumine par litre; traitement à Contrexéville. — *Cur.*, urines très troubles, d'odeur fade, nauséabonde. — *Svl.*, nuls. — *Sg.*, perte des forces, troubles digestifs ayant les caractères d'une infection urineuse grave. — *Tr.*, désinfection de la vessie par l'iodoforme et le nitrate d'argent; amélioration.

55. Krogius, 1898. — Homme, 54 ans. — *Ant.*, plusieurs uréthrites avec uréthro-cystite; rétention d'urine; cathétérisme régulier pendant un mois; *bactériurie;* prostatite chronique. — *Agb.*, staphylocoque blanc. — *Cur.*, urines acides, sans albumine, avec des filaments dans le premier jet; elles deviennent ammoniacales et laissent déposer des phosphates. Rares globules de pus. — *Svl.*, nuls. — *Tr.*, le massage de la prostate et des instillations de sublimé la font disparaître.

56. Krogius, 1898. — Homme, 41 ans. — *Ant.*, uréthrite et épididymite. Cystite; boutonnière périnéale il y a 16 ans. Actuellement, prostatite chronique avec abcès, cause probable de la bactériurie. — *Agb.*, proteus vulgaris associé au staphylocoque blanc. — *Cur.*, urine acide; devient rapidement alcaline et laisse déposer des phosphates. Pas d'albumine. Très rares globules blancs. — *Svl.*, symptômes de prostatite chronique : tension dans le périnée, sensation douloureuse irradiant en haut et en bas. Mictions très fréquentes et douloureuses. L'examen cystoscopique montre que la vessie est saine. — *Sg.*, nuls. — *Tr.*, le malade a refusé l'ouverture de son abcès prostatique.

57. Krogius, 1898. — Homme, 36 ans. — *Ant.*, uréthrites il y a dix ans. En 1896, uréthrite, épididymite et prostatite aiguë. Actuellement, bactériurie et prostatite chronique. — *Agb.*, staphylocoque blanc (?). — *Cur.*, urine faiblement acide, devenant rapidement alcaline et laissant déposer des phosphates. Pas d'albumine. Pas de globules de pus dans l'urine prise dans la vessie. — *Svl.*, nuls. Examen cystoscopique : vessie normale. — *Tr.*, massage de la prostate suivi d'instillations quotidiennes de sublimé.

58. Masius et Nolf, 1899. — Homme, 35 ans. — *Ant.*, rhumatisme chronique; artério-sclérose et sclérose rénale. Bactériurie qui n'est, disent ces auteurs, qu'un épisode dans la sclérose rénale. Le bacillus subtilis ayant pénétré au niveau de l'intestin serait apporté au rein par la circulation générale. — *Agb.*, bacillus subtilis. — *Cur.*, urines acides, sans odeur; 2 grammes d'albumine par litre. Cristaux d'oxalate, pas de cylindres ni de cellules. — *Svl.*, nuls. — *Tr.*, elle disparaît par la diète lactée.

59. Imbert et Gaujon, 1899. — Homme, 34 ans. — *Ant.*, plusieurs uréthrites; épididymite et hydrocèle. Pas de prostatite. — *Cur.*, urines troubles avec des filaments dans le premier jet, acides, contenant une quantité énorme de micro-organismes en bâtonnet, très mobiles, qui ne sont pas des coli-bacilles. Quelques rares globules blancs. — *Svl.*, pas de signes vésicaux, hydrocèle à droite. — *Tr.*, instillations au protargol et au nitrate d'argent inefficaces. Salol, 4 gr. et progressivement jusqu'à 10 gr. par jour. Amélioration de l'état général et local; persistance des micro-organismes dans le dépôt.

BIBLIOGRAPHIE

W. Roberts. On bacteruria, *Brit., med. Journ.*, 1881, vol. II, p. 359; On the occurrence of microorganisms in fresh urine, *Brit. med. Journ.*, 1881, vol. II, p. 623. — Schottelius et Reinhold. Ueber bacteriurie, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1886, Nr. 37, p. 635. — Ultzmann. *Vorlesungen über die Krankheiten der Harn-organe*; mitgetheilt von dr J. H. Brick. (*Conférences sur les maladies des organes urinaires*; publié par le docteur J. H. Brick.) Wien, 1888, Heft 1. — Th. Rovsing. *Sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement des cystites*. Copenhague, 1889. — Runeberg. Communication à la Société des médecins finlandais, séance du 18 avril 1891. — Thor Stenbeck. Eine neue Methode für die mikroskopische Untersuchung der gefarnten Bestandtheile des Harns und einige anderen Secrete und Excrete. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1892, p. 457. (Une nouvelle méthode pour l'examen microscopique des éléments organisés de l'urine et de certaines autres sécrétions ou excrétions.) — Max Melchior. *De la cystite et de l'infection urinaire, études cliniques, expérimentales et bactériologiques*; Copenhague, 1893. — Résumé par Ali Krogius dans les *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1894, p. 367. — Édition française par M. Noël Hallé, Paris, 1895. — Noel Hallé. In Édition française de Melchior, note, p. 347. — Wreden. Sur l'étiologie des cystites, *Centralbl. f. Chir.*, 1893, n° 27. — Reymond. Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois. *Ann. des mal. des org. génit. urin.*, avril et mai 1893. Cystites survenues chez des malades n'ayant jamais été sondés. *Eodem loco*, p. 794. — Goldberg. Ueber bacteriurie, *Centralb. f. die Krankh. der Harn und Sexualorgane*, 1895, p. 349. — Ali Krogius. Sur la bactériurie, *Ann. des mal. des org. génit. urin.*, 1894, p. 196-210. — Guyon. In *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 1894 et 1896. — M. Wolff. Mitteilung

uber bacteriurie, *Berl. med.-Gesellschaft*, 6. II. 1895. — L. NIKOLAYSEN. Bacteriurie som Aarsag tel Enuresis diurna, *Norsk f. Lægvidenskab*, 1896, n° 10. — TRUMPP. Ueber colicystitis im Kindesalter, *Magasine Mündch. med. Wochensch.*, 1896, n° 42. — HOGGE (1). Observations de bactériurie. *Ann. de la Soc. méd.-chirurg. de Liège*, avril 1896, p. 142, et SCALPEL, 5 juillet 1896 et 1er nov. 1896. — MAX SCHLIFKA. *Semaine méd.*, 1896, p. 136. — A. PEDENKO. Un cas de néphrite aiguë avec bactériurie consécutive à une plaie infectieuse de la main. *Boln. gaz. Botkina*, 1896, nos 23 et 25, et *Presse méd.*, 1896, p. 682. — CLOPATT. Un cas de bactériurie chez un enfant, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1896. — MARKOWNIKOFF et FILATOFF. Société de pédiatrie de Moscou, décembre 1896. *Presse méd.*, 27 mars 1897. — REYMOND. Passage des coli-bacilles à travers les parois vésicales. Société anatomique, 3 juillet 1897. — BURLOW. Ueber Bacteriurie, *Deutsch. arch. f. klin. Med.*, Bd LVII, 1897. — ROVSING. Chapitre Bactériurie in Études cliniques et expérimentales sur les affections infectieuses des voies urinaires, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1897, p. 910. — MAX MELCHIOR. A propos des études critiques et expérimentales sur les affections des voies urinaires de M. le docteur Th. Rovsing. — *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, avril 1898. — E. BONN. *Prag. med. Wochenschrift*, 5 mai 1898. — ALBARRAN, HALLÉ et LEGRAIN. Des infections vésicales, Rapport au congrès d'urologie, 1898. — ESCAT. Note sur un cas de bactériurie et sur la résistance de la vessie à l'infection, Association française d'urologie, 1898. — HOGGE. A propos de la bactériurie, *ibid.* — CARLIER. Diarrhée et infection urinaire, *ibid.* — ALI KROGIUS. Quelques remarques sur la bactériurie, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, décembre 1898. — MASIUS et NOLF. De quelques observations bactériologiques faites à la clinique médicale de l'Université de Liège, *Ann. de la soc. médico-chirurg. de Liège*, janvier 1899, p. 15. — IMBERT et GAUJON. Note sur un cas de bactériurie. *Ann. des mal. des organ. génito-urin.*, février 1899.

THÉRAPEUTIQUE

Coqueluche.

Bromoforme	XLVIII gouttes.
Huile d'amandes douces .	20 grammes.
Gomme adragante	2 —
Gomme arabique	4 —
Eau de laurier cerise. . .	4 —
Eau distillée	Q. S. p. 120.

(Marfan.)

Chaque cuillerée à café contient deux gouttes; au-dessous de cinq ans, autant de fois quatre gouttes que l'enfant a d'années; au-dessus, débuter par vingt gouttes et augmenter de deux à quatre gouttes par jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1899. — Présidence de M. POZZI.

La suite de la discussion sur le traitement des hémorroïdes occupe une grande partie de la séance. MM. Bazy, Berger, Tuffier et Reclus y prennent successivement part. Puis M. Gérard Marchant lit une note adressée par M. Demoulin au sujet d'une tumeur inflammatoire du cæcum. Enfin, M. Monod présente un cancer du cæcum.

L'abondance des matières nous force à remettre à mardi le compte rendu habituel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement (séance du 21 juin): MM. Dubrisay, 29; Wallich, 28.

Hôtel-Dieu d'Angers. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur Le Corre a été nommé médecin-adjoint des hôpitaux.

Facultés et Écoles de province. — *Clermont.* — M. le docteur Cavalié vient d'être reçu suppléant des chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie, à l'Ecole de médecine de l'Université de Clermont.

Rennes. — Des concours seront ouverts, le 2 octobre 1899, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale, et le 9 octobre pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique.

Tous les docteurs en médecine français et les étudiants ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, sous condition d'être docteurs dans les six mois, sont admis à concourir. Les candidats ne doivent pas avoir plus de trente-cinq ans au moment de l'ouverture du concours.

Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils touchent annuellement une indemnité de 800 francs. — S'inscrire au secrétariat de l'Ecole.

Marine et Colonies. — M. le docteur de Lanessan est nommé ministre de la marine.

M. Brachet, médecin de deuxième classe, aide-major au 6e d'infanterie de marine à Brest, est désigné, sur sa demande, pour remplacer au 7e régiment de la même arme, à Rochefort, M. le docteur Pellan.

M. Hamon, médecin de deuxième classe du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer au 6e d'infanterie de marine, à Brest, M. le docteur Brachet.

Société de neurologie. — La Société de neurologie dont nous avons annoncé la fondation à Paris, le 8 juin 1899, a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux.

Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers.

La Société de neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), à la Faculté de médecine, salle des Thèses, n° 2, à neuf heures et demie du matin.

Des communications et présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société.

Des communications et présentations de malades ou de pièces peuvent être faites par des personnes étrangères à la Société; elles doivent être annoncées au moins huit jours à l'avance au bureau qui donne, s'il y a lieu, l'autorisation nécessaire.

La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure; sa longueur ne peut dépasser une page d'impression.

La « Revue neurologique », organe officiel de la Société, publie le 15 de chaque mois les bulletins des séances.

Composition du bureau : Président, M. Joffroy; vice-président, M. Raymond; secrétaire général, M. Pierre Marie; secrétaire des séances, M. Henry Meige ; trésorier, M. Souques.

Membres titulaires fondateurs : MM. Achard, Babinski, Ballet, Brissaud, Dejerine, Dupré (E.), Gilles de La Tourette, Gombault, Klippel, Parinaud, Parmentier et Paul Richer.

La première séance publique aura lieu le jeudi 6 juillet 1899.

Ordre du jour : 1. Allocution de M. le professeur Joffroy. — 2. M. le professeur Raymond : Un cas de surdité verbale pure. — 3. M. le docteur Babinski : Du phénomène des orteils dans l'épilepsie. — 4. M. le docteur Souques : Un cas de méralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané. — 5. M. le professeur Brissaud : Claudication intermittente douloureuse. — 6. M. le docteur Dejerine.

Statistique. — Mortalité à Paris du 11 au 17 juin : 876 décès au lieu de 1013 la semaine précédente (moyenne de la saison, 862). — La fièvre typhoïde a causé 20 décès ; la rougeole, 23; la scarlatine, 10 (195 cas ont été signalés) ; la coqueluche, 8; la diphtérie, 6. La variole n'a causé aucun décès depuis treize semaines. La diarrhée infantile a causé 38 décès de 0 à 1 an (moyenne 43). En outre, 26 enfants ont péri de débilité congénitale (moyenne

28). Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 84 décès (moyenne 85) : bronchite aiguë 9 décès (moyenne 12), bronchite chronique 10 (moyenne 15), broncho-pneumonie 37 (moyenne 26), pneumonie 28 (moyenne 29). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 48 décès (moyenne 46), dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire. La grippe n'a causé aucun décès. La phtisie pulmonaire a causé 163 décès. La méningite tuberculeuse a causé 20 décès (moyenne 22), la méningite simple 17 (moyenne 31) ; les tuberculoses autres que celles des méninges et des poumons 21 (moyenne 28). L'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 18, les maladies organiques du cœur 52; le cancer 58. Enfin, 25 vieillards sont morts de débilité sénile.

La peste en Orient. — La situation reste stationnaire aux Indes. En Chine on a noté une légère progression. A Djeddah, au contraire, la mortalité a presque cessé. A Alexandrie, il y a eu depuis le début jusqu'au 9 juin midi, 21 cas sur lesquels se sont produits 7 décès.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 7 juillet 1899, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les troubles mentaux de l'enfance. Précis de psychiatrie infantile, avec les applications pédagogiques et médico-légales, par le docteur Marcel Manheimer, avec une préface de M. le professeur Joffroy. Un vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Suicides et crimes, par le docteur Moreau (de Tours). Un vol. in-18 Charpentier. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 72. — MARDI 27 JUIN 1899. 72e ANNÉE. MARDI 27 JUIN 1899. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Paris, le 26 juin 1899.

Notre Premier-Paris sur les conférences de gynécologie, faites aux infirmières des hôpitaux, nous a valu la lettre suivante du docteur Pozzi, chirurgien de l'hôpital Broca :

Monsieur le Directeur,

Dans le Premier-Paris du 20 juin dernier, la *Gazette des hôpitaux* fait allusion à des « conférences de gynécologie » qui seraient faites à des infirmières des hôpitaux, et elle estime que c'est « trop, et que c'est faire fausse route que de leur enseigner les maladies des femmes. N'est-ce pas leur donner une fausse science; faire naître une certaine présomption, leur faire croire à un savoir qui ne saurait exister, et contribuer à augmenter ainsi le camp des matrones qui rôdent autour de la médecine, au grand détriment des malades et des médecins? »

On ne saurait mieux faire le procès de la trop grande importance donnée en général aux connaissances théoriques dans les cours faits aux infirmiers; et j'estime, avec la *Gazette*, qu'il faut se borner à bien leur apprendre « la connaissance approfondie du matériel de pansement; la manière de panser, de donner des injections », etc. C'est précisément dans ce but limité que j'ai institué dans mon service, à l'hôpital Broca, après entente avec mon collègue et ami Bourneville, des COURS PRATIQUES AUX INFIRMIÈRES, *sur les soins élémentaires à donner et sur la préparation des pansements en gynécologie et en chirurgie abdominale*. Pour chaque série d'infirmières, ces leçons étaient au nombre de *trois*, et portaient sur les sujets suivants :

Première leçon. — Désinfection des mains — préparation d'une malade en vue d'une opération.

Deuxième leçon. — Assistance aux pansements vaginaux.

Troisième leçon. — Assistance aux pansements abdominaux.

Ces trois cours ont lieu régulièrement les lundis, mercredis et vendredis, dans le dernier trimestre, constituant, par leur ensemble, un cours qui s'est répété toutes les semaines, c'est-à-dire douze fois. Chaque cours a été suivi par une vingtaine d'infirmières.

En outre, trois conférences générales ont été faites à la Pitié :

Première conférence. — Quelques notions générales et pratiques sur les termes employés en gynécologie et en chirurgie abdominale (anatomie et pathologie).

Deuxième conférence. — Les soins post-opératoires.

Troisième conférence. — La salle d'opérations : matériel — préparation — assistance.

Vous voyez que ces conférences étaient instituées dans l'esprit même qui a inspiré vos réflexions. Elles n'enseignent pas « les maladies des femmes »; elles tendent à expliquer aux infirmières « les mots incompris » et « se bornent à leur apprendre ce qui est nécessaire et spécial à l'infirmière », et tout cela en trois leçons.

Loin de décourager cette tentative due à l'initiative individuelle, si rare dans notre pays (ce que vous avez souvent déploré), j'espère que vous serez le premier désormais à l'approuver, après avoir été mieux renseigné sur sa portée véritable.

Veuillez, etc. POZZI,
Chirurgien de l'hôpital Broca.

On voit que notre distingué correspondant est du même avis que nous sur la nécessité de borner l'instruction des infirmières aux connaissances techniques et pratiques de l'art des pansements et de l'assistance médico-chirurgicale. Mais tout en voulant clore ici cette petite controverse entre gens qui sont du même avis, nous nous permettrons de faire remarquer à l'organisateur des conférences de gynécologie, que le tiers de ces conférences (1 sur 3) porte sur « quelques notions générales et pratiques sur les termes employés en gynécologie et en chirurgie abdominale (anatomie et pathologie). » C'est là précisément que gît le danger que nous signalions dans notre précédent article. Nous tenons à répéter ce que nous avons déjà dit. Les élèves qui suivent ces cours ne sauraient qu'acquérir des notions rapidement faussées par leur esprit ignorant et sans culture. Semer ainsi dans un terrain mal préparé, c'est s'exposer à créer, à côté et en dehors de la médecine, des présomptueux se targuant d'une instruction qu'ils n'ont pas, se payant de mots incompris et risquant d'être nuisibles aux malades qu'ils doivent soulager et aux médecins qu'ils ont mission d'assister.

Ce que nous craignons, c'est que l'on récolte parmi les auditeurs, dont une partie est constituée par des élèves libres de la ville, de faux médecins d'arrière-boutique et qu'on prépare le terrain pour l'exercice illégal de la médecine. Mais, dans le cas particulier, nous sommes rassurés, maintenant que nous connaissons l'idée directrice qui régit ces conférences.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'entrée en scène des médecins aliénistes, nouvellement promus au titre de membres correspondants de la Société médicale, fut brillante. Deux d'entre eux, et non des moin-

dres, sont venus apporter quelques fruits de leurs observations et ont jeté un peu d'éclat sur une séance d'été, d'aspect plutôt morne.

M. Roubinovitch, en collaboration avec M. Hirschberg, a rapporté un cas de **mort subite au cours de la confusion mentale avec surcharge graisseuse du cœur.** Voici succinctement rapportés les principaux phénomènes cliniques: infection par abcès phlegmoneux du sein profondément situé, progressant d'une façon insidieuse; puis apparition de troubles psychiques intimement liés à cette infection débutant par l'insomnie, la malade puisant les éléments du futur délire dans les névralgies nocturnes; existence, pendant quarante-huit heures, d'un délire en apparence systématisé et simplement prodromique de la confusion mentale avec de nombreuses illusions sensorielles. Enfin, parallèlement, évolua une affection cardiaque, la surcharge graisseuse du cœur que l'autopsie a révélée et qui, sans doute, s'est aggravée sous l'influence de l'infection septique générale.

MM. Toulouse et Marchand montrent, à propos d'une observation fort soigneusement étudiée, que la **paralysie générale** est peut-être plus fréquente dans l'enfance qu'on a coutume de le penser, et qu'elle peut revêtir le masque de l'idiotie. D'où il appert que beaucoup de cas d'idiotie rapportés anciennement ne sont probablement que des faits de paralysie générale méconnus.

M. L. Guinon rappelle qu'à l'avant-dernière séance, M. Widal, à propos d'un travail de M. Souques sur le **rhumatisme cérébral**, émit l'idée que les accidents épileptiformes, dans les maladies toxiques ou infectieuses, en particulier dans l'urémie, ne sont souvent que de véritables attaques épileptiques chez un sujet prédisposé ou ayant déjà eu des attaques de mal comitial.

M. Guinon, le lendemain même, vit arriver à l'Hôtel-Dieu un homme de trente-six ans, en pleine attaque épileptique et dont l'urine contenait une quantité considérable d'albumine. Le même jour et les suivants, les attaques disparurent, mais le coma et l'albumine persistèrent. M. Guinon considérait donc les attaques comme une preuve bien nette de l'urémie convulsive, lorsqu'on apprit que cet homme avait eu dans son enfance de véritables attaques d'épilepsie, qui avaient reparu récemment sous l'influence d'excès alcooliques.

Ce fait vient donc confirmer l'affirmation de M. Widal. M. Guinon rapporte un autre cas d'urémie convulsive, chez un saturnin, sans antécédents.

M. L. Galliard lit une observation d'**adénite iliaque et phlegmatia du membre inférieur gauche consécutives au chancre mou.** Un homme de quarante-cinq ans, précédemment atteint de rhumatisme poly-articulaire, soigné depuis quelques jours pour des névralgies crurales accompagnant un embarras gastro-intestinal léger, éprouve en se levant, le 8 mai, une douleur très violente à la cuisse gauche. Le membre inférieur gauche est immobilisé par la souffrance. On apporte le malade à l'hôpital, le 9 mai. M. Galliard constate une tuméfaction douloureuse de la racine du membre, et, dans la fosse iliaque du même coté, une tumeur immobile, certainement constituée par des ganglions augmentés de volume. Cherchant la cause de l'adénite et de la phlébite commençante, il ne trouva que deux chancres mous du sillon balano-préputial et du prépuce. Pas de bubon inguinal. Pas de tuméfaction ganglionnaire appréciable en dehors de la fosse iliaque. Pas de syphilis, pas de blennorragie.

Bientôt la phlébite passe de l'inguinale externe à la fémorale et aux gros troncs du membre inférieur. Gonflement énorme de la cuisse, de la jambe, du pied gauche. Pas d'hydarthrose du genou; rien à l'articulation coxo-fémorale. Rien au membre inférieur droit.

Traitement par les onctions de salicylate de méthyle, puis d'huile chloroformée; à l'intérieur, teinture d'*hamamelis virginica*, antipyrine, opium.

A partir du 25 mai, la cuisse commence à se détendre. L'œdème s'atténue plus lentement à la jambe et au pied. Le paquet ganglionnaire de la fosse iliaque diminue lentement de volume. Aucun signe de suppuration. Malgré les vives douleurs, l'état général est resté excellent.

Aujourd'hui la guérison est presque complète. Les chancres sont cicatrisés. Les ganglions iliaques ne forment plus qu'une petite masse, dont l'œdème ne persiste qu'à la jambe. Les ganglions de l'aine sont toujours indemnes. Le malade va se lever avec les précautions d'usage.

M. Hirtz communique un cas d'**abcès sous-cortical du cerveau**, et attire, à son propos, l'attention sur les points suivants :

1° L'abcès était sous-cortical et ne put être diagnostiqué que grâce à une ponction exploratrice.

2° Une énorme congestion veineuse et l'absence de battements du cerveau avaient conduit le chirurgien au diagnostic d'abcès sous-cortical. Cette absence de battements semble avoir, en pareil cas, une réelle valeur diagnostique.

3° Le pus renfermait des bâtonnets grêles ne prenant pas le Gram; les cultures aérobies et anaérobies restèrent stériles.

GOITRE BASEDOWIFIÉ (1)

Par M. le docteur Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris.

A ne considérer que les cas types, le goitre ordinaire et la maladie de Basedow sont des affections très différentes, absolument distinctes. Mais la question est en réalité fort complexe. Il existe des faits de transition dont l'interprétation est très délicate. Chez certains malades, porteurs depuis longtemps d'un goitre simple, on voit à un moment donné se développer, souvent sans raison apparente, et avec une rapidité plus ou moins grande, les signes de la maladie de Basedow. Ces faits ont attiré l'attention depuis une vingtaine d'années, et provoqué, entre autres publications, la thèse de Lavesnes, qui relate les observations de Brissaud, les travaux de Bruhl, Lamy, etc. Ils ont fait plus récemment l'objet d'une très importante communication de M. Marie à la Société médicale des hôpitaux. M. Marie établit une séparation, qui semble justifiée par la clinique, entre le goitre exophtalmique classique et le goitre basedowifié. Le goitre basedowifié a une symptomatologie un peu à part, un pronostic plus sérieux, si on l'abandonne à lui-même, et son traitement ne doit pas être identique à celui de la maladie de Basedow.

M. Tillaux a insisté, de son côté, sur la nécessité de mettre à part ce goitre exophtalmique chirurgical, dans lequel les phénomènes basedowiens ont apparu secondairement. Ces cas sont seuls justiciables d'une opération dirigée sur le corps thyroïde (Soc. de chir., 1898).

Au dernier Congrès de chirurgie, Témoin a apporté des cas qui confirment cette manière de voir, d'ailleurs généralement acceptée aujourd'hui.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine.

Il y a quelques semaines, M. Debove a encore appelé l'attention sur les variétés distinctes du goitre exophtalmique.

Selon que l'on accepte ou rejette l'origine thyroïdienne du goitre exophtalmique, on pourra étendre plus ou moins les limites de ce groupe. C'est ainsi que M. Riche, auteur d'une thèse récente sur la pathogénie du goitre exophtalmique, n'est pas éloigné de considérer toutes les maladies de Basedow comme secondaires à une lésion thyroïdienne; il se sert pour édifier sa théorie précisément des cas qui nous intéressent.

Nous laisserons de côté ces très obscures questions de pathogénie. Mais retenons toujours cette notion que dans certains cas, qui peut-être ne sont pas très rares, on voit sur de vieux goitres, dont la marche avait été jusque-là celle du goitre ordinaire, se greffer des phénomènes de basedowisme.

Un fait que nous venons d'observer vient à l'appui de cette manière de voir; non seulement il confirme ce qui a été dit plus haut de l'évolution, mais encore il démontre de la manière la plus claire l'importance et l'utilité du traitement chirurgical.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, Marie D..., cuisinière, qui est entrée le 6 mars de cette année dans le service de M. Richelot, à l'hôpital Saint-Louis. Depuis plusieurs années, elle portait à la partie inférieure du cou une grosseur indolente, dont elle ne se préoccupait point. Mais depuis quatre ou cinq mois, sa santé générale s'est altérée et elle a vu survenir toute une série de phénomènes désagréables ou pénibles, qui rendent son existence misérable et l'empêchent de travailler.

Jusque-là elle s'était très bien portée, ayant eu seulement dans son enfance des adénites suppurées cervicales, dont on voit encore la trace, et plus tard des varices survenues pendant ses grossesses. Ses quatre enfants sont nés à terme, et les couches ont été simples et normales. C'est au moment de la dernière, il y a quatre ans, qu'elle a commencé à faire attention à la tumeur qu'elle porte au cou. Cette tumeur siège à la base du cou et occupe le côté droit. Elle fait saillie au-devant du sterno-mastoïdien, et cette saillie s'accentue beaucoup dans les mouvements d'élévation du larynx pendant la déglutition. Elle suit en effet les mouvements d'ascension et de descente de l'appareil laryngo-trachéal. La palpation montre qu'elle présente le volume et la forme d'un œuf, que sa surface est régulière et lisse, sa consistance uniforme et ferme. Son extrémité inférieure, cachée derrière la clavicule, est accessible quand, la malade avalant une gorgée de liquide, la tumeur s'élève. Il n'est pas douteux que cette production ait pris naissance aux dépens du lobe droit du corps thyroïde. L'isthme et le lobe gauche paraissent sains.

Une tumeur d'un volume aussi médiocre, située latéralement et sans adhérence, ne peut guère déterminer ni compression, ni modification importante dans les rapports des organes voisins, ni changement mécanique dans leur fonctionnement.

Néanmoins, la malade présente des troubles fonctionnels variés, et tout d'abord une gêne respiratoire considérable. Dans la station assise ou l'attitude verticale, la respiration est simplement rapide et bruyante, mais le décubitus dorsal suffit pour amener des accès de suffocation.

Il y a 25 à 30 respirations par minute. Cependant, l'auscultation permet de constater l'intégrité parfaite des poumons. Le nombre des pulsations du cœur varie de 110 à 130, en outre les mouvements du cœur se succèdent à intervalles irréguliers.

Le facies présente un aspect étrange, il est aminci et très pâle, l'œil est fixe, le globe oculaire du côté droit est plus saillant que l'autre, il présente un certain degré d'exophtalmie.

La voix est sourde, basse, voilée, interrompue fréquemment par une toux sèche et brève, non suivie d'expectoration.

Les mains sont agitées d'un tremblement rapide et menu, tremblement vibratoire qui est continu, mais exagéré par les mouvements, sans toutefois en gêner l'exécution.

Cette femme paraît très nerveuse. Elle parle avec une grande volubilité malgré le caractère sourd de sa voix et pleure avec une facilité extrême. Depuis deux ans, les règles ont pour ainsi dire disparu. C'est à peine si elle perd quelques gouttes de sang au moment des époques. Il n'y a rien cependant du côté de l'utérus ou des annexes.

L'appétit est irrégulier et capricieux, mais le plus souvent il fait défaut, et la malade ne s'alimente pas parce qu'elle n'a pas faim.

La nuit, elle est tourmentée par des bouffées de chaleur, qui, jointes aux accès de suffocation, la privent complètement de sommeil. Dormant mal et mangeant peu, elle est d'une maigreur excessive, et son état d'épuisement l'empêche de se livrer à aucun travail.

La tumeur thyroïdienne étant considérée comme le point de départ des phénomènes nerveux et congestifs, l'indication était de la supprimer. Si, après cette intervention, il y avait rétrocession de l'exophtalmie, de la tachycardie, et autres symptômes de basedowisme, c'était une preuve péremptoire que tous ces troubles étaient secondaires et sous la dépendance du goitre.

Le 17 mars, la tumeur a été extirpée. Une incision curviligne de 8 centimètres a été pratiquée à la partie inférieure du cou, suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, puis se recourbant en dedans jusqu'à dépasser la ligne médiane. Le sterno-mastoïdien est récliné, les muscles sous-hyoïdiens sectionnés. Le corps thyroïde apparaît, couvert de grosses veines. Il est incisé sur la tumeur. Celle-ci est un kyste hématique, dont l'évacuation simplifie la manœuvre. Sa paroi est ensuite extirpée. Puis un double surjet au catgut rapproche les bords de la plaie thyroïdienne, cette suture fait l'hémostase, en même temps qu'elle donne au lobe thyroïdien à peu près sa forme normale. Le plan musculaire sous-hyoïdien est aussi reconstitué par une suture en surjet et enfin la peau est réunie sans drainage.

Les suites ont été d'une grande simplicité. Les fils ont été ôtés le 24 mars; la réunion ne laissait rien à désirer et l'opérée a quitté l'hôpital deux jours après.

Le changement apporté par cette opération si simple a été extraordinaire. Le pouls qui, le matin de l'intervention, était à 130, était le lendemain à 100, le surlendemain à 80. Cette femme toujours agitée est devenue immédiatement calme et tranquille. Pendant deux jours, elle a éprouvé un peu de gêne de la déglutition, mais elle n'a plus eu ni accès de suffocation, ni gêne respiratoire.

Nous avons suivi notre malade qui, aujourd'hui même, est encore revenue nous voir. Sa métamorphose est complète, elle a retrouvé dès les premiers jours le repos, le sommeil et l'appétit. Elle n'a plus eu le moindre trouble respiratoire. Aussi est-elle méconnaissable, tant elle a bonne mine. Le pouls varie de 60 à 70. L'exophtalmie de l'œil droit a disparu. C'est à peine s'il persiste encore un léger tremblement des mains.

La pathogénie de ces accidents, et le mécanisme de leur régression pourraient fournir ample matière à discussion. Mais c'est affaire aux physiologistes. Cette observation vient confirmer le bien fondé des idées soutenues en particulier par M. Marie et M. Tillaux, au sujet de toute une catégorie de basedowiens. Si l'on peut, pour le goitre exophtalmique en général, discuter l'opportunité des opérations thyroïdiennes, dans ces cas de goitres basedowifiés, l'indication est, au contraire, de s'adresser au corps thyroïde. La suppression de la lésion primitive entraîne la disparition de

tous les phénomènes secondaires et notre cas montre combien ce retour à la santé peut être complet et rapide.

FORMULAIRE

Sirop de dentition.

Acide citrique.	50	centigrammes.
Eau distillée	50	—
Chlorhydrate de cocaïne .	10	—
Sirop de sucre	10	grammes.
Sirop de safran	10	—
Teinture de vanille. . . .	XII	gouttes.

En frictions sur les gencives des jeunes enfants au moment de la dentition. (Soc. pharm. Loiret, 1899.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES HÉMORROIDES

M. BAZY est resté fidèle au fer rouge, ce qui ne l'empêche pas, dans certains cas, de recourir au bistouri. Chaque procédé, selon lui, répond à des indications spéciales. Le fer rouge remplit d'autres indications que le bistouri et réciproquement.

Chez les malades profondément anémiés par les hémorragies, M. Bazy préfère le thermo-cautère ou la volatilisation de Richet. Dans les cas d'hémorroïdes moins anciennes, chez des sujets jeunes ou non encore anémiés, il préfère recourir au procédé de Whitehead.

Quant à la douleur, elle varie surtout suivant les sujets. Elle est généralement très supportable après la volatilisation, quand on a eu soin de bien garantir la peau et les parties voisines du champ opératoire. Si, d'ailleurs, elle existe dans une certaine mesure chez les sujets opérés par la volatilisation, on ne peut pas dire qu'elle soit toujours nulle chez les sujets opérés par le procédé de Whitehead. La douleur n'est pas, comme on l'a dit, fonction d'infection. Lorsqu'on pratiquait la dilatation seule, elle apparaissait souvent, elle ne saurait évidemment être moindre après la dilatation suivie de la cautérisation et l'excision sanglante.

M. Bazy insiste, en terminant, sur la situation, voire même les dfificultés du procédé de Whitehead. Il insiste surtout sur la nécessité de pratiquer la suture bien exactement au niveau de l'union de la muqueuse avec la peau.

M. BERGER, au risque de réveiller les stupéfactions douloureuses de M. Delbet, vient de nouveau défendre la cautérisation comme étant un excellent mode de traitement des hémorroïdes. Toutefois, il résulte de cette discussion qu'on possède aujourd'hui différents procédés pouvant donner de très bons résultats pour le traitement des prolapsus hémorroïdaires.

M. Berger croit devoir séparer, en effet, les prolapsus hémorroïdaires des hémorroïdes simples. Celles-ci, d'ailleurs, doivent être divisées en quatre catégories suivant les accidents auxquels elles donnent lieu, suivant qu'elles sont saignantes, douloureuses, enflammées ou prolabées. Il y a des cas dans lesquels ces quatre complications coexistent. Ces quatre variétés doivent être traitées d'une manière distincte.

La dilatation s'applique aux trois premières, tandis qu'elle est contre-indiquée dans la quatrième. Elle constitue un excellent moyen de traitement; il y a même des cas pour lesquels elle suffit à elle seule; dans les cas de prolapsus, au contraire, elle serait plutôt nuisible qu'utile. Verneuil lui-même insistait sur cette contre-indication. Or, dans ces cas de prolapsus, M. Berger est très nettement partisan de la cautérisation. Il est d'accord avec MM. Tillaux et Pozzi sur son action hémostatique. M. Berger est resté fidèle à la volatilisation suivant le procédé de Richet. Voici comment il procède :

Le malade est purgé deux jours d'avance; l'opération est pratiquée sous le chloroforme; comme précautions antiseptiques, M. Berger se contente de laver, de savonner et de passer au sublimé la région; cela fait, il fait sortir le prolapsus, l'attire facilement au dehors, pose une anse de crin de Florence sur les pédicules, fait la dilatation et cautérise les différents paquets hémorroïdaires qui disparaissent aussitôt sous cette volatilisation. La pince-cautère doit être portée au rouge sombre. Il donne ensuite de l'opium aux malades et les purge seulement le quatrième jour.

M. Berger suit cette pratique depuis vingt-cinq ans, et il n'a eu qu'une seule fois une hémorragie, d'ailleurs légère. Jamais il n'a constaté d'accidents consécutifs; la douleur est très supportable quand elle existe; parfois elle est nulle. Il n'y a pas de rétrécissements consécutifs; il n'y a pas de récidives.

Que peut-on donc reprocher à ce procédé?

M. Berger ne dit pas qu'à l'occasion il n'aurait pas recours à l'excision avec le procédé de Whitehead, mais ce procédé demande d'abord une préparation minutieuse du rectum, au point de vue de l'asepsie, puis il exige, consécutivement un tamponnement souvent pénible. Enfin, ce qu'il reproche surtout au procédé de Whitehead, c'est qu'il ne peut être pratiqué que par un chirurgien rompu à l'asepsie, c'est que c'est un procédé à proprement parler chirurgical, tandis que la volatilisation n'exige ni soins préalables spéciaux, ni soins consécutifs compliqués, ni habileté chirurgicale exceptionnelle, ni précautions antiseptiques exagérées, c'est qu'enfin c'est un procédé à la portée de tous les praticiens.

Voilà pourquoi M. Berger préfère la volatisation, comme méthode de traitement des hémorroïdes, au risque de s'exposer au reproche de pratiquer une chirurgie d'un autre âge.

M. TUFFIER dit qu'il ne saurait y avoir de traitement unique des hémorroïdes; il faut distinguer des cas différents et appliquer à ces cas des méthodes de traitement différentes. Il y a d'abord toute une catégorie d'hémorroïdes qui ne réclament aucun traitement et auxquelles on ne doit pas toucher; il y en a qu'on peut opérer, il y en a qu'il faut opérer. L'intervention n'est pas urgente dans tous les cas.

Au point de vue de l'indication du procédé opératoire, il faut tenir compte des accidents qui résultent de la présence des hémorroïdes, hémorragies, douleurs ou prolapsus. Ces accidents, en effet, ne sont pas tous justiciables du même traitement. Quand il n'y a que la douleur, la dilatation doit suffire le plus souvent. Quant à l'hémorragie, il faut rechercher d'où elle provient et agir en conséquence. L'excision totale de la muqueuse appliquée à tous les cas d'hémorroïdes est certainement exagérée.

M. Tuffier a employé tous ces différents procédés : dilatation simple en cas de douleurs, cautérisation au thermocautère, pour les simples varices hémorroïdaires, section et ligature des vaisseaux pour les bourrelets hémorroïdaires, procédé de Whitehead pour le bourrelet complet avec prolapsus. La conduite du chirurgien doit varier suivant ces cas et il faut savoir être éclectique.

M. RECLUS croit pouvoir conclure de cette discussion que le traitement des hémorroïdes peut revendiquer un grand nombre de procédés également efficaces. Si on ne peut douter des bons résultats fournis par l'ignipuncture à MM. Pozzi et Tillaux, on ne saurait nier davantage les excellents résultats qu'obtiennent M. Reclus et ses collègues de l'excision sanglante. M. Reclus rappelle qu'il avait recours au procédé qu'il a fait connaître bien avant que ne fût connu le procédé de Whithead. Quand il a senti qu'il était bien maître de son asepsie, M. Reclus s'est demandé pourquoi il ne remplacerait pas le thermocautère par le bistouri, et c'est ce qu'il a fait. Il faut observer que son

procédé est applicable à tous les cas, en ce sens, que quand il y a peu d'hémorroïdes, il coupe peu de tissus, quand il y a beaucoup d'hémorroïdes, il coupe beaucoup de tissus; si tout est pris, il enlève tout. Les limites de son excision correspondent toujours à l'union des parties saines aves les parties malades. M. Reclus, par ce procédé, n'a jamais constaté de récidive. Il emploie le catgut, il a recours à la cocaïne.

Rien n'est plus subjectif ni contingent que la douleur. Cependant il lui semble bien que l'excision sanglante est moins douloureuse que la cautérisation. Quant à la rétention d'urine, elle n'existe pas.

Au début, Verneuil appliquait la dilatation à tous les cas, mais il n'a pas tardé à l'abandonner dans les cas de prolapsus.

En résumé, préparation du malade, mode de ligature au catgut, absence de toute complication, guérison certaine et durable, tel est le bilan du procédé proposé par M. Reclus qui croit pouvoir conclure qu'il guérit ses malades facilement, sûrement et radicalement.

RAPPORT

Tumeur inflammatoire du cæcum. — M. GÉRARD MARCHANT fait un rapport sur une observation adressée par M. Demoulin. Voici le résumé de cette observation :

M. Demoulin est appelé, dans le service de M. Bazy, auprès d'une jeune femme de vingt-cinq ans, présentant des phénomènes d'obstruction intestinale, avec température basse, faciès grippé, état général mauvais. M. Demoulin fait la laparatomie, se porte du côté du cæcum où il croit sentir un corps dur. Il dévide l'intestin et s'assure qu'il n'y a pas d'obstacle en cours des matières; il revient du côté du cæcum, trouve un noyau dur du volume d'une noix, de 4 centimètres de haut sur 3 centimètres et demi de large, fait une taille cæcale, extirpe la tumeur et fait la suture à trois étages du cæcum.

Après quelques injections de sérum pratiquées sur le conseil de M. Bazy, la malade se remonte : le troisième jour, elle allait bien et guérit rapidement.

Quelle était cette tumeur? Ce n'était ni du cancer, ni du tubercule, c'était un simple épaississement inflammatoire ayant entraîné un rétrécissement de l'intestin.

C'est là un fait curieux et rare. M. Richelot a fait un rapport sur un cas semblable opéré par M. Hartmann. M. G. Marchant en a, lui-même, observé un cas analogue : il s'agissait d'une malade présentant des signes d'obstruction intestinale. M. Marchant fait la laparatomie, trouve une coudure de l'intestin, défait cette coudure et referme le ventre. La malade meurt le soir. A l'autopsie, on trouve des anses intestinales agglutinées, une dilatation énorme de l'iléon correspondant à un cæcum atrophié, rétréci. Il s'agissait également dans ce cas d'une tumeur inflammatoire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Cancer du cæcum. — M. MONOD présente une tumeur iléo-cæcale opérée par M. Oswald. Le diagnostic porté avait été celui de tumeur maligne de l'ovaire. Il s'agissait d'un néoplasme du cæcum qui fut enlevé; après quoi, on fit une suture anastomotique.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le traitement chinois de la diphtérie.

Par le docteur A. BODDAERT.

Au milieu des victoires nouvelles de la sérothérapie, il pourra sembler étrange de venir parler d'un mode de traitement de la diphtérie, vieux de plusieurs siècles déjà.

C'est celui que les médecins chinois continuent à pratiquer aujourd'hui même, dans la mère patrie, aux Indes hollandaises, en Californie, etc., et qui a résisté jusqu'à présent à l'invasion du sérum de Roux.

Le traitement de l'angine et de la laryngite diphtériques est resté, à Batavia, le monopole des habitants du Céleste Empire. Il n'est pas rare de voir à l'occasion d'un cas de ce genre éclatant dans la famille d'un haut fonctionnaire européen, le chef de la famille avoir recours à l'assistance d'un de nos confrères chinois, soit comme médecin traitant, soit comme consultant.

Quoi d'étonnant que, dans ces conditions, les médecins hollandais aient tâché d'étudier et de suivre de plus près un traitement dont ils voyaient journellement les bons résultats? La mortalité des cas de diphtérie vraie, traités par la méthode chinoise, ne serait, en effet, que de 20 p. 100. Au prix de mille difficultés, le docteur A. G. Vorderman (de Batavia) est parvenu à s'initier à cette méthode.

Le traitement chinois se compose de trois parties :

1° Une poudre destinée à être employée localement;

2° Une potion;

3° Un régime approprié.

Il existe à Batavia, dans la ville chinoise, des maîtres laryngologistes; parmi ceux-ci, le plus célèbre est Si-Ma-In; il demeure à Grang-Torong, près Glodok : c'est le descendant d'une longue série d'esculapes à peau jaune. L'ordonnance médicale est, comme de juste, écrite à l'encre de chine sur papier de riz; elle est souvent ornée d'un en-tête en lettres rouges, indiquant le nom, l'adresse, les heures de consultation du praticien. L'équivalent chinois du « Recipe » fait défaut. Les différentes substances, leurs quantités respectives se trouvent énumérées à la suite les unes des autres, de haut en bas et de droite à gauche. La prescription n'est pas signée, elle est rendue au malade.

Voici tout d'abord la composition de la poudre topique :

Perles fines pulvérisées finement. . .		15g.44
Sédiment urinaire de jeunes enfants préparé.		11 ,18
Bézoard de bœuf ou de singe		5 ,86
Rhizome de coptis pulvérisé, ...		15 ,44
Charbon végétal provenant de prunes	ââ	7 ,72
Écume d'indigo	ââ	
Bornéol pulvérisé.	ââ	
Racine de réglisse pulvérisée		3 ,86
Borax calciné pulvérisé.		3 ,86
Cinabre natif pulvérisé		11 ,58
Acétate de cuivre pulvérisé		1 ,93

Pour son usage personnel, le docteur Vorderman a supprimé, sans inconvénients d'ailleurs, le sédiment urinaire préparé et l'écume d'indigo.

La suppression de ces deux produits entraîne une notable réduction dans le prix du médicament.

L'emploi de cette poudre est des plus simples : on en dispose une petite quantité à une des extrémités d'un tuyau fait en papier, et on l'insuffle doucement sur la partie malade. Il paraît qu'au bout de peu de jours on limite ainsi le processus diphtérique. Chez les enfants de mauvaise composition, le médecin chinois enfonce, jusqu'à la hauteur des amygdales, une sorte de canon métallique qui facilite les manœuvres.

La potion n'est en somme qu'une décoction composée d'une douzaine de plantes de la pharmacopée chinoise dont certaines auraient des propriétés fébrifuges ou diurétiques.

Le malade gardera le lit, la chambre sera aérée mais protégée contre les vents violents. Il ne prendra pas de bains. L'usage de la glace à l'intérieur, du sucre, de la graisse, des fruits lui sera sévèrement défendu. Il se nourrira de riz légèrement cuit, d'œufs et de poissons secs du genre Ophiocephalus. Toutes les boissons auront été, au préalable, portées à ébullition.

Enfin, et conformément à l'usage chinois qui veut que le client devenu malade cesse momentanément de payer son abonnement médical, aussitôt guéri, il se rendra chez son médecin pour y acquitter le prix de la poudre, aussi coûteuse que salutaire. (*Rev. méd. de Montréal.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 JUILLET 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 3 JUILLET 1899, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 2e (fin d'année, officiat) : MM. Blanchard, Poirier et Retterer ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Delbet ; — (2e série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Méry ; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Humbert, Reclus et Legueu ; — (2e série) : MM. Blum, Lejars et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Gaucher ; — M. Dupré, suppléant.

MARDI 4 JUILLET, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Debove, André et Thiroloix ; — M. Gley, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Vaquez ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Troisier et Marfan ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Panas, Le Dentu et Faure ; — (2e série) : MM. Guyon, Berger et Thiéry ; —(2e partie) : MM. Jaccoud, Hutinel et Ménétrier ; — M. Albarran, suppléant.

MERCREDI 5 JUILLET, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

A une heure. — 3e (2e partie) : MM. Lancereaux, Teissier et Launois.

3e (fin d'année, officiat) : MM. Poirier, Gilles de la Tourette et Widal ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Blum, Rémy et Legueu ; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Mauclaire ; — M. Delbet, suppléant.

JEUDI 6 JUILLET, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Poirier, Faure et Wallich ; — (2e partie) : MM. Blanchard, Troisier et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Debove et André ; — M. Rémy, suppléant.

VENDREDI 7 JUILLET, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Walther et Wallich ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Reclus, Delbet et Sébileau ; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Landouzy et Teissier ; — (2e série) : MM. Joffroy, Gaucher et Widal ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Grancher, Wurtz et Thoinot ; — (2e série) : MM. Hayem, Lancereaux et Dupré ; — M. Mauclaire, suppléant.

SAMEDI 8 JUILLET, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

1er (ancien régime) : MM. Blanchard, Desgrez et Broca (André).

2e (officiat définitif) : MM. Quénu, Vaquez et Launois ; — M. Retterer, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Roger ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Marfan et Achard ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (2e partie) *Pitié* (1re série) : MM. Cornil, Raymond et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Widal ; — M. Poirier, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899.

1. M. THIBAULT. Essai psychologique et clinique sur la sensation du « Déjà vu ». — 2. M. VIOLLE. Étude clinique des lésions de la table interne de l'apophyse mastoïde consécutives aux otites moyennes suppurées. — 3. M. CHAHINIAN. Contribution à l'étude de la neurasthénie liée aux trois grandes étapes génitales de la femme : puberté, union sexuelle, ménopause. — 4. M. MONGIE. Contibution à l'étude de la luxation iléo-pubienne traumatique récente et de son traitement. — 5. M. VALLET. Quelques considérations sur la tuberculose tibio-tarsienne. — 6. M. ROUCHAUD. De l'hypertrophie des amygdales à la période secondaire de la syphilis. — 7. M. AUBERT. Médecine légale militaire : surdité simulée. — 8. M. NORMET. Contibution à l'étude des fistules entéro-vaginales consécutives aux opérations pratiquées par la voie vaginale. — 9. M. BAILLIF. La chirurgie des fistules du canal de Sténon. — 10. M. COUILLARD-LABONNOTTE. Contribution à l''étude de la tuberculose de la clavicule et de ses articulations. — 11. M. GEORGES. Du lit plâtré dans le traitement des gibbosités pottiques et des scolioses graves chez les tout jeunes enfants. — 12. M. DELMAS-MARSALET. — Etude de l'installation, du fonctionnement, des premiers résultats cliniques fournis par la médication salée à l'hôpital des Enfants de Bordeaux. — 13. M. MESCHINET DE RICHEMOND. De l'hydrocèle en bissac de Dupuytren. — 14. M. RÉJOU. De l'opportunité d'une intervention chirurgicale rapide de l'ulcère de l'estomac. — 15. M. NAURCILS. De la grossesse et de l'accouchement dans leurs rapports avec les lésions valvulaires du cœur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Concours d'accouchement (séance du 23 juin) : MM. Brindeau, 29 ; Schwab, 26.

A la suite de ce concours, M. le docteur Brindeau est nommé accoucheur des hôpitaux.

— M. le docteur Quénu vient d'être cruellement frappé par la mort de son jeune fils. Nous lui adressons nos bien vives condoléances.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — A la suite du concours ouvert le 19 juin, M. le docteur Guillot est nommé chef de clinique chirurgicale des enfants malades.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs de Grissac (d'Argenteuil) ; Jablonski, médecin du lycée et des écoles normales de Poitiers, médecin-inspecteur des écoles ; Roland, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

M. le docteur Cibiel, conseiller général à Lusignan, est nommé officier d'Académie.

M. Albin Rousselet, directeur du *Journal de l'Assistance publique*, vient de recevoir une médaille d'honneur décernée par la Société d'encouragement au bien.

Guerre. — M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz vient de se rendre à Montluçon pour s'assurer de l'état sanitaire du 121e régiment d'infanterie.

Changement dans la tenue des médecins militaires. — Le ministre de la Guerre a notifié récemment la description d'une nouvelle vareuse destinée aux officiers du corps de santé et à un certain nombre de fonctionnaires de l'armée. Voilà qui va faire l'affaire des tailleurs, mais le besoin s'en faisait-il bien sentir ?

Voyages d'études aux eaux minérales. — Le voyage qui aura lieu du 2 au 13 septembre 1899, sous la direction du professeur Landouzy, comprendra Néris, la Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy,

Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, St-Honoré, Pougues.

Seront seuls admis les médecins français ou étrangers, les étudiants, les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Point de réunion : gare de Montluçon (Néris), le 2 septembre.

Conditions : Prix à forfait, 200 francs, comprenant tous les frais, depuis l'arrivée à Montluçon jusqu'à la séparation à Pougues (transports, hôtels, nourriture, pourboires). Dans ce prix est compris le dîner en wagon-restaurant pour les voyageurs rentrant de Pougues à Paris, le 13 septembre. Prévenir avant le 5 septembre.

Pour aller à Montluçon et revenir de Pougues, les Compagnies accordent réduction de moitié. Cette réduction est étendue aux femmes des médecins sur l'Etat, l'Ouest, le P.-L.-M.

S'inscrire chez le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris, en envoyant : 1° nom et adresse lisiblement écrits, 2° nom de la gare de départ, 3° jour et heure de l'arrivée en gare de Montluçon, 4° mandat-poste de 200 francs.

Dernier délai d'inscription : 15 août 1899.

Intérêts professionnels. — Le Conseil d'État vient de prendre une décision qui intéressera vivement les familles des fonctionnaires coloniaux. Un fonctionnaire s'étant suicidé dans un accès fébrile, sa veuve s'adressa au Conseil d'État pour faire valoir ses droits à une pension. Le Conseil d'État lui donna raison : « Attendu qu'il résulte de l'instruction que l'accès doit être attribué aux effets de la maladie endémique contractée dans la colonie. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Barrault, médecin en chef de l'Infirmerie centrale des prisons de Paris et de la Petite-Roquette, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 23 juin, dans sa soixantième année. Le docteur Barrault a occupé, pendant longtemps, une place importante dans la presse médicale, où il a laissé une réputation d'écrivain très distingué et de critique avisé. — MM. Chargelaigue (de Couhé), Dupas (de Wallers), Foret (de Pau), Françon (de Thoissey), Morin (d'Aix-en-Othe), Salter (de Bucarest), Schulten (d'Helsingfors), Stenner (de Jassy), Zinnis (d'Athènes).

Un bateau désinfecteur. — La marine des Etats-Unis vient d'être dotée d'une unité absolument nouvelle ; il s'agit d'un steamer — le *Protector* — destiné à la désinfection des navires, des cargaisons et des équipages contaminés.

A l'avant de ce bateau se trouve un appareil pour la production, en grandes quantités, des vapeurs soufrées, qui peuvent être conduites par un système de tuyaux jusqu'au bateau à désinfecter. Il y a, en outre, des chambres de combustion et des ventilateurs très puissants pour la désinfection des cales par les panneaux d'écoutille.

A l'arrière du *Protector* ont été installés un générateur de formaldéhyde et une chambre de stérilisation pour les effets.

Au centre, outre les chaudières et les machines du bateau, se trouvent une cinquantaine de salles de bains, fort bien aménagées, où les équipages contaminés pourront prendre toutes les précautions hygiéniques nécessaires.

Enfin, le *Protector*, dont la longueur mesure 25 mètres et qui file 18 nœuds en temps normal, est équipé suivant tous les principes de la prophylaxie moderne et comporte un état-major complet d'infirmiers et de médecins. (*Le Médecin*, Bruxelles.)

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Grande nouvelle : l'Académie a décidé, dans son comité secret tenu au cours de la séance, qu'elle prendrait à l'avenir des vacances du 1er août au 15 septembre. Pendant ce temps, une commission permanente sera chargée d'expédier les affaires courantes et de répondre aux demandes des pouvoirs publics. Le recrutement de cette commission permanente ne se fera pas, paraît-il, sans difficultés.

M. Hanriot, chargé d'un rapport sur une demande d'autorisation d'exploiter les sources minérales de Levico (Tyrol), avait conclu en proposant d'accorder cette autorisation. Mais, sur des observations présentées par MM. Bouchardat, Gautier, Robin, Moissan, craignant que l'usage de cette eau, qui contient 6 milligrammes d'acide arsénieux par litre, ne soit pas sans danger, l'Académie a renvoyé le rapport à la commission des eaux minérales. Elle a adopté, par contre, le vœu suivant proposé par M. Hanriot : « La vente des eaux minérales serait libre, sauf pour les eaux minérales purgatives, arsenicales ou sulfureuses. La vente de ces eaux ne pourra être faite que par des pharmaciens munis du diplôme français. »

M. Richelot a fait un rapport sur un travail de MM. Peraire et Mally, ayant pour titre : Traitement chirurgical de certains pieds-bots paralytiques par la greffe anastomotique musculo-tendineuse. Cette opération permet d'améliorer dans une large mesure l'état fonctionnel de certains pieds-bots paralytiques. Elle est l'opération de choix pour les pieds-bots paralytiques avec lésions définitives mais limitées. Elle semble préférable à l'ostéotomie et permet d'éviter les résections étendues du squelette du pied.

M. Clozier (de Beauvais) a rapporté l'observation d'une jeune fille hystérique atteinte de vomissements incoercibles et d'attaques cataleptiques, qui ont cédé à la compression des points que l'auteur appelle zones hystéroclasiques, en particulier à la compression du point cardiaque.

La parole a été donnée à M. Apostoli, pour la lecture d'un travail sur l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'arthritisme. L'auteur pense que, si le courant statique reste par excellence le mode électrique le plus actif contre les états hystériques, le courant de haute fréquence, sans être une panacée applicable à tous les cas indistinctement, est très efficace contre les principales manifestations pathologiques de l'arthritisme. C'est avant tout, ajoute M. Apostoli, un médicament de la cellule et un modificateur puissant de la nutrition générale qu'il peut activer et régulariser en même temps.

M. Hutinel a été élu, à la presque unanimité des suffrages, membre titulaire dans la section de thérapeutique. Nous nous unissons à ses élèves et à ses nombreux amis pour lui adresser nos très vives félicitations.

LES LUXATIONS TOTALES DE L'ASTRAGALE

Par Georges LUYS,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

I

Historique. — Les luxations de l'astragale ont peu occupé les anciens auteurs, et les travaux entrepris sur ce sujet ne datent guère que du commencement du siècle. On pourrait, à la rigueur, en trouver des traces dans Hippocrate, après lequel on serait obligé d'arriver à Fabrice de Hilden (1) qui, en 1608, donne une première observation.

En réalité, c'est Boyer qui deux cents ans plus tard, paraît être le premier à avoir attiré l'attention sur cette question, sans cependant établir de type clinique bien défini.

Parmi les chirurgiens qui ont apporté le plus de lumière sur ces luxations, il faut citer Desault (2), qui en a observé plusieurs exemples ; Astley Cooper (3), qui en parle surtout au point de vue de la gravité, et Dupuytren (4). Rognetta (5) les étudia principalement au point de vue du mécanisme et des suites consécutives à la luxation de l'os. Turner (6) consacra aux luxations sous-astragaliennes une longue monographie où il rassembla toutes les observations connues. Nélaton (7), en 1847, fut le premier qui présenta un article sur les luxations de l'astragale. Il fit un résumé de la question et donna, avec des indications étiologiques précises, des observations originales.

En 1853, P. Broca lut à la Société de chirurgie un mémoire devenu célèbre, où il s'est surtout attaché à diffé-

(1) FABRICE DE HILDEN. Observatio XLVII, nov. 1608.
(2) DESAULT. *Œuvres chirurgicales*, t. I.
(3) A. COOPER. *On dislocations and fractures of the joints*, London 1826.
(4) DUPUYTREN. *Leçons orales de clinique chirurgicale.*
(5) ROGNETTA. *Arch. gén. de méd.*, 1833.
(6) TURNER. *On dislocations of the astragalus*, London 1843.
(7) NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, 1847-1848.

rencier les différentes variétés de luxations astragaliennes, toutes étant confondues sous la rubrique générale des luxations du cou-de-pied. Il créa, en outre, le type des luxations sous-astragaliennes (1).

Après Broca, Malgaigne (2), dans un remarquable traité, étudia à nouveau ces luxations. Il entrevit le mécanisme propre à chaque variété et donna une classification nouvelle restée classique.

Parmi les travaux plus récents nous citerons les articles des Dictionnaires, par Léon Labbé (3) et par Delorme (4), les thèses de Dubreuil (5), de Du Bourg (6), de Barral (7), de Dehoey (8), les travaux de Quénu (9), non seulement à la Société anatomique, mais aussi à la Société de chirurgie; ceux de Poinsot (10) qui, en 1877, discutait les modes d'intervention; enfin, et surtout, le remarquable mémoire de Rochet (11), qui étudia expérimentalement le mécanisme des luxations de l'astragale.

Anatomie pathologique. — Les luxations de l'astragale se divisent en deux grands groupes :

1° Les LUXATIONS SOUS-ASTRAGALIENNES dont nous ne parlerons pas, qui se caractérisent par ce fait que l'astragale conserve ses rapports normaux avec la mortaise péronéo-tibiale. Tout le déplacement s'effectue au niveau des articulations astragalo-calcanéennes et astragalo-scaphoïdiennes, d'où le nom de luxations astragalo-calcanéo-scaphoïdiennes qu'Hamilton leur avait donné (12).

2° Les LUXATIONS DE L'ASTRAGALE PROPREMENT DITES (LUXATIONS DOUBLES, LUXATIONS TOTALES), dans lesquelles l'astragale perd tous ses rapports avec les os qui l'emboîtent, aussi bien avec la mortaise tibio-péronnière, qu'avec les os du tarse. Ce sont ces dernières qui seules nous occuperont.

Ces luxations totales qui s'observent plus fréquemment que les précédentes, nous offrent une foule de variétés suivant le degré et suivant l'axe du déplacement, et l'on peut, avec Nélaton (13), en considérer quatre groupes.

A. L'astragale, ayant perdu toute connexion avec la mortaise péronéo-tibiale et les os du tarse, est expulsé hors de sa cavité articulaire.

On peut désigner cette variété avec B. Anger sous le nom d'*énucléation*. Le déplacement peut se faire en avant, en arrière, en dehors, en dedans ou dans une direction mixte.

B. *Luxation par renversement de Malgaigne.* — Ici l'astragale restant dans sa mortaise ou incomplètement sorti de cet espace, s'incline de manière que sa poulie regarde soit en dehors, soit en dedans.

L'axe vertical de l'astragale devient ainsi horizontal.

Si le renversement n'est que de 90 degrés, la face supérieure de l'os tend à devenir soit interne, soit externe, et la poulie astragalienne se met ainsi en rapport avec l'une des deux malléoles.

Si le renversement atteint 180 degrés, on a la luxation sens dessus-dessous dans laquelle la face supérieure de l'astragale regarde en bas, et la face interne en dehors.

C. *Luxation par rotation sur place de Malgaigne.* — Ici l'astragale restant toujours dans sa mortaise éprouve un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur, de manière à se placer perpendiculairement à cet axe. La tête astragalienne déborde alors une des malléoles en dedans ou en dehors et l'axe antéro-postérieur devient ainsi transversal sur le calcanéum. Ce déplacement a été observé par Laumonier, Foucher et Verhely (cités par Malgaigne).

D. *Rotation autour de l'axe transversal.* — Dans cette variété, le corps de l'astragale est presque toujours séparé de la tête par une fracture. L'astragale pirouette alors sur son axe transversal, sa face supérieure devenant antérieure ou postérieure. Deux faits de la sorte ont été cités par Denonvilliers et par Guérin.

Symptômes. — Des quatre groupes de luxation astragalienne que nous venons de décrire, nous ne retiendrons que le premier, et nous n'étudierons au point de vue clinique que l'*énucléation* de l'astragale, qui de beaucoup est le cas le plus fréquent.

Cette *énucléation*, c'est-à-dire cette expulsion de l'os en dehors de la cavité osseuse qui le contient, peut se faire dans quatre directions principales, en avant, en arrière ou latéralement. Mais dans l'immense majorité des cas, ces déplacements se font dans des directions intermédiaires, et parmi celles-ci, de beaucoup la plus fréquemment observée est la luxation en avant et en dehors.

La *luxation en avant et en dehors* est en effet une variété commune et l'observation que nous rapportons plus loin, correspond à ce type. Elle succède le plus souvent à une chute sur les pieds survenant dans telle position bien spéciale que nous spécifierons dans un instant. L'aspect des parties est le suivant :

Le pied se trouve en forte adduction, et la plante regarde presque directement en dedans; tout le bord interne est creusé et raccourci et tandis que la pointe du pied est dirigée en dedans, le talon se trouve au contraire porté en dehors.

Tous les mouvements actifs d'extension, de flexion ou d'abduction du pied sont, sinon impossibles, du moins très limités et très douloureux.

Ajoutons à cela que les téguments de la face dorsale du pied sont extrêmement distendus et que cette distension peut même parfois aller jusqu'à la rupture.

A la palpation, on peut se rendre compte que le tibia, qui paraît comme enfoncé dans les chairs, repose sur le calcanéum. Le péroné fait, sous les téguments soulevés, une saillie notable et il est possible de reconnaître en avant et en dehors la présence de la tête et de la poulie astragaliennes. Cette tête est directement appliquée soit sur les cunéiformes, soit sur le cuboïde, soit parfois sur les métatarsiens.

La *luxation en avant et en dedans* est plus rarement observée. Dans ce cas, l'astragale se porte en avant du tibia, le pied est en abduction et l'on sent un vide en avant de la malléole externe.

La *luxation directement en avant* est un fait rare. On constate dans ce cas que l'axe du pied n'est pas dévié et que le pied est dans une extension modérée. L'astragale forme une saillie mobile sur le pied et sous les os de la jambe et qui s'appuie sur le scaphoïde et sur les cunéiformes.

(1) BROCA. Soc. de chir., 1853.
(2) MALGAIGNE. *Traité des luxations.*
(3) Léon LABBÉ. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. ASTRAGALE.
(4) DELORME. *Dict. Jaccoud*, art. PIED.
(5) DUBREUIL. Th. de Paris, 1864.
(6) DU BOURG. Th. de Paris, 1874.
(7) BARRAL. Th. de Montpellier, 1868.
(8) DEHOEY. Th. de Lyon, 1894.
(9) GUÉRIN. Soc. anat., 1889; — Soc. de chir., 1894.
(10) POINSOT. Paris 1877.
(11) ROCHET. *Revue d'orthop.*, 1890.
(12) HAMILTON. *Traité des luxations.*
(13) NÉLATON. In Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, t. III.

Les *luxations latérales en dedans ou en dehors* s'accompagnent presque toujours de fractures des malléoles. C'est au-dessous de celles-ci que vient se loger l'astragale et l'axe du pied se dévie en sens contraire du déplacement.

La *luxation directe en arrière* est rare. Le pied est raccourci en avant et la dépression, existant normalement entre le tibia et le tendon d'Achille, est remplacée par une saillie considérable due à la tête de l'astragale et située au-dessus du calcanéum qui a gardé sa position naturelle. En avant du tibia se trouve une dépression indiquant la fuite de l'os.

De la *luxation en arrière et en dehors* de même que de la *luxation en arrière et en dedans*, peu de choses à dire, car il en existe à peine une seule observation de chacune. L'astragale vient se loger entre le tendon d'Achille et l'une des malléoles.

Étiologie. — Les luxations totales ou doubles de l'astragale sont plus fréquemment observées que les luxations sous-astragaliennes. Elles succèdent le plus souvent à une violence considérable, et dans l'immense majorité des cas elles ne se rencontrent que chez des sujets adultes vigoureux, presque toujours du sexe masculin. Et cela est aisé à comprendre, car pour qu'une luxation de cette nature puisse se produire de préférence à une fracture soit du péroné, soit du tibia, il est indispensable que les deux os de la jambe soient très résistants et ne puissent céder sous l'influence de la violence du traumatisme.

Presque dans toutes les observations, on note, comme cause directe de ce genre de luxation, une chute faite d'un lieu élevé sur la plante du pied.

Mécanisme. — Par quel mécanisme l'astragale peut-il être ainsi luxé et quitter sa loge tibio-calcanéenne?

C'est Rognetta (1) qui, le premier, étudia ces luxations expérimentalement, mais il ne put réussir à les reproduire, arrêté qu'il était devant l'impossibilité de rompre le puissant ligament interosseux astragalo-calcanéen. Cet auteur faisait jouer le principal rôle à l'extension du pied sur la jambe et concluait que toute luxation latérale de l'astragale devait être d'abord antérieure.

Henke, pour reproduire la luxation, coupait tous les ligaments qui rattachaient l'astragale aux os avoisinants, mais se trouvait ainsi dans des conditions évidemment bien différentes de celles observées sur le vivant. Il concluait que la luxation double de l'astragale se produisait par la combinaison de deux luxations : une luxation tibio-tarsienne résultant d'une flexion plantaire ou dorsale, et ensuite une luxation sous-astragalienne qui, secondaire, résulterait d'un mouvement d'adduction ou d'abduction. Mais c'était là uniquement la constatation d'un fait évident, et cela n'éclairait pas la question.

Rochet (2), enfin, a fait sur ce sujet une étude très soignée et des expériences nombreuses. Il admet que, pour produire ces luxations, il faut un choc brusque et intense, portant sur l'extrémité supérieure du tibia et transmis intégralement de haut en bas par cet os à l'astragale. Celui-ci, pressé entre le tibia et le calcanéum, glisse sur ce dernier et se luxe, pourvu que la jambe et le pied soient, l'un par rapport à l'autre, dans une attitude autre que celle de la station debout normale. Si, en effet, le blessé tombe sur le pied en rectitude et non tordu, droit sur la semelle plantaire, on a des fractures osseuses, mais pas de luxations. Pour que la luxation se produise, il faut donc que le pied soit sur la jambe ou en extension, ou en flexion, ou en adduction, ou en abduction, de manière que l'astragale puisse glisser sur des facettes calcanéennes devenues obliques grâce à l'inclinaison du pied dans tel ou tel sens. L'extension forcée du pied sur la jambe amènera la luxation en avant. La flexion forcée produira la luxation en arrière. L'abduction forcée engendrera une luxation en dedans. L'adduction forcée donnera naissance à une luxation en dehors. La combinaison de ces diverses attitudes produira des luxations intermédiaires. L'extension et le varus amèneront la luxation en avant et en dehors. La flexion et le valgus produiront la luxation en arrière et en dedans.

(1) Rognetta. Loc. cit.
(2) Rochet. Loc. cit.

Diagnostic. — Le diagnostic de la luxation totale de l'astragale devra se faire par l'examen attentif du déplacement de l'os. C'est par une palpation minutieuse des os, par une étude soignée de l'état des surfaces articulaires et par la comparaison avec les parties homologues du côté sain, que l'on arrivera à préciser exactement la nature de la luxation.

La *fracture de Dupuytren* sera en général facilement diagnostiquée par la recherche méthodique et précise de la douleur. La pression sur la malléole interne permettra de reconnaître un trait de fracture transversal situé à un centimètre au-dessus de sa pointe, tandis que du côté du péroné la solution de continuité siégera à 5 ou 6 centimètres de la malléole péronnière et sera oblique en bas, en avant et en dedans.

La *fracture de l'astragale* sera souvent plus difficile à reconnaître. On tiendra compte ici de l'élargissement du cou-de-pied qui en général est très marqué, et de la tuméfaction très considérable de la région, coïncidant avec une déviation souvent nulle du pied. La recherche de la crépitation en imprimant des mouvements divers au pied permettra parfois de reconnaître les caractères de la crépitation en *sac de noix*. Enfin, caractère important, il y a dans la fracture de l'astragale une amplitude anormale des mouvements des articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne, amenant une exagération des mouvements d'adduction et de rotation interne, contrairement à ce qui se passe dans la luxation.

Ajoutons qu'il y a souvent coïncidence entre la fracture et la luxation de l'astragale.

Le diagnostic avec la *luxation tibio-tarsienne* sera souvent très délicat.

Dans le cas de *luxation tibio-tarsienne en avant*, l'extrémité tibiale forme en avant une forte saillie au-dessous de laquelle est une profonde dépression; en arrière, la palpation permet de reconnaître entre la faee postérieure du tibia et le tendon d'Achille, la présence de l'astragale non dévié. Enfin, l'avant-pied est raccourci et l'arrière-pied allongé. Tous ces signes étant exactement le contraire de ceux observés dans la luxation totale de l'astragale en avant.

Dans le cas de *luxation tibio-tarsienne en arrière* les malléoles sont rapprochées de la plante du pied et immédiatement en avant du tendon d'Achille, lequel est refoulé en arrière; devant les malléoles se dessine la saillie très nette de l'astragale non dévié. Dans la luxation totale, l'astragale forme au contraire une saillie considérable entre les os de la jambe et le tendon d'Achille refoulé.

Dans le cas de *déplacement en dedans*, il y a, dans la luxation tibio-tarsienne, saillie en dedans de la malléole interne, et

au-dessous une dépression. Dans la luxation totale, on voit d'abord la saillie de la malléole interne en avant, puis une autre saillie qui n'est autre que l'astragale mobile latéralement que l'on peut reconnaître par le toucher.

Dans le cas de *déplacement en dehors*, dans les deux cas la malléole interne est effacée et la malléole externe fait une saillie en dehors. Le diagnostic se fera, d'une part, par la recherche de la mobilité latérale de l'astragale, déplacé dans le cas de luxation totale, et, d'autre part, par la constatation d'une fracture du péroné, à 6 centimètres de la pointe qui accompagne presque toujours cette variété de luxation tibio-tarsienne.

Le diagnostic avec la *luxation sous-astragalienne* est parfois hérissé de difficultés.

Dans le cas de *déplacement en avant*, ce sera par la reconnaissance de la saillie de l'astragale qu'on s'éclairera.

Dans la luxation sous-astragalienne, on ne peut sentir que la tête astragalienne reposant sur le scaphoïde et les cunéiformes. Dans la luxation totale, on sent tout le corps astragalien bien reconnaissable à ses trois facettes ; ce corps astragalien étant mobile sur le pied et le pied sur lui.

Dans le cas de *déplacement en arrière*, les symptômes sont à peu près les mêmes dans les deux cas.

Cependant, dans la sous-astragalienne, les signes sont bien moins marqués que dans la luxation totale, le tendon d'Achille fait une saillie beaucoup moindre en arrière, et se trouve très voisin des malléoles, alors qu'il en est éloigné dans la luxation totale.

Ajoutons pour terminer que, dans les cas douteux, la photographie par les rayons de Rœntgen pourra souvent éclairer le diagnostic.

Complications. — La principale complication des luxations de l'astragale est la *déchirure des téguments*, qui se produit immédiatement au moment même du traumatisme.

De même, les téguments intacts au début peuvent être ouverts secondairement par la formation ou la chute d'une eschare.

Cette complication est évidemment grave, car elle expose à tous les accidents d'infection.

Une autre complication consiste dans la *rupture de tendons, de nerfs et de vaisseaux*, l'artère le plus souvent blessée étant la tibiale postérieure.

Signalons encore la *fracture de l'astragale* et les *fractures concomitantes* du tibia ou du péroné qui rendront le traitement infiniment plus difficile.

Enfin, la *raideur articulaire* pourra être observée comme complication tardive, elle serait alors due à une immobilisation trop prolongée de l'articulation après la réduction.

Pronostic. — Le pronostic ici, comme dans toute luxation, dépend à la fois de la nature de la luxation et du traitement qui lui sera appliqué.

Mais tandis que, pour toutes les luxations en général, plus la lésion est ancienne, et plus la réduction sera difficile, au contraire ici, il n'y a surtout à tenir compte, au point de vue du pronostic, que de la réduction ou de la non-réduction.

En effet, une luxation de l'astragale réduite est absolument bénigne, et il suffit de quelques semaines de repos et de massage, pour que la restitution *ad integrum* et le rétablissement des mouvements soient parfaits.

Au contraire, une luxation irréductible, qu'elle soit récente ou ancienne, est à réserver au point de vue pronostic, car elle sera justiciable d'une intervention chirurgicale sanglante.

Quant aux causes de l'irréductibilité de la luxation, elles peuvent être multiples, et seront exposées plus loin.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

Choléra infantile.

Potion contre la diarrhée et les vomissements :

Elixir parégorique . . . . x gouttes.
Sirop de ratanhia. . . . . 30 grammes.
Eau de cannelle . . . . . 60 —

M. S. A. — Par cuillerées à café toutes les heures.

Ou mieux :

Gastérine (phosphate de bismuth soluble). . . . . $1^{gr}50$ à 2^{gr}
Eau distillée . . . . 90 grammes.
Sirop diacode. . . . . 100 —

Une cuillerée à café toutes les heures. (Dörfler.)

Lavement :

Nitrate d'Ag. . . . . 1 à 3 centigr.
Eau. . . . . 50 grammes.

Pour un lavement.

Contre l'adynamie et l'algidité : bains sinapisés, injection d'éther $1/2^{cc}$ ou caféine :

Caféine. . . . . 2 grammes.
Benzoate de soude . . . . $2^{gr}50$
Eau distillée . . . . Q. S. p. 10^{cc}

F. S. A. — La seringue de Pravaz de 1^{cc} contient 20 centigrammes de caféine. — 1/2 à 2 seringues.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1899. — Présidence de M. Panas.

RAPPORT

Traitement du pied-bot. — M. Richelot lit un rapport sur un travail de MM. Peraire et Mally, ayant pour titre : « Traitement chirurgical de certains pieds-bots paralytiques par la greffe anastomotique musculo-tendineuse. » Ce traitement s'applique seulement aux pieds-bots consécutifs à la paralysie infantile, quand cette paralysie n'a atteint qu'une partie des muscles de la jambe. L'examen électrique permet de déterminer les muscles totalement et définitivement paralysés et les muscles conservés. Une incision conduit sur le tendon du muscle paralysé. On dédouble ce tendon en y taillant une sorte de lanière convenablement orientée, puis cette lanière est suturée à une lanière semblable disséquée sur le tendon d'un muscle sain du voisinage, dont les fonctions ne sont pas antagonistes du muscle dégénéré. Puis le pied est immobilisé quinze jours dans un appareil plâtré ; au bout de ce temps, l'enfant peut commencer à marcher.

On peut faire suppléer le jambier antérieur et les péroniers par le triceps et réciproquement faire suppléer le triceps par les muscles profonds de la jambe et les péroniers. La paralysie isolée du jambier antérieur est facilement corrigée par l'anastomose du jambier et de l'extenseur propre du gros orteil.

COMMUNICATION

De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'arthritisme. — M. Apostoli vient compléter, avec la collaboration de son assistant M. A. Laquerrière, les conclusions des deux notes qu'il a déjà publiées (en 1895 et 1897) sur l'action thérapeutique des courants de haute fréquence qui corrobore les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval.

Il apporte la justification de trois épreuves différentes et parallèles qui se fortifient mutuellement :

A. *Epreuve clinique.* — Elle repose sur l'examen de 913 malades qui ont subi au total (tant à sa clinique que dans son cabinet) 24371 applications, tant générales que locales, des courants de haute fréquence, depuis janvier 1894 jusqu'en juin 1899.

Cette épreuve clinique s'accuse d'une façon à peu près constante par les résultats symptomatiques suivants : restauration progressive de l'état général; relèvement des forces et de l'énergie; réveil de l'appétit; meilleur sommeil; meilleure digestion; réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche.

B. *Epreuve chimique.* — L'examen des urines fait par M. Berlioz sur 469 malades, et répété 1038 fois depuis 1894, démontre que, sous l'unique influence des courants de haute fréquence, on observe les modifications principales suivantes dans l'émission des excreta urinaires : amélioration de la diurèse et élimination plus facile des excreta; suractivité plus grande des combustions organiques; tendance du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de 1/40.

C. *Epreuve hémato-spectroscopique d'après la méthode du docteur Hénocque.* — Faite par le docteur Tripet, depuis un an, sur 112 malades de la clinique du docteur Apostoli, elle a été répétée 200 fois.

Cette épreuve corrobore les réponses cliniques et chimiques précédentes et démontre l'action puissante de ces courants sur l'activité de la nutrition qu'ils stimulent et régularisent à la fois.

Cet examen repose sur le double témoignage du dosage comparatif, avant, pendant et après le traitement électrique, de la proportion centésimale de l'oxy-hémoglobine et de son activité de réduction.

Si l'on utilise les courants de haute fréquence dans la thérapeutique des diverses manifestations pathologiques de l'arthritisme, voici les résultats généraux et sommaires que nous pouvons enregistrer aujourd'hui sous la seule influence des applications générales et locales, associées ou administrées isolément :

1° Généralement nuisibles et contre-indiqués dans le rhumatisme aigu, ils peuvent quelquefois être favorables dans l'état subaigu, et sont très efficaces dans la plupart des formes chroniques du rhumatisme.

2° Ils peuvent très notablement améliorer l'état des goutteux, mais ils sont capables de provoquer, dans certains cas, au début de leur application, l'explosion d'un accès aigu.

3° Ils paraissent donner de bons résultats contre la migraine en prévenant quelquefois son retour périodique.

4° Ils sont une arme puissante contre certaines névralgies arthritiques (sciatique) par l'action éloignée, préventive et curative à la fois, des applications générales.

5° Leur action préventive peut s'exercer favorablement sur les diverses lithiases dont ils arrêtent ou retardent parfois l'évolution.

6° Les varices peuvent bénéficier des modifications dynamiques qu'ils impriment à la circulation périphérique.

7° Les hémorroïdes sont également justiciables soit de l'action secondaire des applications générales, soit de l'action directe, intra-rectale, des applications locales.

8° La constipation et la dyspepsie, liées à l'atonie gastrique ou intestinale, sont souvent utilement amendées par cette même médication.

9° L'eczéma est largement et immédiatement tributaire de l'effluvation par les hautes fréquences, comme il l'est, d'autre part, de l'effluvation statique et retire également des applications générales les meilleurs bénéfices préventifs.

10° Les troubles respiratoires dyspnéiques, comme on les observe chez les asthmatiques, peuvent être utilement modifiés.

11° Les congestions vasculaires diverses, qui sont sous la dépendance de l'arthritisme, peuvent bénéficier de ce même traitement.

12° La neurasthénie arthritique est souvent curable par les hautes fréquences, tandis que la neurasthénie hystérique relève avant tout de la statique.

13° Ce même traitement peut être utile dans certains troubles liés à l'artério-sclérose.

14° Sans action directe constante pour provoquer l'amaigrissement, le courant de haute fréquence, en régularisant le taux de la nutrition générale, peut enrayer ou combattre avantageusement l'obésité chez les arthritiques.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 74, majorité 38, M. Hutinel est élu par 64 voix contre 4 données à M. Du Castel, 4 à M. Bardet et 2 à M. Sevestre.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le monde médical parisien sous le grand roi, par le docteur Le Maguet.

Voici un livre que liront avec infiniment de plaisir et de profit, ceux qui cherchent dans la médecine autre chose que le lucre. Ce livre, qui constitue un volume in-8° de près de 600 pages, avec figures, est la thèse inaugurale de M. le docteur Le Maguet.

M. Le Maguet nous transporte au temps de Louis XIV et nous initie à la vie médicale d'alors, avec une précision telle qu'on le croirait contemporain du grand roi. Avec lui nous pouvons visiter les bâtiments de l'ancienne Faculté de médecine, et cela sans crainte, car le gros n° 13 a changé de destination.

M. Le Maguet expose les doctrines médicales qui régnaient alors, l'évolution de ces doctrines, la lutte entre les circulateurs et les anticirculateurs. Guy Patin tient une place importante dans ces luttes scientifiques. C'était un écrivain caustique, ennemi de tout progrès, de la circulation, de l'antimoine. Cette guerre *antimoniale* a fait vider bien des bouteilles d'encre, et c'est après une lutte de cent ans que l'antimoine a pris sa place officielle.

Après avoir longuement rappelé ces luttes quasi homériques, exposé les théories régnantes sur les maladies internes et leur traitement, M. Le Maguet nous conduit à la Cour, nous fait faire connaissance avec les grands médecins de l'époque, Cousinot, Vautier, Vallot, d'Aquin, et surtout Fagon, l'oracle de la Cour, avec les médecins des grands seigneurs; puis il nous fait descendre aux petits médecins, aux médecins de quartier, à ce tiers état médical auquel on ne rend pas toujours la justice qui lui est due.

Les chapitres suivants sont consacrés à la chirurgie, aux sages-femmes, aux apothicaires, à l'Assistance publique, et l'ouvrage se termine par la reproduction du portefeuille de Vallant.

Ce livre, plein d'érudition, qui nous reporte à plus de deux siècles en arrière, est d'une lecture agréable; il est écrit avec des documents authentiques que l'auteur a puisés dans nos bibliothèques publiques et aux Archives nationales.

M. Le Maguet a apporté une très importante contribution à l'histoire de la médecine.

A. CORLIEU.

Hygiène des maladies du cœur (1), par le docteur Vaquez, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, avec une préface du professeur Potain.

L'hygiène des cardiaques est une hygiène très spéciale. C'est un problème difficile et complexe, dont le docteur

(1) In-16. Prix : 4 francs. — Paris. Masson et Cie.

Vaquez a étudié dans ce livre tous les éléments et dont il indique avec beaucoup de compétence les solutions possibles. Il aura rendu un signalé service au traitement des maladies du cœur, en appelant l'attention du médecin sur les ressources de l'hygiène et sur la nécessité de leur très exacte réglementation, aussi bien qu'en contribuant à écarter les interventions thérapeutiques intempestives ou exagérées, qui sont toujours en même temps si funestes.

Ce livre est donc un des rares ouvrages médicaux que les malades puissent lire sans inconvénient et avec fruit. Il montrera en outre aux médecins combien il s'en faut que leur rôle soit terminé auprès des misérables qu'afflige une maladie organique du cœur, quand ils ont formulé l'ordonnance destinée au pharmacien.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

381. M. Roques de Fursac. Signes physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux. — 382. M. Gautrand. Hygroma prérotulien à grains riziformes. — 383. M. Coliez. Considérations médico-légales sur les accouchements sans douleur. — 384. M. Pader. Étude sur les rapports du goitre exophtalmique et de l'hystérie. — 385. M. Sainton. L'amyotrophie type Charcot-Marie. — 386. Mlle Filitz. Contribution à l'étude de l'oreille hystérique. — 387. M. Le Dingon. Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants. — 388. M. Belloy. Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de la symphyséotomie. — 389. M. Helouin. Contribution à l'étude du diagnostic de l'hépato-toxhémie gravidique. — 390. M. Suriaud. Essai sur le traitement du pneumothorax, et, en particulier, du pneumothorax suffocant. — 391. M. Campinchi. Du paludisme en Corse (essai médico-social). — 392. M. Thomas. Contribution à l'étude des uréthrites par le protargol et l'acide picrique. — 393. M. Adam de Beaumais. Paralysie radiale d'origine alcoolique. — 394. M. Moureyre. Des manifestations nerveuses de la scarlatine. Psychoses intra et post-scarlatineuses. — 395. M. Amouroux. Essai sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Friedreich. — 396. M. Duhamel. Contribution à l'étude des luxations sus-acromiales de la clavicule. — 397. M. Gaumerais. Tic douloureux de la face. Son origine dentaire. — 398. M. Voillemin. Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme. — 399. M. Peck. Étude des complications de l'ozène. — 400. M. Carbonnell. Les indications de l'astragalectomie dans les luxations irréductibles de l'astragale. — 401. M. Felizet. Contribution à l'étude des appareils ambulatoires. — 402. M. Majncent. Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne. — 403. M. R. Abrant. Étude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hystérectomie et à l'oophoro-hystérectomie. — 404. M. Hepp. Sclérose utérine et métrite chronique. — 405. M. Armandin. Contribution à l'étude de l'acroparesthésie (fourmillement des mains). — 406. M. Martin. Contribution à l'étude des angines cataméniales. — 407. M. Jully. De la sérothérapie antitétanique et, en particulier, de la sérothérapie préventive. — 408. M. Baron. Considérations sur le saturnisme chez les alcooliques. — 409. Mme Wolfensohn. Contribution à l'étude de l'acroparesthésie. — 410. M. Sallé. Des déplacements du cœur par les épanchements pleuraux gauches au point de vue expérimental. — 411. M. Kayser. Étude clinique et rationnelle de quelques états morbides dépendant de la pathologie des fosses nasales et des sinus. — 412. M. Boucard. Du caféisme. — 413. M. Seringe. Le testicule dans la syphilis héréditaire. — 414. M. Robillard. La méthode de Berny-Trunacek; ses résultats et ses indications. — 415. M. Cousteau. Rôle de l'obstruction des fosses nasales dans la pathogénie de l'emphysème pulmonaire. — 416. M. Cornet. Considérations sur la tuberculose musculaire et les altérations des fibres musculaires dans cette affection. — 417. M. Brehier. Quelques nouvelles observations d'infections puerpérales traitées par le froid. — 418. M. Latteux. Sur un cas de tumeur mixte intraligamentaire. — 419. M. Desjars. Les récits imaginaires chez les hystériques. — 420. M. Nouaille. Contribution à l'étude de l'hystérie sénile (hystérie chez les vieillards).

MONUMENT PELLETIER-CAVENTOU

Il y a deux ans, un Comité composé de membres des écoles et des sociétés de pharmacie s'est fondé dans le but d'élever un monument à la mémoire des savants Pelletier et Caventou, les illustres auteurs de la découverte de la quinine. Il a suffi au Comité, pour se créer un courant de sympathie, de rappeler les services rendus par ce médicament héroïque, et les immenses conséquences de son emploi: nos armées préservées dans les climats meurtriers, où elles étaient jadis décimées, la colonisation facilitée, l'exploration des pays nouveaux rendue possible. Les encouragements sont venus de tous les points du monde, et, pour arriver à un résultat vraiment digne du but poursuivi, il suffira de quelques nouveaux efforts dans les milieux qui n'ont point encore été spécialement sollicités. Le monde médical, en particulier, ne saurait rester indifférent. Sans parler des médecins qui ont trouvé dans la vulgarisation du remède des succès éclatants, qui leur ont valu réputation, gloire, même des statues, comme au docteur Maillot, on peut affirmer que tous les praticiens ont avec la quinine une arme puissante et éprouvée, et qu'ils voudront donner un témoignage de gratitude à ceux qui la leur ont fournie. Nous avons donc espoir qu'ils répondront à l'appel qui leur est adressé en ce moment et voudront bien envoyer leur offrande soit au siège du Comité, Ecole de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, soit à son trésorier, M. Bocquillon-Limousin, 2 *bis*, rue Blanche, à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine et Colonies. — MM. Curet, médecin principal du cadre de Rochefort, et Bourdon, médecin de première classe du cadre de Brest, sont désignés pour remplacer : le premier, M. le docteur Duval, au 13e d'infanterie de marine, à Madagascar; le second, M. le docteur Flandrin, au détachement d'infanterie de marine à La Réunion.

MM. Flandrin, médecin de première classe, en service aux troupes à la Réunion, et Bourdon, médecin de première classe, du cadre de Brest, sont autorisés à permuter.

Organisation du corps de santé colonial. — Nous avons analysé le projet de loi déposé au Sénat par M. Isaac à ce sujet. Le même sénateur dépose un contre-projet dont voici les dispositions essentielles :

Les médecins préposés au service des hôpitaux militaires et des corps de troupe dans les colonies seraient détachés du service de la marine pour le service colonial. Ils formeraient des cadres distincts de ceux du service métropolitain.

Pendant tout le temps de leur séjour dans le service colonial, ils seraient sous l'autorité du ministre des colonies, tout en demeurant sous le régime de la loi du 19 mai 1837, qui donne à l'officier la possession de son grade. Les permutations seraient admises entre les deux cadres. Le chef du service de santé dans chaque colonie serait désigné par décision du ministre des colonies, rendue de concert avec le ministre de la marine. Il serait sous les ordres du gouverneur. Les cadres coloniaux prévus par la loi en discussion seraient constitués de plein droit par les éléments qui composent les cadres actuels.

C'est donc, ainsi que le fait remarquer le docteur Noël dans le *Bulletin médical*, le *statu quo ante bellum*.

L'état sanitaire dans le 15e corps. — La fièvre typhoïde sévit au camp de Carpiagne, où les troupes de Marseille et de Toulon font tous les ans leurs tirs de combat. Le 111e d'infanterie en garnison à Toulon a été particulièrement éprouvé. Le

général Metzinger et le docteur Lenoir, directeur du service de santé du 15e corps, font une enquête sur les lieux et vont prendre d'urgence toutes les mesures nécessaires.

Congrès de chirurgie. — La première question mise à l'ordre du jour du prochain Congrès est l'étude de l'*hystérectomie abdominale totale*, aussi bien pour les fibromes utérins que pour les suppurations pelviennes et le cancer de l'utérus.

M. le docteur Ricard, chargé du rapport, serait reconnaissant aux collègues ou confrères qui voudraient bien lui faire connaître au plus tôt leurs statistiques personnelles ou les observations que leur a suggérées la pratique de l'*hystérectomie abdominale*.

Écrire à M. le docteur Ricard, 68, rue Pierre-Charron.

Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale en 1900, à Paris. — M. le professeur Grasset (de Montpellier), chargé de présenter à ce Congrès un rapport sur la « Déontologie médicale », serait heureux de recevoir de ses confrères, des syndicats et des diverses sociétés médicales de France et de l'étranger, leurs avis, conseils et tous renseignements pouvant l'aider à rédiger le rapport, destiné à servir de thème aux délibérations du Congrès.

Pour être utilisés, ces documents devront parvenir à M. le professeur Grasset (6, rue J.-J.-Rousseau, Montpellier), avant le 1er septembre 1899.

Conseil municipal. — Le Conseil, dans sa séance du 19 juin, a renvoyé à la cinquième commission et à l'administration le projet de M. Paul Vivien demandant la reconstruction de la salle de bains de l'hôpital de la Charité, qui avait été supprimée par suite de son délabrement.

A été également renvoyée à la troisième commission et à l'administration une pétition présentée par MM. André Lefebvre et Alpy, au nom des professeurs, préparateurs et élèves du cours d'histologie de la Faculté de médecine, demandant le pavage en bois de la rue Racine, tout travail étant rendu impossible par la trépidation.

Nomination. — M. le docteur Gaillard, délégué dans les fonctions de médecin du lycée d'Annecy, est nommé médecin dudit lycée.

Étranger. — Sur l'invitation qui lui a été faite par la Clark University de Worcester (Massachusetts, États-Unis), M. le docteur Ramon y Cajal, professeur d'histologie à l'Université de Madrid, donnera quelques conférences sur la structure cérébrale pendant les fêtes du dixième anniversaire de cette Université.

Peste en Orient. — Un décret du 15 juin 1899 modifie le décret du 15 avril 1897 relatif aux provenances des pays contaminés de peste, et le décret du 4 janvier 1894 portant règlement de police sanitaire maritime.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Duval, décédé le 26 juin à l'âge de soixante-treize ans. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à Saint-Philippe du-Roule. — M. le docteur Maugras (de Corcelotte en Montagne).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 74. — SAMEDI 1er JUILLET 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 1er JUILLET 1899. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La mobilité défensive de l'épiploon.

Par G. MILIAN,
Interne lauréat des hôpitaux de Paris, moniteur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

L'épiploon, ce vaste voile flottant appendu à la grande courbure de l'estomac, est sujet à des déplacements multiples.

C'est une banalité que de faire remarquer sa présence dans les *sacs herniaires*. Mais, si on conçoit facilement celle-ci dans les hernies de la ligne blanche ainsi que dans les hernies ombilicales, où la simple pression intra-abdominale suffit à pousser l'épiploon dans l'orifice qui bâille devant lui, il n'en est pas de même pour les hernies inguinales ou crurales, dont les canaux sont si bas situés. L'épiploon ne descend pas jusqu'à la symphyse pubienne. Aussi faut-il invoquer un véritable allongement de la membrane pour expliquer sa présence en masses souvent volumineuses dans les sacs herniaires de ces régions. Une fois entré dans l'orifice, l'épiploon a une tendance de plus en plus marquée à y pénétrer davantage. Comme le dit M. Berger, « l'épiploon s'échappe et s'insinue avec une déplorable facilité sous les bandages » (1).

L'épiploon fait de même pour les *orifices des drains*, qu'il pénètre et obstrue jusqu'à rendre complètement inefficaces les drainages de la cavité péritonéale. C'est ainsi que Hunter, cité par Delbet (2), présenta le 17 novembre 1895, à la Société obstétricale de New-York, un tube de verre dont le quart inférieur était obstrué par l'épiploon. Ce dernier, après avoir enveloppé le tube, avait pénétré dans son intérieur par les perforations latérales.

Mieux encore, on a pu constater des *torsions de l'organe* sur lui-même. Demons (3) signalait, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, un cas de ce genre. Deux jours après une intervention chirurgicale pour une épiploïte inguinale chez un individu de trente-six ans, qui était porteur de son épiplocèle depuis l'âge de sept ans, Demons fut obligé de faire la laparotomie à cause de la persistance de phénomènes péritonéaux. Il trouva une masse énorme gangrénée, représentant la partie inférieure de l'épiploon. Celui-ci avait été tordu deux fois sur lui-même, et la torsion supérieure siégeait immédiatement au-dessous du côlon transverse.

Sans aller jusqu'à la gangrène, la torsion de l'épiploon s'opère assez fréquemment dans les hernies où l'épiplocèle est adhérente. L'épiploon est enroulé sur lui-même, dans son trajet abdominal, en une sorte de corde que, dans certaines circonstances favorables, on peut sentir à travers la paroi abdominale. C'est la « corde épiploïque » de Velpeau.

On connaît ce même aspect en corde que revêt l'épiploon dans les péritonites tuberculeuses et dans les péritonites cancéreuses. Mais, ici, la corde épiploïque s'étend le plus souvent transversalement d'un hypocondre à l'autre, tandis que, dans le cas précédent, elle est plutôt verticale.

Nous avons nous-même surpris l'*épiploon en migration* sur l'homme d'une manière tout à fait saisissante. Il s'agissait d'un individu de vingt-huit ans, qui s'était tiré une balle de revolver dans la région du cœur, et qui avait été amené à l'Hôtel-Dieu dans un état syncopal des plus graves. Le chirurgien de garde appelé, M. Morestin, jugea qu'il y avait lieu d'intervenir et incisa le thorax suivant le trajet de la balle. Celui-ci se dirigeait vers le bas, perforait la plèvre, puis le diaphragme au niveau de l'hypocondre gauche.

Ce qui attira l'attention du chirurgien sur le diaphragme et lui dénonça la plaie, ce fut l'épiploon qui faisait hernie à travers celle-ci, et l'obturait.

Il y a bien eu là migration de l'épiploon, migration active, puisqu'il a dû remonter au-dessus de sa position normale.

Ainsi donc, l'épiploon est mobile : de haut en bas, de bas en haut, dans le sens transversal, sur lui-même (puisqu'il est capable de torsion), et cette mobilité n'est pas régie par les seules lois de la pesanteur, elle s'exerce avec une sorte de finalité, « d'intelligence, » comme dit le professeur Cornil.

Quant à connaître l'*agent de cette mobilité*, cela est difficile. Il n'y a, dans l'épiploon, ni fibres musculaires lisses, ni fibres musculaires striées, c'est-à-dire qu'il n'y existe aucun élément actif de mobilité.

Est-ce la masse protoplasmique elle-même de la membrane, qui est capable de déplacements spontanés, d'une lente reptation, comme les nostocs, ces singuliers amas de champignons unicellulaires, qu'on rencontre sur le bord des

(1) BERGER. *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 624.
(2) DELBET. *Traité des suppurations pelviennes*, p. 376.
(3) DEMONS. Gangrène de l'épiploon par torsion sur lui-même, in *Bull. méd.*, 1892, n° 81, p. 1284.

routes ou dans les terrains cultivés? Il est difficile de le dire. Sont-ce les anses intestinales qui déplacent secondairement l'épiploon par leurs mouvements péristaltiques, dont l'amplitude est elle-même réglementée par des conditions diverses? Il nous est aussi impossible de répondre.

Nous avons essayé de suivre *de visu* les migrations de la membrane épiploïque, mais cela fut sans résultat. Il n'y avait qu'un moyen d'y parvenir : ouvrir l'abdomen d'un animal, et suivre, à ciel ouvert, les déplacements de la membrane. C'est ce que nous avons tenté sur un cobaye endormi à l'éther : à l'ouverture du ventre, l'épiploon était rétracté au voisinage du foie. Examinée pendant cinq minutes, l'animal étant couché sur le dos, la membrane ne subit pas le moindre déplacement. L'arrosage de celle-ci avec une culture de charbon virulent ne provoqua pas non plus le moindre mouvement, même après étalement artificiel et malgré un examen d'un quart d'heure. C'est que les conditions de l'expérience sont tout à fait défectueuses : très rapidement, les anses intestinales, la membrane épiploïque ainsi exposées à l'air, se dessèchent et, par suite, ont peine à glisser l'une sur l'autre. La paroi antérieure lisse et humide de l'abdomen manque aussi comme lubréfiant. D'ailleurs, les mouvements péristaltiques de l'intestin qui se produisent spontanément à la mort des animaux ne se sont pas produits ici, même imperceptiblement, sur l'animal endormi.

Que la mobilité de l'épiploon soit active ou passive, nous parlerons comme si elle se produisait spontanément, sous la volonté propre de la membrane, de même qu'en astronomie, pour la commodité du langage, on raisonne comme si les astres gravitaient autour de la terre immobile, alors qu'au contraire c'est la terre qui vient successivement présenter les différents points de sa surface aux astres de la sphère céleste. Et l'on peut dire qu'il existe une sensibilité obscure de l'épiploon, sensibilité analogue à celle de l'arbre qui pousse ses racines du côté de la fumure, de l'amibe qui englobe les corps étrangers, du leucocyte qui se traîne vers l'oxygène.

Ce trophisme s'exerce dans des circonstances variées, mais surtout dans trois de ses fonctions différentes :

I. Transfert de leucocytes ou d'éléments phagocytaires;

II. Balayage de la cavité abdominale;

III. Pouvoir plastique s'adressant aux différents viscères abdominaux.

Ce sont ces trois modalités que nous allons étudier.

I

Transport de leucocytes ou d'éléments phagocytaires. — Nous avons étudié ailleurs l'histologie de l'épiploon et ses deux éléments principaux : 1° l'endothélium, qui forme la charpente de la membrane; 2° les amas lymphatiques de tous ordres, qu'on peut observer à sa surface et dans son épaisseur.

Par ces derniers, il ressemble formellement aux ganglions lymphatiques et jouit, comme eux, de la propriété leucocytopoiétique. Par les amas cellulaires, de sa surface et de son endothélium, il jouit de propriétés phagocytaires.

Il semble que, dans des circonstances déterminées, l'épiploon se porte dans la direction des foyers infectieux, même ceux extra-abdominaux, soit comme organe de défense contre l'invasion péritonéale, soit comme réfecteur des vieux éléments leucocytaires tombés dans la cavité abdominale après lutte (ainsi ceux venus par les puits lymphatiques du diaphragme dans les affections thoraciques), soit qu'inversement il apporte des leucocytes nouveaux, nés dans ses amas lymphatiques, et les verse dans la cavité péritonéale au point menacé.

Cette mobilité défensive est évidente lorsqu'il s'agit d'un *processus inflammatoire de la cavité péritonéale*, et l'on connaît l'empressement de l'épiploon à limiter les différentes collections purulentes qui tendent à s'y développer. Mais nous rangeons plutôt ces faits sous la rubrique : pouvoir plastique de la membrane, car, dans ces circonstances, l'action édificatrice est plus saisissante que l'action leucocytopoiétique. Nous signalerons pourtant le fait suivant observé chez un cobaye, et qui nous paraît pleinement démonstratif. Il s'agissait d'un animal appartenant à M. Pinois, du laboratoire de M. le professeur Cornil. Le cobaye avait été inoculé, cinq jours auparavant, dans la glande sous-maxillaire avec une dose massive de culture virulente de bacille tuberculeux. En faisant l'autopsie de ce cobaye tué, nous examinons l'état de l'épiploon et nous trouvons celui-ci remonté sous le foie, auquel il adhère par son extrémité inférieure. Surpris de cette adhérence, nous regardons de plus près et nous voyons qu'elle siège au niveau d'un petit tubercule du volume d'une tête d'épingle faisant saillie sous la capsule de Glisson. Le reste de la face inférieure du foie était indemne de toute lésion, du moins à l'œil nu. Voulant avoir la certitude de la nature de cette granulation, nous avons fait des coupes de l'organe. Il s'agissait bien d'un tubercule, et le reste du foie était farci d'autres granulations microscopiques très jeunes, mais où existaient des bacilles tuberculeux. Voici donc un cas où l'épiploon est venu mettre son extrémité libre en contact avec une lésion d'infection minuscule siégeant en un point fort éloigné de celle-là.

Pour ajouter à ce fait expérimental, nous avons relevé la situation de l'épiploon dans vingt-huit autopsies. Nous avons laissé de côté cinq cas où il existait des adhérences de la membrane et deux cas où la membrane était atrophiée; nous présentons ici le relevé de situation des cas où l'épiploon était absolument libre.

Nous avons trouvé *l'épiploon étalé au-devant des intestins* dans les cas suivants : œdème du poumon chez un alcoolique, endocardite infectieuse, tuberculose pulmonaire avec ulcérations intestinales, anévrysme de l'aorte descendante rompu dans la plèvre, œdème pulmonaire au cours d'une bronchite asthmatique, insolation, hémorragie cérébrale, pneumonie caséeuse des deux bases, endocardite infectieuse, fièvre typhoïde, apoplexie pulmonaire.

Nous l'avons trouvé *remonté vers le diaphragme* dans les cas suivants : péricardite purulente à pneumocoques, tuberculose pulmonaire sans lésions intestinales, pneumonie à la phase d'hépatisation grise des deux lobes supérieurs du poumon droit; cancer du foie secondaire à un cancer de l'estomac, tuberculose pulmonaire sans lésions intestinales, hémorragie bulbaire chez un brightique, pneumonie grise du sommet droit, cancer de l'estomac, tuberculose pulmonaire, cancer de l'estomac.

On voit que, d'une manière générale, quand il y a une infection bien localisée à la cavité thoracique (péricardite purulente, pneumonie franche), ou aux viscères abdominaux de l'étage supérieur, tubercule du foie sous-péritonéal, cancer du foie (le cancer se conduisant comme une véritable infection), cancer de l'estomac, l'épiploon a tendance à remonter vers le diaphragme. Au contraire, si l'infection est

générale (endocardite infectieuse) ou accompagnée de déterminations intestinales (fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire avec ulcérations intestinales), l'épiploon reste étalé au-devant des intestins.

Il est probable, cependant, que cette *chimiotaxie* est beaucoup plus complexe, et que la membrane épiploïque n'est pas toujours susceptible de déplacements aussi favorables. Ainsi, sans doute, au cas d'infections violentes où la membrane subit une sorte de répulsion, une chimiotaxie négative analogue à celle des leucocytes en face des bactéries hypervirulentes.

Il ne s'agit pas là d'une simple hypothèse. Ce que nous avons observé en expérimentant sur le cobaye vient à l'appui de cette manière de voir.

Injectons dans la cavité abdominale de cobayes des liquides très divers, et tuons ces animaux au bout de trois ou quatre heures.

Lorsque nous injectons des liquides nutritifs à dose assez minime pour ne pas provoquer de traumatismes par action mécanique, ainsi, du bouillon stérile à la dose de 2 centimètres cubes, ou des cultures microbiennes non virulentes à faible dose (bacille d'Éberth 1^{cc}, coli-bacille 1^{cc}), nous voyons sur l'animal sacrifié l'épiploon, modérément vascularisé, souple, bien vivant, largement étalé au-devant des intestins. Trois fois même, la mobilité de l'organe a pu être mise en jeu d'une manière si parfaite que son extrémité s'est faufilée dans le trou du trocart qui a servi à l'injection intrapéritonéale, et s'est étalée dans le tissu cellulaire souscutané de la paroi abdominale.

Au contraire, après injection intrapéritonéale de cultures très virulentes (charbon, association strepto-colibacillaire très virulente), nous voyons l'épiploon congestionné, visqueux, recroquevillé le long du bord de l'estomac. Dans toutes les autopsies de cobayes charbonneux que nous avons faites, et où l'inoculation avait été intrapéritonéale, l'épiploon avait cette position et cet aspect.

Nous avons observé aussi ce fait dans une autopsie de péritonite par perforation mortelle chez l'homme, où l'épiploon était rétracté au voisinage du diaphragme.

Nous voyons donc que :

Dans le premier cas, la membrane vient se baigner au milieu des liquides nutritifs, au milieu des bactéries innocentes dont elle se nourrit.

Dans le second cas, au contraire, la membrane fuit loin des liquides septiques, qui baignent les flancs de l'animal et se retranche dans les régions supérieures (1) où elle peut, loin des parties déclives, déverser sa pluie leucocytaire sans risque pour sa sécurité personnelle.

II

Balayage de la cavité péritonéale. — L'épiploon met aussi à profit sa mobilité pour débarrasser la cavité péritonéale des corps étrangers, microbes ou particules solides qui peuvent y être accidentellement introduits.

Nous nous en sommes rendu compte de plusieurs façons : tout d'abord, ainsi que Ricoux (1) l'avait fait pour suivre la phacocytose des *grains de carmin* dans la cavité péritonéale, nous avons introduit dans le ventre d'un cobaye des grains de carmin en suspension dans l'eau : il faut employer l'eau chlorurée tiède pour éviter la leucopénie et stériliser séparément le liquide et le carmin, pour ne pas produire la dissolution de l'un dans l'autre.

Quelques centimètres cubes sont injectés dans la cavité péritonéale. L'animal est sacrifié au bout d'un quart d'heure. Il n'y a déjà plus de grains de carmin en suspension dans la sérosité péritonéale. Par contre, si l'on fait un frottis de l'épiploon, on constate que le carmin y abonde. La membrane, rétractée aux environs de l'estomac, enserre dans ses replis la plus grande partie des grains injectés dans la cavité abdominale, vaste filet dans les mailles duquel ils ont été emprisonnés.

Même chose a lieu pour les *bactéries* qui se laissent prendre à la glu épiploïque, comme on peut s'en rendre compte sur les préparations microscopiques. Qu'on abandonne dans la cavité péritonéale d'un cobaye inoculé avec le bacille du charbon depuis vingt-quatre heures, l'épiploon frais d'un cobaye sain, on verra à la mort du cobaye, c'est-à-dire une quinzaine d'heures après environ, cet épiploon transplanté, pulluler de bactéries charbonneuses qui y forment un véritable feutrage, plus abondant même que sur l'épiploon vivant de l'animal inoculé.

Le balayage de la cavité péritonéale par l'épiploon peut être mis en évidence d'une autre manière.

Abandonnons-y de petits morceaux d'organes frais aseptiques, tels que foie, rate, rein, etc., substances nutritives absorbables. Les animaux ainsi inoculés avec des viscères sains sont sacrifiés au bout de trois ou quatre jours. Dans la grande majorité des cas, les viscères inoculés sont environnés de toutes parts par l'épiploon qui les a pour ainsi dire happés. Si, au lieu de tuer les animaux inoculés, on attend une quinzaine de jours, on ne trouve plus trace de viscères; ils ont été digérés. C'est bien l'épiploon qui s'est chargé de cette besogne, comme le prouve la situation des viscères englobés par l'épiploon dans la première expérience.

D'ailleurs, il est facile de prouver autrement cette digestion par l'épiploon.

L'épiploon est, comme on sait, gigantesque chez le chien. Il couvre toute l'étendue de la cavité abdominale et présente une surface absolue au moins aussi grande que l'épiploon humain. Les deux feuillets qui le composent sont facilement séparables, véritable bourse appendue au bord de l'estomac. Par une ouverture faite au feuillet antérieur de la bourse, après laparotomie d'un chien, nous introduisons de gros morceaux frais de rate, foie, capsule surrénale et rein de cobaye prélevés aseptiquement. L'animal survit sans le moindre incident. Opéré le 17 mai 1898 dans notre expérience, il fut tué le 24 mai, c'est-à-dire au septième jour. L'épiploon présentait quelques bosselures au lieu où avaient été abandonnés les organes, mais ceux-ci n'avaient plus figure de viscères. L'examen microscopique fut aussi impuissant à révéler une structure viscérale quelconque. Il

(1) La partie postérieure de la cavité abdominale du cobaye est bien, en effet, la plus déclive. Il suffit de regarder un cobaye posé sur une surface lisse pour s'en convaincre. Le train postérieur est plus bas que le train antérieur.

D'ailleurs, si l'on injecte dans la cavité péritonéale 5 centimètres cubes d'une solution diluée de fuschine et qu'on sacrifie l'animal un quart d'heure après, on voit facilement par la coloration des parois que la partie de l'abdomen voisine du diaphragme n'est presque pas atteinte par le colorant. Tout s'accumule au voisinage de la vessie. Faisons remarquer, en passant, que la coloration ne se produit que d'un côté du corps, le mésentère séparant la loge abdominale en deux régions, droite et gauche.

(1) Ricoux. *Contribution à l'étude du problème de l'inflammation*, Th. de Paris, 1898.

y avait là des débris cellulaires peu nombreux, mais, par contre, une affluence considérable de leucocytes polynucléaires, les uns chargés de pigments, les autres, de granulations de tout genre. Ils étaient occupés à déblayer ces matières organiques étrangères dont il ne restait plus, d'ailleurs, que quelques débris.

III

POUVOIR PLASTIQUE. — Enfin, grâce à ses déplacements, l'épiploon peut obturer tous les points ulcérés, toutes les ouvertures viscérales ou pariétales anormales de la cavité abdominale.

La *paroi abdominale* est celle qui profite le plus de ce pouvoir réparateur; la laparotomie est à peine terminée que déjà l'épiploon adhère à la cicatrice et ferme la cavité péritonéale. Les anciens chirurgiens connaissaient bien ce fait et quand, avant l'ère de l'asepsie, ils se hasardaient à ouvrir un péritoine, ils avaient soin d'y amorcer cette adhérence, en étalant l'épiploon jusqu'au voisinage de la symphyse pubienne. Ils espéraient ainsi favoriser la cicatrisation et créer au péritoine une barrière contre la suppuration.

Chez les animaux, chiens, cobayes, lapins opérés, nous avons constaté la chose d'une manière courante. Nous avons même surpris, comme nous le disions plus haut, l'épiploon engagé dans le trou laissé par un trocart à la suite d'une inoculation intra-peritonéale. Chez un homme mort d'une hématémèse par varices œsophagiennes au cours d'une cirrhose atrophique, l'épiploon adhérait à la paroi abdominale au point précis où avait été faite, quinze jours auparavant, une ponction d'ascite.

L'épiploon « répare » de la même façon les orifices herniaires; sa tendance naturelle est de les combler, et l'on peut presque dire que l'épiplocèle est une hernie guérie. L'épiploon les tapisse d'une manière si parfaite qu'il se moule complètement sur la cavité à combler.

Notre collègue Termet (1) présentait, l'an passé, à la Société anatomique un fragment d'épiploon réséqué dans une cure radicale de hernie crurale, et reproduisant le moule du sac herniaire. Comme on peut le voir sur le dessin du *Bulletin de la Société*, la forme en sablier du sac herniaire est exactement reproduite par l'amas épiploïque. Termet n'utilise sa communication qu'au point de vue de la démonstration de la forme du trajet herniaire crural. Mais une phrase de sa communication peut être ici textuellemeut citée à l'appui de ce que nous disions du rôle curateur de l'épiploon dans les hernies : « On trouva le *petit peloton épiploïque* induré, modifié et *irréductible* par l'anneau du crébriforme. Il était impossible, également, d'attirer l'épiploon au dehors en tirant sur ce petit peloton; on débrida l'anneau du fascia crébriforme, et on put alors attirer l'épiploon... »

Il était donc impossible d'entrer ou de sortir par l'anneau du fascia crébriforme. Ce que l'on peut traduire en disant que l'anneau en question était fermé, ou autrement dit, que la hernie était guérie. Si l'on ajoute que la jeune malade ne souffrait nullement de sa hernie, on peut se prendre à regretter qu'il n'existe pas de signes absolument certains pour diagnostiquer ces formes de hernies, où l'opération ouvre une cicatrice qu'elle referme ensuite en doutant sur la réunion.

Ce rôle bienfaisant de l'épiploon se manifeste aussi dans les entéro-épiplocèles étranglées. « L'épiploon compris dans

(1) TERMET. Soc. anat., 18 nov. 1898.

une hernie étranglée atténue par sa présence les effets de la constriction exercée sur l'intestin; l'étranglement des hernies intestino-épiploïques est, en général, moins serré, moins rapidement suivi de perforation ou de gangrène que celui des entérocèles pures (1). »

Plaies de la paroi abdominale, hernies sont donc spontanément oblitérées par l'épiploon. Il en est de même des *plaies vaginales* de l'hystérectomie.

Il est relativement fréquent, au cours de ces opérations, de voir le grand épiploon tomber dans le vagin, ou, au moins, se montrer dans la plaie vaginale.

On sait aussi combien l'on est exposé à attirer dans le vagin soit l'épiploon, soit une anse intestinale au moment de l'ablation du pansement, surtout quand on est obligé de faire cette ablation avant les délais habituels. Reichel (2) a observé plusieurs fois cet accident.

Des adhérences s'établissent aussi par la suite à la cicatrice vaginale; elles tendent la membrane à la façon d'une corde à travers la cavité abdominale. Nous avons relevé cette disposition dans les observations de la thèse de Giresse (3) deux fois sur le vivant, au cours d'une intervention secondaire, et une fois sur le cadavre. C'est ainsi qu'en échange de la garantie, d'ailleurs moins importante, de la cicatrisation, l'épiploon donne lieu à des étranglements intestinaux post-opératoires souvent précoces.

Les *viscères* bénéficient d'une manière plus avantageuse du pouvoir plastique de l'épiploon. Pour eux, la membrane, dans les diverses perforations qui peuvent les atteindre, vient constituer une paroi nouvelle qui s'oppose au passage des liquides septiques dans la cavité péritonéale. Ces faits s'observent surtout quand l'usure de la paroi se fait lentement: la sensibilité de l'épiploon est mise en jeu, et les adhérences ont le temps de s'effectuer au point menacé. On trouve des perforations ainsi conjurées dans les autopsies d'entérite tuberculeuse, de fièvre typhoïde, etc. Nous avons vu, dans une autopsie de tuberculeux, l'épiploon adhérent par son extrémité libre à la partie moyenne de l'appendice, et fermant une ulcération.

Au cours des *appendicites*, le même fait se produit. Tous les chirurgiens, et ils sont nombreux, qui se sont occupés d'appendicite au cours de ces dernières années, en ont rapporté des exemples : Terrier, Monod et Vanverts, Brun, Quénu, Walther et son élève Levrey ont parlé d'adhérences épiploïques au cours de l'appendicite chronique, adhérences auxquelles ils rattachent les douleurs qui persistent entre les attaques.

Mais c'est surtout à M. Walther (4) et à son élève Levrey (5) que revient le mérite d'avoir étudié, d'une manière complète, le rôle de l'épiploon dans l'appendicite. Ils ont fait voir à la fois son rôle protecteur et son rôle néfaste : dans le premier cas, comme oblitérant les parois de l'appendice perforé, dans le second, comme capable de s'enflammer lui-même (épiploïte). Au cours des appendicites chroniques, comme au cours des appendicites aiguës, les adhérences épiploïques ont un rôle véritablement utile. Elles

(1) BERGER. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, 1re édit., t. VI, p. 584.

(2) REICHEL. De l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus, *Zeits. f. geb. u. Gyn.*, Band XV, Helft 1.

(3) GIRESSE. *Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires, consécutives à l'hystérectomie vaginale*, Th. de Paris, 1896.

(4) WALTHER. Cong. franç. de chir., 1898.

(5) LEVREY. *Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique (adhérences épiploïques) au cours des appendicites*, Th. de Paris, 1899.

i mitent le processus inflammatoire, elles constituent une barrière, efficace le plus souvent, car il n'est pas rare de trouver en arrière d'elles un appendice perforé. Levrey cite plusieurs cas de ce genre, ainsi une observation à lui personnelle où l'opération fut faite par M. Tillaux.

« M. Tillaux découvrit au milieu d'un magma un appendice déformé, distendu, rempli de pus. Et, détail intéressant, l'appendice *adhérait fortement à une masse d'épiploon.* »

« Cette adhérence décollée et réséquée, M. Tillaux constata que près de sa pointe l'*appendice était presque perforé.* Une mince épaisseur de séreuse résistait seule. Il est donc à peu près certain que l'épiploon, grâce à son *adhérence protectrice*, avait empêché la péritonite de se généraliser. »

Levrey rapporte encore une observation du professeur Terrier, où l'appendice présentait, au voisinage du méso, une perforation où l'on pouvait faire pénétrer un fin stylet, « mais qui était temporairement obstruée par l'épiploon. »

Il est vraisemblable de penser que, si l'appendice ou ses perforations n'étaient pas, dans certaines circonstances, difficilement accessibles, ou que si la virulence de l'infection appendiculaire n'était pas telle qu'elle mît souvent en jeu la chimiotaxie négative de la membrane épiploïque, celle-ci suffirait, dans la grande majorité des cas, à limiter le processus inflammatoire, et à restreindre considérablement le nombre des péritonites généralisées.

La même tendance limitatrice et plastique de l'épiploon s'observe au niveau des *organes génitaux*, trompe, ovaire, etc., atteints d'infection ou de suppuration. Les adhérences qui en résultent, et qui sont définitivement constituées, permettent aux autopsies de retracer le passé abdominal du sujet qui en est porteur.

La démonstration du rôle plastique de l'épiploon est plus précise et plus élégante dans d'intéressantes expériences entreprises par notre maître, le professeur Cornil (1), en collaboration avec Carnot, sur la *réparation des canaux et cavités*. Ces auteurs ont étudié le processus suivant lequel s'effectue la cicatrisation des différents canaux ou organes creux, uretère, cornes utérines après leur incision, question de premier ordre et de prime actualité, puisque, à notre époque, la chirurgie intervient journellement sur eux. Les chirurgiens savent qu'il est complètement inutile, en cas d'ouverture pour lithiase de l'uretère ou du canal cholédoque, de suturer l'incision faite au conduit. Celui-ci se referme spontanément. MM. Cornil et Carnot ont montré que l'épiploon jouait un rôle considérable dans ces réparations. Dans un premier processus, indiquent-ils, il se produit un épanchement de sang qui détermine un caillot fibrineux; ce caillot adhère d'une part aux lèvres de l'incision, d'autre part au grand épiploon, qui se chargera, les jours suivants, d'en assurer la nutrition. La cavité est ainsi reconstituée, et l'épithélium va se mettre à proliférer pour venir tapisser la face interne de la néo-membrane conjonctive formée par le caillot fibrineux et l'épiploon.

« Dans un deuxième processus, qui s'observe surtout lorsque l'épanchement sanguin a été à peu près nul, on ne voit pas de caillot fibrineux; le grand épiploon adhère et forme un pont tendu entre ces deux lèvres. Le grand épiploon représente la corde, l'arc est représenté par l'ancienne muqueuse. Pour les larges plaies (vessie, vésicule biliaire), c'est par l'épiploon que se fait la cicatrice; il adhère à la surface de section, remplace le lambeau enlevé, et sert de charpente à l'épithélium nouveau. »

C'est ainsi que MM. Cornil et Carnot ont pu, chez le chien, reconstituer au-dessus de la vessie une deuxième cavité vésicale, en procédant de la manière suivante : ils ont séparé la vessie en deux loges : une supérieure et une inférieure, grâce à une ligature sous-muqueuse qui ne compromettait pas la nutrition du segment supérieur. La loge supérieure était incisée de manière à être transformée en une sorte de plateau dont la face muqueuse devenait intrapéritonéale. On peut comparer la figure ainsi obtenue à une capsule de pavot. Très rapidement, l'épiploon s'accolait à la périphérie de ce plateau muqueux, l'épithélium venait pulluler à sa surface, et une deuxième cavité vésicale se trouvait ainsi fermée de toutes parts au-dessus de la cavité vésicale inférieure, où continuait à circuler l'urine amenée par les uretères.

On a essayé d'utiliser ce pouvoir plastique de l'épiploon pour obturer les plaies de l'intestin, en pratiquant des *greffes épiploïques* sur la perforation. Mais cette pratique, préconisée pour la première fois par Jobert, en 1829, a été avantageusement remplacée par les sutures séro-séreuses.

Il y a une quinzaine de mois pourtant, Braun (1) sut fort ingénieusement mettre à profit cette propriété de l'épiploon. Opérant une femme de cinquante ans, entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une péritonite suraiguë, il trouva, au cours de la laparotomie, une perforation linéaire de la petite courbure de l'estomac, entourée d'adhérences protectrices limitant un exsudat séro-purulent. Au niveau de la perforation, les parois de l'estomac étaient tellement minces et friables qu'il était inutile de songer à faire des points de suture. Les tissus se déchiraient à la moindre tentative. Dans ces conditions, Braun recouvrit la perforation avec l'épiploon, qu'il sutura au pourtour de la plaie, et pratiqua la gastro-entérostomie afin de mettre l'organe au repos. La malade a guéri, et reste guérie.

IV

Conclusions. — I. L'épiploon est une membrane mobile, ainsi qu'en témoignent les nombreuses positions qu'on lui trouve dans l'abdomen, chez l'homme ou chez les animaux

II. L'agent de cette mobilité est impossible à déterminer; il n'y a pas de fibres musculaires lisses, ni de fibres musculaires striées qui entrent dans la structure de la membrane. Peut-être s'agit-il d'une lente reptation de la membrane, due à la contractilité obscure de son protoplasma, ou bien encore d'une mobilité passive due au péristaltisme des intestins.

III. Cette mobilité s'exerce avec une sorte « d'intelligence » (Cornil). Elle est analogue à celle des leucocytes, qui fuient ou englobent les microbes suivant la virulence de ceux-ci, et l'on peut dire qu'il y a une chimiotaxie de l'épiploon, comme il y a une chimiotaxie du leucocyte.

Le bouillon de culture stérile, les cultures microbiennes non virulentes, surtout à faible dose, favorisent l'étalement de la membrane (chimiotaxie positive); les substances caustiques, les cultures virulentes provoquent sa rétraction dans les étages supérieurs de l'abdomen, près de l'estomac, loin des parties déclives, où s'accumulent les substances nuisibles (chimiotaxie négative).

---

(1) Cornil et Carnot. Réparation des canaux et cavités. Processus de régénération de leurs muqueuses, in *Presse méd.*, 12 oct. 1898.

(1) Braun. Oblitération par l'épiploon d'un ulcère perforé de l'estomac, *Centralbl. f. Chir.*, 10 juillet 1897.

IV. Grâce à cette chimiotaxie, l'épiploon, lorsque celle-ci est positive, tend à se porter vers les régions même extra-abdominales, où règne l'infection. Il est, en effet, un organe de défense, soit comme organe réfecteur des vieux éléments leucocytaires tombés dans la cavité abdominale après lutte, soit qu'inversement il soit le vecteur de leucocytes nouveaux, nés dans ses amas lymphatiques, et versés dans la cavité péritonéale au point menacé.

V. L'épiploon balaye constamment la cavité abdominale, véritable filet où se prennent tous les corps étrangers qui y sont tombés (grains de carmin, matières organiques dans nos expériences). Il s'en empare et les élimine, ou les digère par un mécanisme où les leucocytes jouent le plus grand rôle.

VI. Enfin, l'épiploon, grâce à sa mobilité, peut se porter vers les plaies et perforations pariétales ou viscérales de l'abdomen et les oblitère. Il ferme ainsi les plaies des laparotomies, des hystérectomies, les perforations de l'appendicite, les orifices herniaires, etc.

Les chirurgiens ont pu profiter de cette propriété dans les opérations abdominales. Et, ainsi que l'ont montré MM. Cornil et Carnot, c'est grâce à l'épiploon qu'on peut laisser, sans les suturer, les plaies chirurgicales aseptiques de l'uretère, du cholédoque, etc., (suture qui serait d'ailleurs difficile à réaliser), car l'épiploon leur constitue rapidement une paroi qui se double d'épithélium, et rétablit ainsi la voie au cours des liquides.

Grâce aux adhérences épiploïques, on peut, dans les autopsies, retracer le passé abdominal d'un individu, car elles sont le témoin des irritations antérieures et des inflammations éteintes.

LES LUXATIONS TOTALES DE L'ASTRAGALE (1)

Par Georges Luys,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

II

Traitement. — En présence d'une luxation de l'astragale non compliquée de plaie, il faut évidemment, avant tout, tenter la réduction. Broca, sur une statistique de 78 cas de luxations de l'astragale sans plaie, indiquait 19 réductions. Dubreuil, sur 12 cas, signalait 5 réductions. Poinsot, sur 31 cas de luxation double sans plaie, enregistrait 19 succès.

En additionnant ces trois statistiques, nous pouvons voir que, sur 121 cas, on a observé 43 réductions, soit une moyenne de 35 p. 100.

Quelles sont les manœuvres à effectuer pour opérer une bonne réduction?

Tous les auteurs sont d'accord pour pratiquer l'anesthésie générale préalable, soit au chloroforme, soit à l'éther.

Le malade étant endormi, la jambe sera fléchie à angle droit sur la cuisse pour relâcher les gastrocnémiens, puis on pourra alors procéder de différentes façons.

Malgaigne conseillait l'impulsion simple sans extension, au moyen des pouces appliqués sur la tête de l'astragale, les autres doigts étant croisés sur le talon.

Souvent cependant, la réduction n'est pas obtenue de cette manière. On pourra alors, ainsi que l'indiquent Forgue et Reclus (2), confier le pied à un aide qui l'embrassera avec les deux mains « comme un domestique saisit la botte qu'il veut enlever » (1), et qui fera ainsi de l'extension, tandis qu'un autre aide pourra exercer la contre-extension sur la cuisse au-dessus du genou. Le chirurgien agira alors directement sur la tête astragalienne avec la paume de sa main de manière à obtenir la coaptation de l'os déplacé. Dans la luxation en avant, il refoulera la tête de l'astragale en haut et en arrière.

Une *luxation oblique devra être ramenée d'abord à une luxation antérieure directe, et la réduction se fera ainsi en deux temps.* C'est ce précepte que nous avons suivi dans l'observation que nous allons rapporter.

Quénu (2) a apporté à la méthode un perfectionnement en montrant qu'il fallait, après l'anesthésie, commencer par exagérer la flexion du pied sur la jambe et son adduction avant d'appuyer fortement sur la tête de l'astragale d'avant en arrière, ceci découlant du mécanisme même de la réduction comme nous allons l'indiquer.

Malgré tout, il arrive en effet que les tentatives de réduction restent infructueuses.

Quelles sont donc les causes d'irréductibilité?

Pour Desault, c'est la tête astragalienne qui est étranglée par l'ouverture du ligament astragalo-scaphoïdien antérieur. Mais ainsi que le fait remarquer Quénu, la faiblesse des ligaments scaphoïdiens supérieurs est une sérieuse objection à cette théorie.

Pour Rognetta, l'os serait maintenu dans sa position vicieuse par l'action du ligament calcanéo-astragalien qui serait conservé, et d'autre part aussi, par l'enclavement de la tête de l'astragale entre le scaphoïde et le bord interne du calcanéum.

Pour d'autres auteurs, il y aurait constriction par les tendons extenseurs ou jambiers contournant la tête astragalienne.

Pour Dupuytren et pour Nélaton, l'irréductibilité de la luxation serait due à l'engagement de l'onglet tranchant qui termine l'astragale dans la rainure de la face supérieure du calcanéum. Mais sur une pièce qu'il a présentée à la Société anatomique en 1882, Quénu a montré que cette cause ne pouvait être incriminée.

Pour Quénu, enfin, c'est l'application forte du ligament annulaire du tarse contre la tête astragalienne luxée qui est la cause de l'irréductibilité. Cette application est maintenue principalement par la contraction du triceps sural qui met le pied en extension; cette contraction ferme ainsi la fente par laquelle est sortie l'astragale durant la flexion du pied sur la jambe alors que la sangle ligamenteuse était flasque. C'est de cette conception que découle l'amélioration imaginée par Quénu dans la réduction. Il faudra, au lieu de tirer le pied étant dans l'extension, replacer les parties dans la position où elles étaient au moment de l'accident ; c'est-à-dire qu'on exagérera la flexion du pied sur la jambe et son adduction. C'est alors qu'en appuyant d'avant en arrière sur la tête de l'astragale, on ramènera progressivement le pied dans une attitude normale.

De l'examen de toutes les causes invoquées pour expliquer l'irréductibilité, il ressort qu'on ne peut en incriminer aucune d'une façon absolue et exclusive, mais que chacune d'elles peut prendre une part pour empêcher la réduction.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 673

(2) Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale.*

(1) M. Mauclaire nous a dit avoir réduit par ce procédé, qu'il appelle *procédé du tire-botte*, une subluxation sous-astragalienne en dedans, au mois de mai 1898, dans le service de M. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine.

(2) Quénu. Soc. de chir., 1891.

Il n'en est pas moins vrai que chez certains malades, la réduction est facile, chez d'autres elle est très difficile, et que dans ce dernier cas on réduit encore, parfois tout à coup, au moment où l'on s'y attend le moins.

Quoi qu'il en soit, il est aussi certain que bien souvent aucune tentative de réduction ne réussit. Qu'arrive-t-il alors, lorsqu'on n'intervient pas? Parfois, les malades peuvent marcher en dépit de la déformation considérable du pied. Des observations de Legouest, de Marc Sée, de Dubourg en font foi. Mais plus souvent, il se déclare de graves accidents de sphacèle, forçant à amputer secondairement la jambe. C'est ce qui arrive à des chirurgiens comme Haucock, Dolbeau, Detmold.

D'autres fois, enfin, il se fait de la gangrène cutanée, à la suite de laquelle l'articulation s'ouvre : de là, nécessité de faire l'extirpation secondaire de l'astragale.

De l'examen de ces faits, il résulte que, de l'avis de tous les chirurgiens, la seule vraie conduite chirurgicale à tenir, lorsque toutes les manœuvres de réduction ont échoué, est de pratiquer l'ablation primitive et antiseptique de l'astragale.

C'est ce qu'a fait, par exemple, Gérard Marchant (1) dans un cas où il s'agissait d'une luxation en avant et en dehors. Le pied était immobilisé et les mouvements spontanés ou provoqués ne pouvaient modifier cette attitude. Plusieurs tentatives de réduction ayant été faites sans résultat, ce chirurgien fut obligé de pratiquer l'extirpation de l'astragale.

Le résultat fut excellent, et l'opéré put jouir de mouvements d'extension et de flexion.

Quand la luxation se complique de plaie, les anciens auteurs étaient unanimes à repousser la réduction, car la tête astragalienne souillée inoculait de produits septiques les articulations voisines et provoquait ainsi de redoutables accidents septicémiques.

Actuellement, grâce à l'antisepsie, les conditions sont meilleures : on devra commencer par désinfecter soigneusement la plaie et l'os hernié, puis tenter la réduction de l'astragale, en assurant un bon drainage. Si la réduction échoue, l'extirpation primitive de l'os sera alors formellement indiquée, car en présence des déplorables résultats fournis par l'expectation, il est bien évident qu'on aura avantage à ne pas différer cette intervention.

Observation inédite. — Voici un cas que nous avons eu l'occasion d'examiner et que nous publions au nom de M. le docteur Mauclaire et au nôtre.

Le 21 juillet 1898 on apportait dans le service de M. le professeur Le Dentu, remplacé par M. le docteur Mauclaire, un cocher âgé de vingt-huit ans.

Le malade dont l'aspect est celui d'un fort gaillard, très vigoureusement musclé, nous raconte l'accident dont il vient d'être victime. La veille au soir vers neuf heures, il se trouvait sur le siège de sa voiture, les jambes libres, et les pieds chaussés de souliers découverts, lorsque le cheval qu'il conduisait prit peur et s'emballa. Celui-ci ne put être maitrisé et la voiture vint alors butter de flanc contre un trottoir. Le choc fut tel que le cocher fut projeté de son siège sur le trottoir. Il tomba d'abord debout sur les pieds, ensuite, mais secondairement, il roula par terre, et finalement se trouva couché sur le côté droit. Aussitôt relevé par des passants, le malade constata alors que son pied gauche, augmenté de volume, était dévié, et qu'il ressentait un engourdissement pénible dans l'extrémité de son membre inférieur. Examinant sa chaussure, il remarqua que par suite de la violence du choc, les deux morceaux de cuir formant la semelle de la chaussure avaient été décousus et avaient glissé l'un sur l'autre. Enfin, au moment de l'accident, il ne se souvient d'avoir entendu aucun craquement.

A l'inspection, on constate que le pied gauche est en varus : un côté de l'astragale fait une saillie évidente sous la peau, qui est ecchymosée par distension. Il existe un œdème très marqué de tous les tissus au pourtour du cou-de-pied.

La malléole interne ne présente rien de particulier, sauf un pli de la peau qui est dû à la déviation du pied.

La malléole externe forme une saillie prononcée sous les téguments : au-dessous d'elle le doigt déprime fortement les parties molles, et on ne sent plus la face externe de l'astragale qui devrait être à ce niveau. Le long de l'extrémité inférieure du péroné on constate une ecchymose de la peau, ecchymose qui est profonde et qui ne résulte probablement pas du traumatisme.

A la palpation si l'on cherche à reconnaître la situation exacte de l'astragale déplacé, il semble qu'il s'agisse d'une *luxation de cet os en avant et en dehors*.

Le malade ne peut spontanément faire mouvoir son articulation tibio-tarsienne; de même les mouvements provoqués sont impossibles.

Le malade étant en résolution sous l'action du chloroforme, on commence les tentatives de réduction qui sont d'abord infructueuses. Mais celles-ci sont renouvelées. Les deux pouces sont appliqués sur la face externe de l'astragale et font effort pour repousser l'astragale en dedans, tandis que les autres doigts enserrant la face postérieure du calcanéum, en y prenant point d'appui, tendent à projeter le reste du pied en avant; les deux pouces agissant en sens contraire pour produire le même effet.

Au prix d'un effort considérable, on peut obtenir un premier redressement en vertu duquel la déviation en dehors est d'abord corrigée. Puis une deuxième pression énergiquement appliquée d'avant en arrière par les pouces, fait enfin reprendre à l'os luxé sa place normale dans la mortaise tibio-tarsienne.

La réduction présente donc ceci de particulier, c'est qu'elle s'est faite en deux temps. Dans un premier temps, correction de la déviation en dehors, dans un deuxième temps, correction de la déviation en avant.

Bibliographie. — Anger (B.). *Iconographie chirurgicale*, p. 331. — Barral. Th. de Montpellier, 1868. — Berger (P). *Bull. Soc. de chir.*, t. III, p. 105, 25 juillet 1877; t. XVIII, p. 92, 3 février 1892; t. XXIII, p. 259, 1897. — Bergmann. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XLII, p. 3 et 4. — Bouvant. Th. de Paris, 1898, — Broca. Soc. de chir., 1853, p. 566. — Cahier. Art. in *Traité de chirurgie*, de Le Dentu et Delbet. — Dehoey. Th. de Lyon, 1894. — Desault. *Œuvres chirurgicales*, t. I. — Delmas. *Arch. gén. de méd. milit.*, 1890, p. 249. — Delarue. Th. de Paris, 1898. — Delorme. Art. Pied, *Dict. Dechambre*. — Dupuytren. *Leçons orales de clinique chirurgicale*. — Dubreuil. Th. de Paris, 1864. — Du Bourg. Th. de Paris, 1874, n° 468. — Follin et Duplay. *Traité de clinique chirurgicale*. — Gérard Marchant. *Rev. d'orthop.*, 1892. — Gripat. *Bull. de la Soc. méd. d'Angers*, 1877-1878. — Grenier. Th. de Paris, 1860. — Hamilton et Poinsot. *Traité des luxations*. — Jarjavay. Th. de Paris, 1861. — Joseph. Th. de Paris, 1856. — Labbé. Art. Astragale, in *Dictionnaire Jaccoud*. — Le Dentu. *Cliniques chirurgicales*, p. 227. — Malgaigne. *Traité des luxations*, t. II. — Monnier. *Gazette médicale de Paris*, 1885. — Nélaton. *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. II, 1847-1848, p. 482. — Nélaton. Art. in *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus. — Picq. *The Lancet*, 26 mars 1892. — Poinsot. *Interventions*

(1) Gérard Marchant. *Revue d'orthop.*, 1er mai 1892.

dans les luxations du cou-de-pied, 1877. — Quénu. *Progrès méd.*, juin 1894; *Bull. de la Soc. anat.*, 1882, p. 382; *Bull. de la Soc. de chirur.*, juillet 1894; *Gaz. méd. de Paris*, 2 juin 1894. — Regnier et Marchand. *Bull. de la Soc. de chirur.*, 1890, p. 90 et 112. — Rochet. *Rev. d'orthop.*, juillet 1890. — Rognetta. *Arch. gén. de méd.*, 1833, p. 485. — Verdureau. Th. de Paris, 1861 — Verneuil. *Bull. de la Soc. anat.*, t. XVII, 2e s. — Vitrac. *Journal de méd. de Bordeaux*, décembre 1893.

FORMULAIRE

Lymphatisme et scrofule.

1° Le matin à huit heures et le soir à quatre heures dans un bol de lait une cuillerée de :

Eau	300cc
Iodure de sodium	10 grammes.
Bromure de sodium	20 —
Chlorure de sodium	40 —

2° Aux repas, prendre, en hiver, une à trois cuillerées d'huile de foie de morue ou de :

Huile de foie de morue } āā	450cc
Eau seconde de chaux }	
Eau de laurier cerise	100cc

ou en été de :

Biphosphate de chaux	10 grammes.
Eau	300cc

ou une préparation glycérophosphatée.

3° Tous les matins, friction sèche sur tout le corps.

4° Deux fois par an, au printemps et à l'automne, prendre vingt à vingt-cinq bains tièdes, de dix minutes, avec 5 kilos de sel marin et une bouteille d'eaux mères de Salies-de-Béarn. Un bain tous les deux jours.

5° En été, séjour prolongé aux bords de la mer ; deux immersions par jour de cinq à dix minutes; ou saison à Salies-de-Béarn, Balaruc, Salins-Moutier, Biarritz, etc. (Grasset.)

Désodorisants.

Essence de thym } āā	50 parties.
— de lavande }	
Alcool	500 —

(Jorissen.)

ou :	Teinture de quillaya	250 grammes.
	Coumarine	Q. S. p. parfumer.

On peut remplacer la coumarine par du benjoin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1899. — Présidence de M. Pozzi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES HÉMORROIDES

M. Potherat a vu employer et a employé lui-même divers modes de traitement, le cautère actuel, la pince de Richet et le thermocautère. Jamais il n'a vu d'accidents survenir à la suite de l'emploi de ces divers moyens. M. Potherat leur reconnaît une action parfaitement hémostatique. Les faits désastreux invoqués par MM. Delbet et Poirier remontent à une époque bien antérieure à l'antisepsie et à l'asepsie. Il est aujourd'hui reconnu par tous les chirurgiens que ces procédés de cautérisation ignée donnent de très bons résultats.

Cependant, M. Potherat emploie plus volontiers encore deux autres procédés, celui de Whitehead et la ligature. Il a recours au Whitehead depuis que M. Delorme l'a fait connaître à la Société de chirurgie. Il est bien entendu que la dilatation doit toujours précéder toute autre intervention. Cette dilatation préalable présente toujours de grands avantages; d'abord, dans bien des cas, elle peut suffire, à elle seule, pour amener la guérison. Ensuite, elle met à l'abri des douleurs très vives qu'entraînerait la cautérisation. Cette dilatation doit-elle être digitale ou instrumentale? M. Potherat préfère la dilatation instrumentale à l'aide du dilatateur de Trélat. Puis, suivant les cas, M. Potherat pratique soit l'excision circonférencielle complète (Whitehead), soit une excision partielle analogue à celle de M. Reclus ou de M. Monod. Il décrit un procédé mixte auquel il a plus particulièrement recours et qui lui donne de très bons résultats.

M. Poirier appelle de nouveau l'attention de ses collègues sur les inconvénients qui peuvent résulter d'une opération sanglante portant sur la muqueuse saine au point de vue d'un rétrécissement anal consécutif. Il cite l'exemple d'un malade qu'il a opéré ainsi, qui est sorti de l'hôpital parfaitement guéri vingt jours après l'opération et qui est revenu avec un rétrécissement anal tel qu'on ne pouvait introduire une plume d'oie.

M. Reclus déclare que, par le procédé qu'il a décrit, on n'a jamais de rétrécissement consécutif, pourvu que l'on ait soin de réunir la peau à la muqueuse bien exactement.

M. Nimier a reçu, dans son service au Val-de-Grâce, deux hommes chez qui des chirurgiens distingués avaient pratiqué l'opération de Whitehead. L'un présentait un rétrécissement cicatriciel de l'anus ; chez l'autre, l'anus dans une de ses moitiés était transformé en tissu de cicatrice, tandis que sur le reste de sa circonférence existait une plaie fongueuse dont la cicatrisation ne se complétait pas, et le long de laquelle filtraient les matières fécales, toutes les fois que le patient avait de la diarrhée.

Ces résultats désastreux ne sont sans doute pas exceptionnels ; M. Poirier, lui aussi, en a signalé un exemple et ils doivent être mis en balance avec les succès relatés par les partisans du Whitehead.

M. Nimier reste fidèle à l'ancienne méthode de traitement des hémorroïdes, la dilatation digitale de l'anus et la thermo-cautérisation des varices hémorroïdales. Il n'a jamais observé chez ses opérés de douleurs vives, d'hémorragies secondaires ; dès le quatrième ou cinquième jour, ils quittent le lit et vers le vingtième ils se déclarent guéris.

M. Tuffier dit que toute la question se résume à ceci : ou le malade ne suppure pas et alors le résultat est parfait; ou il suppure, et alors il peut y avoir des accidents de rétrécissement ou de plaies fistuleuses. Tout dépend donc de la parfaite asepsie de la suture et de la réunion.

M. Reclus fait observer que, dans son procédé, on ne remonte pas aussi haut sur la muqueuse que dans le Whitehead.

M. Poirier trouve le dilemme de M. Tuffier un peu trop absolu. Il est impossible d'être sûr d'avoir une réunion absolument parfaite dans tous les cas. Il attache une grande importance à la conservation des replis muco-cutanés.

M. Picqué ajoute qu'on ne saurait être sûr d'une égale asepsie dans les différents milieux où on opère.

M. Tillaux, à propos des rétrécissements du rectum consécutifs aux opérations pratiquées contre les hémorroïdes, rappelle que Follin a présenté à la Société de chirurgie un malade opéré par Chassaignac, et qui avait un rétrécissement très marqué. Voici comment procédait Chassaignac : il introduisait dans le rectum un instrument en forme de parapluie, qu'il faisait pénétrer fermé et qu'il attirait ouvert, il attirait ainsi en dehors la muqueuse rectale avec les paquets hémorroïdaires, et il appliquait ensuite sa chaîne d'écraseur, et dans les cas où la chaîne empiétait sur la peau, il y avait des rétrécissements consécutifs. Il importe donc de savoir surtout ménager la peau. La même règle doit être posée pour les procédés d'excision que pour le procédé de Chassaignac.

M. Poirier reconnaît que tout le monde est d'accord sur

ces points, qu'il faut être très économe de la peau, n'y pas toucher, et qu'il faut ne pas avoir de suppuration.

M. TUFFIER répète que le point capital est d'avoir des plaies aseptiques.

M. POZZI fait observer qu'on a signalé des accidents à la suite du procédé d'excision sanglante, tandis qu'on n'en observe pas après le procédé de cautérisation que M. Tillaux et lui ont préconisé. On n'a pas d'accidents par ces procédés parce qu'on ne fait pas d'opération circulaire. Ce sont, en effet, les opérations qui portent sur toute la circonférence anale qui exposent le plus aux accidents consécutifs.

M. MONOD dit que les hémorroïdes étant une lésion simple, il faut leur opposer un traitement simple. Les partisans les plus chauds de l'opération de Whitehead ont un peu reculé de leurs positions premières. M. Delorme lui-même a déclaré qu'il réservait ce procédé à un certain nombre de cas, voire même à des cas exceptionnels. En somme, l'opération complète de Whitehead ne trouve, en effet, que d'assez rares indications. Ce qui fait le succès des procédés de M. Reclus et de M. Monod, c'est qu'ils constituent des opérations partielles.

RAPPORT

Fracture et luxation de la clavicule. — M. RICHELOT fait un rapport sur une observation adressée par M. Morestin.

Il s'agit d'une jeune et jolie veuve qui présentait une difformité assez considérable, causée par une fracture de la clavicule et une luxation de son extrémité interne. M. Morestin pratiqua l'extraction des deux tiers internes de la clavicule, fit une suture et obtint un résultat parfait, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue de la forme.

COMMUNICATION

Traitement des hématocèles par la laparotomie. — M. REYNIER fait une communication sur ce sujet. Il rappelle avoir déjà attiré l'attention de la Société sur cette question et avoir cherché à démontrer que la laparotomie est la seule opération qui permette de mener à bonne fin le traitement chirurgical d'une hématocèle.

M. Reynier cite deux exemples : dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-neuf ans, mal réglée depuis quelque temps, ayant tous les soirs 38°7 de température, s'affaiblissant, s'amaigrissant, ayant un mauvais facies. L'utérus était immobilisé. On pensa d'abord à une collection purulente : on appliqua de la glace sur le ventre et on attendit, mais bientôt survinrent des syncopes qui firent croire à une hématocèle infectée et qui décidèrent M. Reynier à intervenir par la voie vaginale. Il fit une piqûre dans le cul-de-sac vaginal, et à peine y avait-il fait pénétrer le bistouri qu'il s'échappa un flux de sang, d'abord du sang noir, puis du sang rouge. Il y avait une hémorragie très abondante. M. Reynier fit séance tenante la laparotomie et plaça une pince sur l'artère utéro-ovarienne. Il fit un drainage vagino-abdominal et à force d'injections de sérum, cette malade put être remontée et finit par guérir.

La seconde observation a trait à une malade de trente-deux ans qui, à la suite d'une fausse couche, présentait une grosse masse dans le flanc gauche. L'interne avait porté le diagnostic de phlegmon de la fosse iliaque. M. Reynier accepta ce diagnostic et fit une incision au niveau du phlegmon. Il donna issue à un flot de sang; il fit aussitôt une incision médiane et pinça l'artère utéro-ovarienne. Il s'agissait ici d'une hématocèle habitée, car il retira un fœtus et une masse placentaire. Il dut mettre six à sept pinces à demeure sur des points qui saignaient; il laissa ces pinces, dont les branches ressortaient par la plaie. Cette malade finit également par guérir.

M. Reynier insiste sur ces faits et conclut en disant que, dans ces cas, il vaut mieux avoir recours d'emblée à la laparotomie qui, en cas de surprise, permet d'agir immédiatement et d'arrêter les hémorragies formidables qui, dans plusieurs cas, ont causé la mort des malades.

M. POZZI n'est pas de cet avis et croit qu'on peut se rendre maître tout aussi bien de ces hémorragies en agissant par la voie vaginale.

PRÉSENTATION DE MALADE

Gastro-entérostomie. — M. ROUTIER présente une malade atteinte d'un cancer étendu de l'estomac, à laquelle il a pratiqué une gastro-entérostomie. Depuis cette opération, cette malade s'est beaucoup améliorée. Elle a gagné 6 kilos en cinq semaines.

M. TUFFIER reconnaît que la gastro-entérostomie constitue une très bonne opération pour les cas de cancers qu'on ne peut pas enlever.

La séance est levée.

Des attaques anonymes se sont produites depuis quelques semaines contre M. le docteur Ladreit de Lacharrière. Ces tentatives malveillantes ayant avorté, on répand depuis quelques jours par la poste un AVIS à allure officielle annonçant qu' « à la suite d'incidents regrettables l'Administration a mis d'office notre confrère à la retraite ».

Cet avis est adressé sous enveloppe fermée aux médecins et aux journaux. Il semble avoir pour but, en faisant connaître les nouveaux titulaires, de justifier la décision de l'Administration qu'aucun incident ne pouvait faire prévoir. M. Ladreit de Lacharrière s'est retiré sans murmurer, mais en présence des insinuations malveillantes qu'on cherche à répandre dans le corps médical, il nous communique la lettre qui lui a fait connaître sa mise à la retraite :

« RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'Intérieur. — Institution nationale des sourd-muets.

Paris, le 27 mai 1899.

Monsieur le docteur,

M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, me fait connaître que, par analogie avec ce qui se pratique pour les médecins des hôpitaux de Paris (arrêté du 3 mars 1853), la limite d'âge pour les médecins des établissements nationaux doit être fixée à soixante-cinq ans.

M. le ministre ajoute : « En exécution de cette décision, M. le docteur Ladreit de Lacharrière, né le 4 août 1833, doit être admis à faire valoir ses droits à la retraite. En lui notifiant cette décision, vous le remercierez au nom du gouvernement pour ses longs services. »

Je ne puis, monsieur le docteur, que m'associer, au nom de l'Institution, au témoignage que M. le président du Conseil m'a chargé d'avoir l'honneur de vous transmettre.

Agréez, monsieur le docteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le directeur de l'Institution nationale,
Désiré GIRAUD. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 16 octobre à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours peur l'externat aura lieu le mardi 17 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront

admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 1er septembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

Faculté de Paris. — Par décret en date du 27 juin 1899, M. le docteur Brissaud, professeur agrégé, est nommé professeur à la Faculté de médecine de Paris. — La *Gazette des hôpitaux* est heureuse d'adresser ses félicitations au nouveau titulaire de la chaire d'histoire de la médecine.

Prix de la Faculté de médecine pour l'année scolaire 1898-99. — Tous les mémoires doivent être déposés au secrétariat, avant le 15 octobre, sans nom d'auteur, mais avec une devise.

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 400 fr.). — Question : « De la péritonite des cirrhotiques. »

Prix Montyon (700 fr.). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Prix Barbier (2 000 fr.). — A la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix Chateauvillard (2 000 fr.). — Au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

Legs du Baron de Trémont (1 000 fr.). — En faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher (1 000 fr.). — Destiné à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que les frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais.

Déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre : 1° une demande ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître la situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant la nationalité française ou polonaise.

Prix Lacaze (10 000 fr.). — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, au meilleur ouvrage sur la « phtisie » et sur la « fièvre typhoïde » (alternativement).

A la fin de l'année de 1900 il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la « phtisie ».

Legs Jeunesse. — 1 500 francs au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 750 francs au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

En 1899 les deux prix seront attribués.

Prix J. Saintour (3000 fr.). — Question : « De l'insuffisance hépatique.

Prix Béhier (1 800 fr.). — Question : « Des hémorragies des muqueuses et de la peau dans les maladies du foie. »

Prix Charles Legroux (300 fr.). — Au meilleur travail sur le « diabète, ses causes et son traitement ».

Ce prix sera attribué en 1902.

Legs Barkow (3 000 fr.). — Pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable.

Faire la demande avant le 1er septembre.

Legs Pellerin. — Même but ; même condition ; en outre appartenir à une famille domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Thèses récompensées. — Sont seules admises au concours, les thèses ayant obtenu les notes « extrêmement satisfait » et « très satisfait. »

Pour les bourses du doctorat en médecine, les bourses municipales, les bourses d'études, de voyages, la gratuité, les exonérations, se renseigner au secrétariat de la Faculté.

Marine. — Liste d'embarquement des officiers du corps de santé de la marine, à la date du 27 juin 1899.

MM. les médecins en chef, Danguy des Déserts, Manson, Geoffroy, Dhoste, Fontorbe, Jacquemin, Barret, Burot.

MM. les médecins principaux, Bourat, Nodier, Ludger, Abelin, Laurent, Gayet, Brémaud, Kermorvant.

MM. les médecins de première classe, Fallier, Vinas, Lallour, Théron, Chové, Plagneux, Richer de Forges, Gandelin, Michel, Aubry, Roux, Pélissier, Aubry (L.), Duville, Copin, Gaillard, Branzon-Bourgogne, Piton, Thamin, Keisser, Bonnefoy, Martenot, Audibert, Du Bois Saint-Sévrin, Martine, Salaun, Layet, Pons, Lesueur-Florent, Depied, Bonain, Dumas, Martel, Morel, Gombaud, Denis, Mortreuil, Bourdon.

MM. les médecins de deuxième classe Préboist, Porre, Micholet, Battarel, Camus.

État sanitaire du 15e corps. — Les trois bataillons du 111e d'infanterie viennent d'évacuer le camp de Carpiagne. Ils ont été dirigés sur les forts de Toulon, des cas de fièvre typhoïde s'étant également produits dans des casernes de Toulon.

La peste en Orient. — Les progrès de la peste continuent en Orient. Le *Gaulois* vient de faire une enquête sur la situation créée à la France par la présence de la peste en Égypte, dont nous avons eu plusieurs fois l'occasion de parler.

« Le conseil d'hygiène, a répondu le professeur Brouardel, s'est naturellement préoccupé de la situation. Nous avons envisagé la marche de la maladie et la contamination de la ville d'Alexandrie. Le danger est évidemment aujourd'hui plus près de nous, étant donné que le fléau a franchi le canal de Suez où il aurait dû être arrêté.

Mais il importe, avant tout, de ne pas s'alarmer outre mesure. Le sang-froid est la meilleure condition pour résister efficacement contre toute espèce d'épidémie contagieuse. Il serait donc prudent et loyal à la fois, de rassurer l'opinion publique, toujours prête à se laisser influencer et troubler.

En admettant que la peste fasse son apparition à Marseille, ce qui est une simple hypothèse, il sera facile de l'éteindre sur place, comme cela a été fait à Samarkande et à Vienne. Les conditions hygiéniques se sont largement améliorées depuis la terrible peste de 1720, qui décima la moitié de la population marseillaise.

De plus, le nouveau traitement découvert par le docteur Yersin agit avec beaucoup de succès sur les pestiférés lorsqu'il est appliqué dès le début de la maladie.

L'organisation sanitaire à Marseille ne laisse, je crois, rien à désirer ; elle est suffisamment armée pour envisager sans crainte l'apparition du fléau. »

Le docteur Brouardel craint seulement que les prescriptions sanitaires ne soient pas toujours exécutées par les Anglais. Aucune défense sérieuse n'existe en particulier dans le golfe Persique. Il y a là un véritable danger.

Opinion du docteur Proust, inspecteur général des services sanitaires :

« Maintenant que la peste a pénétré dans un port de la Méditerranée, il faut organiser une ligne de défense dans tous les ports que baigne cette mer et les ports de l'Océan. Le cercle de l'épidémie est agrandi et la dissémination est beaucoup plus à redouter.

— Pensez-vous, demandons-nous au docteur Proust, qu'à Alexandrie le fléau puisse être éteint sur place ?

— Il est impossible là-dessus de formuler la moindre hypothèse. La contagion peut être circonscrite cette année mais reparaître beaucoup plus intense l'année prochaine. Le bacille de la peste ne s'accommode pas d'une température élevée. Il renaît et se développe avec une température moyenne et humide. »

Opinion du docteur Kermorgant, inspecteur général du service de santé au ministère des colonies :

« En ce qui nous concerne personnellement, dites bien que les mesures sanitaires, dans nos ports, sont fidèlement appliquées et qu'il n'y a pas, pour l'instant, de danger immédiat. Si l'Europe est atteinte, et espérons que non, ce ne sera pas la faute de l'administration sanitaire française. »

Les boissons hygiéniques au Sénat. — Le Sénat, dans sa séance d'hier, a adopté le projet portant prorogation des délais fixés pour l'application de la loi du 29 décembre 1897 relative au dégrèvement des droits d'octroi sur les boissons hygiéniques. Après des observations de MM. Delcrot, Deandreis, Prevet, rapporteur, et Caillaux, ministre des finances, l'ajournement jusqu'à la fin de 1900 est prononcé.

Statistique. — Mortalité à Paris du 18 au 24 juin : 886 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente, 876, et de la moyenne ordinaire de la saison, 862. — La fièvre typhoïde n'a causé que 8 décès, au lieu de 20 pendant la semaine précédente; en outre, le nombre des cas nouveaux de maladie est en diminution. La rougeole, toujours fréquente en juin, a causé 30 décès, chiffre voisin de la moyenne (25). La scarlatine a causé 7 décès au lieu de 10 la semaine précédente. La coqueluche a causé 6 décès (moyenne 8), et la diphtérie, 11. La grippe a encore causé 1 décès. Il y a eu 13 suicides et 13 autres morts violentes.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Paul Gingeot, médecin de l'Hôtel-Dieu, décédé hier à l'âge de soixante et un ans. Ses obsèques seront célébrées, demain samedi, en la basilique Sainte-Clotilde, sa paroisse. — M. le docteur Nory (de Sainte-Suzanne. Mayenne).

Banquet. — Les amis et élèves de M. le docteur Ladreit de Lacharrière lui offriront, à l'occasion de sa retraite, un banquet, le jeudi 6 juillet, à sept heures et demie du soir, au pavillon d'Armenonville. (Prix de la cotisation : 20 francs.) Les dames sont priées de prendre part à la réunion. — Adresser le plus tôt possible les adhésions à M. le docteur Jullien, 12, chaussée d'Antin.

Remplacements. — Un jeune docteur, exerçant depuis plus de deux ans dans les différentes branches de la pratique journalière, demande à faire des remplacements. Conditions faciles. — S'adresser au docteur Frénot, à la Bresse (Vosges).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 9 juillet 1899.*

Départ de Paris, 9 h. 32 matin ; retour, minuit 9.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, **20** fr. ; 2e classe, **17 fr. 50** ; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

— La Compagnie P.L.M. organise, avec le concours de la Société des « Voyages Duchemin », trois excursions dans l'Oberland, à Zermatt et à Chamonix.

Départs de Paris : les 12, 15 et 17 juillet 1899.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, de 325 fr. à 600 fr., 2e classe, de 280 fr. à 540 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société des « Voyages Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 75. — MARDI 4 JUILLET 1899. 72e ANNÉE MARDI 4 JUILLET 1899. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Paris, le 3 juillet 1899.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail entre en vigueur pour toute la France, à la date du 1er juillet 1899. Jusqu'à 1893, l'intervention du médecin dans les accidents du travail avait été mal définie. La loi de 1893 avait ensuite obligé le patron à faire une déclaration à la mairie pour tout accident entraînant une incapacité de travail d'au moins quatre jours, déclaration accompagnée d'un certificat médical. Mais le rôle du médecin se bornait le plus souvent à constater l'état du malade et à fixer, d'une manière plus ou moins exacte, la durée probable de la maladie. Le blessé se faisait soigner où et comme il pouvait, les patrons ou les compagnies d'assurances supportant les frais d'une incapacité de travail plus ou moins prolongée.

Avec la loi de 1898, les patrons deviennent responsables des frais médicaux et pharmaceutiques, et l'intervention du médecin devient également obligatoire. En effet, à la déclaration du patron sera joint un certificat du médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident, et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif. C'est là le seul point de la loi qui nous intéresse au point de vue professionnel.

Les médecins vont donc être appelés à donner des soins à des malades dans des conditions déterminées; comment se régleront leurs honoraires?

Si le blessé choisit lui-même son médecin, « le chef de l'entreprise, dit la loi, ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite. » Dans cette hypothèse, on voit à quel taux souvent dérisoire tomberont les honoraires.

L'ouvrier blessé demande-t-il à son patron de lui faire donner les soins de son médecin? Deux cas peuvent se présenter : le patron n'est pas assuré et fait soigner le blessé par son propre médecin qu'il honorera comme de coutume. Malheureusement, le cas se présentera rarement, et le plus souvent les soins seront donnés par l'entremise d'un assureur.

Celui-ci sera représenté par l'État, qui possède une caisse nationale d'assurance, ou le plus souvent par une compagnie d'assurance à prime fixe.

S'agit-il d'une compagnie d'assurance mutuelle ou syndicat de garantie, elle exigera beaucoup de ses médecins et les paiera d'une manière presque dérisoire.

Quant à la compagnie à prime fixe, il est probable qu'avec la loi nouvelle elle aura le plus grand nombre de clients. Les médecins devront donc soigner les blessés, depuis l'accident jusqu'à la guérison, d'après des tarifs établis à l'avance et variables avec chaque compagnie.

Au moment où le corps médical va être appelé par la loi dans une voie nouvelle susceptible d'une grande extension, il est de son intérêt de ne s'y engager qu'avec précaution.

La plupart des syndicats professionnels l'ont bien compris, et un très grand nombre ont élaboré des tableaux de tarifs à un taux très raisonnable, mais compatible avec la dignité professionnelle. Nous ne saurions trop engager nos confrères à continuer dans cette voie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Parisiens naïfs, vous croyez sans doute boire de l'eau propre, de l'eau amicrobienne; vous vous imaginez que depuis que l'administration municipale a détourné de leurs cours la Vanne, la Dhuys et l'Avre, vous êtes à l'abri de la fièvre typhoïde ; combien profonde est votre erreur! Aucune de ces eaux n'est pure, microbiologiquement ; toutes peuvent être souillées par le bacille d'Éberth. Ceci ressort clairement de l'étude approfondie de leur origine, de leur situation, de leurs modes de protection. Tout démontre leur nocuité, tout, et en particulier le consommateur parisien, qui, en l'espèce, est un beau spécimen d'animal réactif : de 1894 à 1899, nos diverses eaux de source (sauf peut-être l'eau de la Dhuys) ont à leur actif des cas de fièvre typhoïde.

Ces notions, que nous apporte, dans un mémoire très richement documenté, M. Thoinot, méritent d'être méditées. Elles sont, en outre, curieuses, si l'on se souvient des querelles violentes qu'a suscitées la captation de ces sources, et en particulier des sources de l'Avre. On dut, si j'ai bonne mémoire, mobiliser les gendarmes pour empêcher les riverains de faire mauvais sort aux ouvriers chargés de faire

parvenir aux Parisiens l'eau pure de la jolie rivière; et, détail amusant, les habitants de la contrée eux-mêmes avaient prévenu l'administration de la Ville de Paris, que leur eau n'était peut-être pas aussi pure qu'on l'espérait. Sans doute, on eût mieux fait de les écouter, puisqu'il paraît hors de doute que ces eaux peuvent receler le bacille d'Éberth.

L'alcoolisme, on le sait (M. Jacquet l'a démontré à nouveau il y a peu de temps), joue un rôle énorme dans le développement de la tuberculose pulmonaire. Il est un autre élément sur lequel M. Barbier attire fort justement l'attention, et qui d'ailleurs s'ajoute le plus souvent au précédent; cet élément, c'est l'immigration.

M. Barbier a constaté que le tiers à peine des tuberculeux entrant à l'hôpital, est né à Paris; les deux autres tiers sont des immigrés à l'âge adulte et rapidement tuberculisés; 40 p. 100 d'entre eux sont tuberculisés dans les six premières années.

Cette immigration des provinciaux dans la capitale constitue donc un danger social et aussi un danger économique, car la Ville de Paris doit assurer le traitement de tous ces tuberculeux qui grèvent ainsi ses finances.

M. Barbier fait suivre sa communication de considérations cliniques intéressantes, sur l'hérédité dans les familles d'alcooliques :

Voici un fait à cet égard nettement démonstratif : le chef d'une famille est indemne de syphilis, mais c'est un grand alcoolique, se livrant surtout à l'abus de l'absinthe, dont il prend huit à dix verres avant le déjeuner. Dans cet état il se livre à des abus de coït, et c'est dans ces conditions que sa femme, sobre et non syphilitique, est devenue enceinte à trois reprises. Le premier enfant présente des mutilations congénitales des doigts, des mains et d'un pied; le second est atteint de rachitisme et de nanisme. La troisième grossesse a été gémellaire et s'est terminée à six mois et demi; les enfants sont morts rapidement, l'un par débilité, l'autre par imperforation du rectum. Le père s'étant assagi, la mère, devenue grosse pour la quatrième fois, accoucha alors d'une fille bien constituée. Cette femme redevint enceinte pour la cinquième fois, alors que son mari avait repris ses excès absinthiques; elle mit au monde un petit rachitique.

Ce déplorable mari semble avoir voulu tenter une expérience... qui a réussi!

MM. Enriquez et Lereboullet présentent un malade atteint de **mélanodermie généralisée**, qui semble due à un traitement arsenical prolongé. Sur un fond pigmenté se détachent soit des taches plus foncées analogues à des grains de tabac, soit des taches plus claires du volume d'une lentille. Très nombreuses, donnant à la peau un aspect finement moucheté, ces taches prédominent au tronc, à l'abdomen et à la racine des membres. A la face, elle est uniforme et moins accentuée; aux avant-bras et aux jambes, elle est apparente, mais peu prononcée; elle est presque nulle aux mains et aux pieds; enfin, les organes génitaux et surtout la peau du scrotum paraissent moins pigmentés que la peau avoisinante. Enfin, une petite tache pigmentaire se voit sur la lèvre inférieure, et on constate une légère teinte ardoisée des commissures.

Il faut remarquer que ce malade ne prenait que des doses en somme assez faibles de liqueur de Fowler, et qu'il faut toujours compter, en clinique, sur les réactions individuelles.

M. Méry présente un malade atteint de **spondylose rhizomatique.**

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ET ANESTHÉSIE LOCALE DU NERF MOTEUR (1)

Par Mlles J. Joteyko et M. Stefanowska.

(*Travail fait à l'Institut Solvay, de Bruxelles.*)

Un agent anesthésique, tel que le chloroforme ou l'éther, qui suspend dans un être vivant tous les mouvements dépendant d'une irritabilité quelconque, exerce-t-il une action démontrable sur l'excitabilité des nerfs moteurs? Telle est la question que nous nous sommes posée dans ces recherches, et notre réponse a été pleinement affirmative.

1. *Anesthésie générale du nerf.* — Une patte galvanoscopique est introduite sous une petite cloche de verre renfermant une éponge imbibée d'éther ou de chloroforme. L'excitabilité du nerf est examinée au moyen d'un courant d'essai, tétanisant, de courte duree. On constate que le tétanos obtenu diminue d'intensité à mesure que les effets des vapeurs commencent à s'exercer; après un temps variable d'après la densité des vapeurs anesthésiantes, l'excitabilité est complètement abolie. C'est le *sommeil anesthésique du nerf moteur*. Pour démontrer que le nerf n'est pas mort, on enlève la cloche, et, petit à petit, l'excitabilité réapparaissant, on obtient de nouveau les contractions de la patte.

Si l'on interroge méthodiquement l'excitabilité du nerf au moment où il commence à s'anesthésier et en différentes régions dans toute sa longueur, on constate que l'excitabilité de la partie du nerf voisine des centres disparaît bien avant l'excitabilité de la partie distale; l'ordre inverse est suivi pour la restauration de l'excitabilité. Le muscle est beaucoup plus réfractaire que le nerf vis-à-vis des anesthésiques, mais sa résistance n'est que relative; il finit par être atteint si l'on prolonge l'action des anesthésiques.

2. *Anesthésie locale du nerf.* — L'action locale de l'agent anesthésique s'étudie en entourant une portion du nerf au moyen d'un mince bourrelet d'ouate imbibée d'éther ou de chloroforme. Cette application ayant été faite, par exemple, dans la partie voisine du muscle, et les électrodes mises en rapport avec la partie supérieure du nerf, voici les faits principaux que nous avons observés : 1° tout au début, l'excitabilité du nerf moteur est légèrement augmentée dans pareil cas; 2° dans tous les cas, au bout de peu de temps, la *partie anesthésiée du nerf* devient complètement inconductible pour les excitations venues de la partie supérieure; 3° si, à ce moment, on enlève le bourrelet imbibé d'anesthésique, on voit en peu de temps réapparaître l'excitabiltté. La mort du nerf n'a jamais été produite par l'éther; au contraire, en employant le chloroforme, nous avons constaté plusieurs cas de mort du nerf; 4° la diminution de la conductibilité de la partie anesthésiée du nerf se traduit non seulement par la réduction de la secousse musculaire, mais encore par une *diminution de vitesse* dans la transmission nerveuse; en effet, on observe un *ralentissement* énorme de la contraction avec tendance à la contracture; 5° l'action de l'agent anesthésique reste localisée à la partie du nerf anesthésiée; il n'y a, à proprement parler, pas de propagation centrifuge ou centripète. Les nerfs sensitifs sont aptes à l'anesthésie locale, tout comme les nerfs moteurs.

3. Un grand nombre d'autres substances (morphine, chloral, alcool), appliquées suivant la méthode précédem-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

ment décrite, produisent également l'inexcitabilité locale et momentanée des nerfs.

4. En résumé, les anesthésiques peuvent produire l'*abolition de la motricité*, sans que pareil résultat implique, de la part de l'agent dit *anesthésique*, une action préalable sur la sensibilité. Cette inexcitabilité purement motrice, s'obtient chez la grenouille par l'action des vapeurs anesthésiques agissant sur toute la longueur ou sur une petite portion du nerf. Dans l'anesthésie générale, les différentes parties du nerf conservent une certaine indépendance les unes vis-à-vis des autres; on en conclut que la sensibilité du nerf à l'égard des agents anesthésiques n'est pas la même dans toutes ses parties. Dans l'anesthésie locale, la partie anesthésiée seule a complètement perdu son excitabilité (conductibilité et réceptivité).

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections intra-rectales de solutions salines dans les hémorragies, le shock et les infections (1).

Il est bien démontré maintenant que les lavements de solutions salines peuvent remplacer les injections intraveineuses ou sous-cutanées dans un grand nombre de circonstances, et cependant cette méthode si simple n'est pas encore assez répandue. M. le docteur Louis Lépine apporte à son appui, dans sa thèse (1), un certain nombre de faits nouveaux montrant ses avantages.

Il est à remarquer que l'étude clinique et expérimentale du pouvoir d'absorption de la muqueuse rectale montre qu'il y a, dans les conditions physiologiques de cette propriété, des variations assez considérables, suivant la nature et la quantité des produits sur lesquels elle s'exerce.

Très active pour l'eau et les sels, elle se produit assez facilement avec la plupart des médicaments. C'est ainsi que Demarquay a trouvé de l'iode dans la salive cinq minutes après un lavement ioduré. Au contraire, la térébenthine, le santal ne sont pas absorbés; le salol ne l'est qu'au bout de quatre heures. En ce qui concerne la plus grande partie des albuminoïdes et des graisses, le pouvoir d'absorption de muqueuse rectale est complètement nul.

La solution saline est donc dans les meilleures conditions pour être absorbée. Son titre, sous cette forme, peut être approximatif, 7 à 8 grammes de chlorure de sodium par litre. On peut ainsi donner à la méthode des applications multiples. C'est ainsi qu'à la Maternité de Marseille, M. le docteur Queirel a recueilli plus de 60 observations très favorables et qui lui permettent d'attribuer la baisse de la mortalité chez les enfants nouveau-nés, à cette Maternité, à l'emploi judicieux des solutions salines. Ces solutions sont employées en lavements, à la dose quotidienne de 100 grammes, fractionnée en trois ou quatre fois. Cette médication aurait donné les meilleurs résultats chez les enfants débiles.

A Lyon, le procédé de l'injection intra-rectale de solution saline est depuis quelques années employé à la Charité d'une façon systématique. Après une série d'essais, M. Fochier, en 1892-94, l'érigea en méthode dans son service de clinique et en a retiré depuis, dans les hémorragies obstétricales, dans l'albuminurie et l'urémie pré-éclamptiques, de très grands bénéfices.

Son grand avantage est que l'instrumentation à employer est peu compliquée; on peut utiliser l'irrigateur Eguisier ou non, une seringue ordinaire quelconque est suffisante : cependant, le procédé, souvent mis en usage dans le service de la Maternité à Lyon, est préférable.

(1) Th. de Lyon.

Un bock en verre ou en tôle émaillée, contenant la solution, est suspendu à 40 ou 50 centimètres au-dessus du lit du malade. Il est relié par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc à une sonde de Nélaton. Les diverses parties de cet appareil devront, autant que possible, être tenues aseptiques.

On comprend facilement que, par ce procédé, la pression employée reste minime, mais que, par l'intermédiaire de la sonde, on pourra faire pénétrer beaucoup plus loin la solution saline.

A défaut de sonde de Nélaton, on pourra, avec les mêmes avantages, utiliser toute sonde qui permettra de ne pas léser le rectum.

La position du malade n'est pas indifférente.

Le malade sera couché sur le côté droit, le siège un peu relevé, le corps un peu courbé en arc.

Pour diriger la sonde ou la canule de l'irrigateur, il faut se rappeler que le rectum, à sa partie inférieure, est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant sur l'étendue de 3 à 4 centimètres, puis prend une nouvelle direction en arrière. Pour suivre cette sinuosité, l'instrument doit être introduit suivant une ligne imaginaire allant de l'anus à l'ombilic; après l'avoir enfoncé de trois centimètres environ, on le porte légèrement en arrière jusqu'à ce qu'il ait pénétré sur une assez grande longueur.

Température de la solution saline. — Le premier effet de l'injection intra-rectale est de solliciter plus ou moins promptement les contractions de l'intestin, mais cette sollicitation n'est vive et durable que si le liquide est froid ou très chaud.

On devra donc s'attacher à donner à la solution une température se rapprochant de celle du corps humain, c'est-à-dire variant entre 34 et 39 degrés. Il faudra, de plus, avoir eu la précaution de placer la partie de l'appareil qu'on doit introduire dans le rectum à cette même température. C'est d'ailleurs à cette température, ainsi que l'a démontré l'expérimentation physiologique, que se produisent le mieux les propriétés d'absorption de la muqueuse rectale. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Les ulcérations talonnières et occipitales chez les nouveau-nés et les nourrissons (1).

Depuis les travaux de Parrot sur ce sujet, les ulcérations qui peuvent se produire chez les nourrissons, au niveau des talons et de la nuque, sont considérées comme ne se formant guère que chez des athrepsiques, des enfants dont l'état général est mauvais et comme étant d'un pronostic très grave. Quelques auteurs ont cependant été à l'encontre de cette manière de voir, et M. Raffin (Thèse de Bordeaux) vient, en réunissant un grand nombre de faits observés dans la crèche de l'hôpital des Enfants, de montrer qu'on devait envisager les choses à un tout autre point de vue.

Il résulte, en effet, de ces observations que les ulcérations se montrent non seulement chez les athrepsiques et les débilités, mais aussi chez des enfants paraissant sains, et cela en grande proportion, puisque sur 100 enfants de la crèche on a observé 52 fois celles des talons et 14 fois celles de la nuque. Ces ulcérations ont presque toujours un début insidieux et ce n'est que progressivement que les lésions gagnent en profondeur et en gravité.

Le plus souvent, les ulcérations talonnières offrent l'évolution suivante : elles s'étendent peu à peu en largeur et en profondeur jusqu'à ce qu'elles atteignent la dimension d'une pièce de cinquante centimes; à ce moment, on constate leur existence, on s'en occupe; on protège la plaie, on la nettoie, on la recouvre de poudres diverses qui, en général, la

(1) *Rev. des mal. de l'enf.*

dessèchent et elle se cicatrise au bout de quelques jours, laissant à son niveau un point où les téguments sont déprimés et gardent un certain temps la trace de la lésion dont ils ont été atteints.

Tels sont les cas bénins qui constituent la majorité.

Mais, dans quelques cas, lorsqu'on les constate, les ulcérations sont arrivées à un stade plus avancé : le tissu cellulaire est mortifié, les bords de l'ulcération sont enflammés, les ganglions de l'aine tuméfiés. Les microbes pathogènes sont entrés dans la circulation, et l'état général, primitivement bon, peut s'altérer. Mais cette atteinte de la santé générale est alors secondaire et s'explique très bien par la résorption des matières septiques au niveau de la plaie.

Les grandes ulcérations constituent ces cas tout à fait exceptionnels qui, autrefois, avaient attiré l'attention.

Les ulcérations occipitales ont une marche tout à fait analogue à celle des lésions que nous venons de décrire; insidieuses au début et aussi dans leur évolution, elles peuvent passer complètement inaperçues et n'être révélées et reconnues qu'après leurs complications.

Lorsqu'on constate les lésions dès le début, il est très facile de les empêcher de se développer. Un peu plus tard, M. Raffin préconise comme un des meilleurs topiques que l'on puisse employer, la poudre de sous-carbonate de fer porphyrisée.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'érysipèle par l'acide phénique camphré.

Schweler préconise, dans le *Medicinisko'é Obosrenié* (1899, nº 4), le traitement suivant de l'érysipèle. Il emploie un mélange d'acide phénique et de camphre (acide phénique, 1 partie; camphre, 3 parties). Ce mélange représente un liquide transparent, huileux, incolore d'abord, mais prenant avec le temps une légère coloration rose, ayant l'odeur de camphre. Son poids spécifique est 0,990.

Aux malades atteints d'érysipèle, l'auteur n'administre jamais d'antipyrétique, même s'ils ont une température allant jusqu'à 41 degrés.

La technique du procédé est fort simple : on badigeonne la région malade avec le mélange sus-indiqué, toutes les trois heures pour l'érysipèle de la face. Dans les cas d'érysipèle des extrémités, la région malade est recouverte d'une couche de gaze stérilisée trempée dans le mélange, pardessus laquelle on applique une feuille de papier et de l'ouate. On change ce pansement trois fois par jour.

Le nombre des malades soumis à ce traitement a été de 33. Ces cas se répartissent ainsi que suit : face, 26 cas; nez, 3; cubitus gauche, 1 cas; mains, 2 cas; pieds, 1 cas.

La durée moyenne de la maladie a été de cinq jours; cependant il y a eu des cas où cette durée a dépassé douze jours. On n'a jamais observé ni gangrène, ni abcès du tissu cellulaire, ni complications rénales. La température, très élevée au début, avait des tendances à la chute, particulièrement le matin. Si le processus érysipélateux ne se propageait pas aux régions voisines, la température tombait à la normale et, une fois tombée, elle ne s'élevait plus.

Ajoutons que si l'on compare la durée de la maladie traitée par le procédé que nous venons d'indiquer avec cette durée lorsque l'érysipèle est traité par d'autres procédés, on constate aisément que dans le premier cas la durée est relativement courte. Ce fait seul que, dans 7 cas, le traitement en question a amené la guérison en l'espace de vingt-quatre heures, donne déjà, semble-t-il, le droit d'affirmer que le mélange d'acide phénique et de camphre est un bon moyen thérapeutique dans l'érysipèle. (B. TAFT. *Rev. de thér. méd.-chir.*)

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin.

Par le docteur A. CORLIEU,

Bibliothécaire honoraire de la Faculté de médecine.

Pour bien comprendre le fonctionnement de l'ancienne Faculté de médecine de Paris, il faut étudier tout un décanat. C'est celui de Guy Patin qui nous servira pour cette étude rétrospective.

On ne peut se faire une idée d'un décanat sous l'ancienne Faculté en le comparant avec le décanat actuel. Il en différait du tout au tout. Alors, comme aujourd'hui, le doyen était le chef de la Faculté, *caput Facultatis*; mais la Faculté était constituée non par les professeurs, mais par toute la corporation médicale. Depuis 1338, le doyen fut nommé au scrutin par toute l'assemblée des maîtres régents et ses fonctions ne durèrent d'abord qu'un an, puis elles furent prolongées d'une année en 1448. C'est Hugues Lesage (*Hugo Sapientis*) qui fut le premier doyen nommé à l'élection. Après quelques modifications, un décret de la Faculté, du 7 mars 1644, établit que le doyen serait élu tous les deux ans, *singulis bienniis eligetur*, et la réélection fut interdite. Mais à la date du 30 décembre 1674, un autre décret de la Faculté autorisa la réélection, à la condition que le doyen sortant aurait fait preuve d'une grande capacité et que l'élection aurait lieu à l'unanimité. On vit ainsi des doyens réélus deux et trois fois. René Le Thieullier, par exemple, fut doyen de 1768 à 1774.

Le doyen sortant de charge rendait publiquement compte de sa gestion, après quoi il déposait les insignes du décanat, qui consistaient dans les clés du sceau de la Faculté, qu'il portait suspendues au cou avec une chaîne d'argent.

Le grand sceau et le petit sceau étaient conservés dans une armoire spéciale, et quand on voulait les retirer, il fallait, en signe de déférence, que quatre docteurs régents fussent présents.

Il ne faut pas confondre le grand sceau et le petit sceau avec les armes de la Faculté. Le grand sceau (1) avait 5 centimètres de diamètre et représentait la Vierge assise, vue de face, couronnée et voilée, tenant à la main droite une branche d'arbre et à la gauche un livre ouvert : de chaque côté se tiennent deux écoliers. L'exergue porte :

S(*igillum ma*)GISTRORUM FACULTATIS MEDICINE PA(*risiensis*)



Le petit sceau n'avait que 25 millimètres de diamètre et représentait un docteur coiffé d'un bonnet, assis et expliquant une leçon dans un livre ouvert. Il portait pour légende :

SECRET. GLORIOSISSIM. YPOCRATIS

L'élection du doyen se faisait à deux degrés. Il n'y avait ni brigue, ni cabale, ni favoritisme — la plaie de notre époque. — Vous jurez, leur disait le doyen sortant, que sans fraude vous élirez comme doyen celui des docteurs régents que

(1) Arch. nat., J. 545, n. 14.

vous saurez le plus apte à remplir cette fonction. *Juratis quod sine fraude eligetis in decanum illum de vere regentibus quem sciveritis utiliorem esse ad hujusmodi officia exercenda.*

Guy Patin raconte dans sa lettre XLVII avoir été mis trois fois dans le chapeau, en 1642, 1644 et 1648 et n'être jamais sorti. Enfin, le 5 novembre 1650, le sort le désigna comme doyen de la Faculté, charge fort pesante, disait-il, qui était plutôt *onus quam honos*.

Le doyen nouvellement élu, après avoir reçu les sceaux, prêtait le serment suivant :

« Je jure :

1° Avant toutes choses et avec tout le zèle possible, d'exercer les fonctions pendant toute l'année, d'assister aux assemblées générales, aux actes de l'Université ou de m'y faire suppléer en cas d'empêchement;

2° D'agir énergiquement, sans partialité, contre ceux qui exercent illégalement la médecine;

3° De ne pas faire de réunion privée, mais de convoquer tous les docteurs régents;

4° De garder précieusement le livre des statuts, de n'y rien ajouter, ni retrancher, sans le consentement des docteurs régents convoqués en nombre suffisant;

5° Dans les quinze jours qui suivront ma sortie de fonctions, de rendre mes comptes en présence de tous les docteurs régents et de rendre intacts à mon successeur les biens de la Faculté (1). »

Les honoraires du doyen étaient peu élevés; le plus souvent ils étaient de 150 livres. Quelques doyens les refusèrent, tel que Nicolas Ellain, en 1599. Le doyen n'était pas logé.

Aujourd'hui, le doyen a un logement splendide, 3 000 fr. de préciput pour frais de représentation et 15 000 comme professeur.

Le décanat n'était pas une sinécure, et si le doyen n'était pas professeur — ce qui devrait être encore aujourd'hui — il était à la fois administrateur, examinateur, prenait soin de tout ce qui regarde la Faculté, percevait les revenus, présidait toutes les assemblées, les examens des chirurgiens et des apothicaires, visitait les officines de ces derniers, etc. Si le roi mourait pendant son exercice, il assistait de droit à l'autopsie. Il avait ainsi un grand tracas d'affaires, car il devait intenter, au nom de la Faculté, les procès contre les empiriques, les charlatans, les médecins étrangers, et ces procès étaient fréquents.

La nomination du doyen le mettait presque dans l'obligation d'offrir un banquet à ses confrères et amis. Guy Patin raconte dans une de ses lettres le dîner qu'il donna le 1er décembre 1650, dans son domicile de la rue du Chevalier-du-Guet, rue aujourd'hui disparue dans le percement de la rue de Rivoli.

« Trente-six de mes collègues firent grande chère : je ne vis jamais tant rire et tant boire pour des gens sérieux et mesme de nos anciens : c'étoit du meilleur vin vieux de Bourgogne, que j'avois destiné pour ce festin : je les traitay dans ma chambre où pardessus la tapisserie se voyoient curieusement les tableaux d'Érasme, des deux Scaliger père et fils, de Casaubon, Muret, Montaigne, Charon, Grotius, Heinsius, Saumaise, Fernel, feu Monsieur de Thou et notre bon amy Monsieur Naudé..., et enfin François Rabelais... (2). »

Parmi les différentes fonctions dévolues au doyen se trouvait celle de rédiger de sa propre main tous les actes de son décanat.

C'est ainsi que nous possédons, dans les archives de la Faculté de médecine, tous les actes de la Faculté depuis 1395 jusqu'en 1792, qui constituent vingt-cinq volumes in-folio, dont vingt-quatre sont reliés en parchemin : le vingt-cinquième, qui est en feuilles, a été acheté par Chéreau. Ils sont écrits en latin et on sait avec quelle pureté Guy Patin écrivait et parlait la langue de Cicéron.

Ces détails nous ont paru nécessaires pour faire mieux connaître le fonctionnement de la vieille Faculté et apprécier, comme il le mérite, le dévouement exemplaire de Guy Patin, comme doyen et comme administrateur. S'il entre parfois dans des détails un peu futiles en apparence, s'il se montre quelquefois partial, n'attribuons ces faiblesses qu'à son amour pour la Faculté. Il a déjà eu des historiens, tels que Réveillé-Parise, Montanier, Chéreau, Larrieu, Le Maguet, etc., mais jamais l'histoire de son décanat n'a été traduite en français. J'ai cru devoir combler cette lacune et apporter cette nouvelle contribution à mes travaux sur l'histoire de la médecine.

Si nous vivons à une époque d'indifférence pour les questions médico-historiques, une excursion dans les siècles précédents nous fera voir qu'il y avait parmi nos aînés des hommes pour qui la médecine ne consiste pas seulement à envisager le côté lucratif, mais qui portaient bien haut l'honneur et la dignité de la corporation.

L'écriture de Guy Patin est nette ; elle révèle un caractère ferme. Son style est élégant et j'ai tenu à le traduire aussi exactement que possible. L'histoire de son décanat comprend 119 feuillets in-folio du tome XIII des *Commentaires* de la Faculté de médecine. Ne nous occupant que du décanat de Guy Patin, nous ne citerons que pour mémoire ses Lettres qui ont eu de nombreuses éditions et dont la moins incomplète est celle que publia Réveillé-Parise, en 1846.

(*A suivre.*)

(1) Baron, *Ritus, usus et laudabiles consuetudines facoltatis medicinæ parisiensis.*

(2) Guy Patin, Lettre du 2 décembre 1650.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 10 AU 15 JUILLET 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 10 JUILLET 1899, à neuf heures du matin. — 2e de sages-femmes (1re classe), *Clinique Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Lepage et Wallich ; — M. Thiéry, suppléant.

A une heure. — 5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Hayem, Dupré et Méry ; — (2e série) : MM. Fournier, Gaucher et Launois; — M. Delbet, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Potain, Lancereaux et Teissier.

3e (officiat définitif), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Varnier et Gilles de la Tourette ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 11 JUILLET, à neuf heures du matin. — 2e de sages-femmes (1re classe), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribémont-Dessaignes et Lepage ; — M. Thiéry, suppléant.

A une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Jaccoud, Grancher et Marfan ; — (2e série) : MM. Cornil, Proust et Charrin.

3e (définitif, officier de santé), *Charité* : MM. Richelot, Launois et Wallich ; — M. Faure, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Thoinot ; — (2e série) : MM. Debove, Hutinel et Ménétrier ; — M. Troisier, suppléant.

MERCREDI 12 JUILLET, à neuf heures du matin. — 2e de sages-femmes, *Clinique Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Bonnaire et Wallich ; — M. Thiéry, suppléant.

A une heure. — 5e (2e partie), *Pitié* : MM. Lancereaux, Wurtz et Widal.

3e (définitif, officiat) : MM. Blum, Méry et Lepage ; — M. Legueu, suppléant.

SAMEDI 15 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Launois ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Troisier et Vaquez ; — M. Faure, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Marfan et Achard ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Roger et Thiroloix ; — M. Albarran, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

421. M. ALLAIN. La profession médicale et les articles 1382 et 1383 du Code civil. — 422. M. ROUSSEL. Cancer du bassinet et de l'uretère. — 423. M. BINOT. Étude expérimentale sur le tétanos. — 424. M. CANTIN. Relâchement des symphyses et arthralgies pelviennes d'origine gravidique. — 425. M. SACLEUX. Essai sur l'ostéomyélite rhumatismale. — 426. M. ERMENGE. Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sérum artificiel bichloré à doses intensives et éloignées (méthode du docteur Chéron). — 427. M. BERTHIER. La fièvre typhoïde et l'hygiène à Troyes. La question des eaux. — 428. M. BARRÉ. Etude sur l'hygiène de la coqueluche. — 429. M. LESNÉ. Toxicité de quelques humeurs de l'organisme au point de vue expérimental et clinique. — 430. M. LOHÉAC. La tuberculose du pancréas. — 431. M. RICHE. L'ataxie des tabétiques et son traitement.

CORRESPONDANCE

Paris, le 1er juillet 1899.

Monsieur le Directeur,

Je vous remercie d'avoir inséré dans le numéro du 27 juin dernier de la *Gazette des Hôpitaux* ma lettre à propos des *cours pratiques aux infirmières* que j'ai institués, après entente avec mon collègue et ami Bourneville, dans mon service à l'hôpital Broca.

Votre rédacteur l'a fait suivre d'une remarque très importante et que je tiens à relever parce qu'elle pourrait encore égarer vos nombreux lecteurs sur le but que je poursuis. Après avoir établi que nous sommes d'accord sur la nécessité de limiter l'instruction des infirmières à des connaissances techniques et pratiques, votre rédacteur ajoute :

« Mais tout en voulant clore ici cette petite controverse entre gens qui sont du même avis, nous nous permettons de faire remarquer à l'organisateur des conférences de gynécologie que le tiers de ces conférences (une sur trois) porte sur quelques notions générales et pratiques, sur les termes employés en gynécologie et en chirurgie abdominale (anatomie et pathologie). C'est là précisément que gît le danger. »

Je suis obligé de relever cette erreur d'interprétation :

Il a été fait dans mon service à l'hôpital Broca *douze séries de trois cours pratiques* portant : 1° sur la désinfection des mains et la préparation d'une malade en vue d'une opération ; 2° sur l'assistance aux pansements vaginaux ; 3° sur l'assistance aux pansements abdominaux.

Au sujet de ces trente-six cours (suivis chacun par une vingtaine d'infirmières), votre rédacteur ne formule aucune critique.

Mais il a été fait, en outre, à l'hôpital de la Pitié trois conférences *générales* suivies par l'ensemble des infirmières qui prenaient part aux cours pratiques de l'hôpital Broca. L'une de ces conférences (sur les termes usuels de gynécologie et de chirurgie abdominale) fait, seule, l'objet de notre discussion.

Elle pourrait, en effet, prêter à la critique, si elle avait revêtu un caractère théorique, mais elle s'est bornée à l'exposé de notions tellement sommaires, tellement élémentaires que notre distingué contradicteur lui eût donné, sans aucun doute, son plein assentiment.

Quoi qu'il en soit, et c'est là le point important, cette conférence n'a constitué que *la trente-neuvième partie* de l'enseignement organisé par M. Bourneville et par moi à l'usage des infirmières. Les trente-huit autres leçons ont reçu l'approbation de la *Gazette* : c'est tout ce qui reste de notre discussion et c'est tout ce que j'en veux retenir.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments très distingués.

S. POZZI.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital Saint-Joseph. — Le concours de l'internat vient de se terminer. Ont été nommés internes titulaires : MM. Lemaître, Besson, Guillemain, Vergnaud. — Interne spécialiste : M. Vatteau. — Internes provisoires : MM. Trolley, Latron, Lemoenec, Coussieu, Compoin.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le 6 juillet s'ouvrira à l'hôpital Saint-André le concours pour la médaille d'or de l'Internat.

Hospices de Montpellier. — Le lundi 13 novembre 1899, il sera ouvert un concours pour quatre places d'interne titulaire, et sept places d'interne provisoire. Seront seuls admis à concourir les externes des hospices de Montpellier ou d'une autre ville ayant une faculté de médecine ; les internes d'autres villes nommés au concours. Les candidats devront avoir au moins huit inscriptions.

Le lundi 30 octobre 1899, il sera ouvert à l'hôpital général un concours pour douze places d'externes dans les hospices de Montpellier. Les candidats devront avoir au moins quatre inscriptions.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices à Montpellier.

Faculté de Paris. — MM. Schwab et Paquy sont nommés chefs de clinique obstétricale. — M. Macé est nommé chef de clinique adjoint.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — A la suite du concours commencé le 26 juin, M. le docteur Victor Picot vient d'être proposé à l'unanimité comme chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux.

Toulouse. — MM. les docteurs Vieusse (clinique ophtalmique) et Guilhem (médecine légale) sont chargés de cours jusqu'au 31 mars 1903.

Ecoles préparatoires. — *Poitiers.* — Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1899, un concours sera ouvert devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, le 11 décembre 1899, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Amiens. — M. le docteur Labarrière est nommé professeur suppléant de la chaire d'anatomie et d'histologie à l'Ecole préparatoire d'Amiens.

Faculté des sciences de Paris. — Il est créé une chaire de physique (fondation de l'Université de Paris).

Collège de France. — M. J. Jolly commencera le 14 octobre une nouvelle série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, avec des applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à deux heures, et dureront un mois.

S'inscrire tous les jours, dans l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

Marine. — Des concours s'ouvriront à Toulon, le vendredi 15 septembre prochain :

1° Pour l'emploi de professeur d'anatomie en vue du remplacement, à l'école de Brest, de M. le docteur Verges, qui terminera, le 18 octobre prochain, les cinq années réglementaires d'enseignement.

2° Pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et de séméiologie médicale, en vue du remplacement, à l'école de Toulon, de M. le docteur Boutin, qui atteindra, le 10 octobre prochain, cinq années d'enseignement.

3° Pour l'emploi de professeur de physique biologique, à l'école de Rochefort, en remplacement de M. le pharmacien principal Bourdon, qui a été maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire dans cette fonction.

Les médecins de première classe, comptant au moins une période régulière de service à la mer ou aux colonies dans leur grade, seront seuls admis à se présenter aux deux premiers de ces concours.

— Deux concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvriront, le premier à Toulon, le 6 octobre; le second à Brest, le 20 octobre prochain, pour le remplacement, à Toulon, de M. le docteur Viguier; à Brest, de M. le docteur Avérous, qui auront atteint, le 1er novembre prochain, deux années d'enseignement.

— MM. les médecins de deuxième classe Préboist et Porre, du cadre de Toulon, et Micholet, du cadre de Brest, sont désignés pour remplacer respectivement aux 1er, 2e et 4e tirailleurs tonkinois, MM. les docteurs Rousseau, Lucciardi et Bessières.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'argent de deuxième classe ont été décernées à Mme Teisseire (Justine), en religion sœur Louise, supérieure de l'hôpital de Gex, qui a donné, depuis trente-huit ans, des soins aux malades, avec le plus grand dévouement; à MM. les docteurs Cader (de Toulon), et Loro (de La Seyne).

Des mentions honorables ont été accordées à MM. les docteurs Daussé (de Bordeaux), et Guiol (de Toulon).

Nominations. — M. le docteur Deléarde, professeur agrégé à la Faculté de Lille, est nommé membre du Conseil d'hygiène du département du Nord.

M. le docteur Singer est nommé médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan).

Congrès. — Le VIe Congrès international d'otologie aura lieu, à Londres, du 8 au 12 août prochain, sous la présidence du docteur Pritchard.

La question des « Indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les suppurations de l'otite moyenne » a été mise à l'ordre du jour. Rapporteurs : MM. Knapp (de New-York), Lucques (de Paris), W. Mc. Ewen (de Glascow) et Politzer (de Vienne).

Congrès de dermatologie en 1900. — Par suite d'une entente avec le comité du XIIIe Congrès international de médecine, qui doit se tenir à Paris à la même époque, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, la section de dermatologie et de syphiligraphie du Congrès de médecine sera réunie au Congrès de dermatologie qui se tiendra à Paris en 1900. En conséquence, les membres du Congrès de dermatologie seront considérés comme faisant partie du Congrès de médecine, sans avoir besoin de faire acte d'adhésion à ce dernier Congrès. Les adhésions et toutes les communications relatives au Congrès peuvent être adressées, dès maintenant, au secrétaire général, M. le docteur Georges Thibierge, 7, rue de Suresnes, Paris, ou à l'un des secrétaires étrangers.

Intérêts professionnels. — La Chambre, dans sa séance du 29 juin, a adopté les deux premiers articles du projet de loi de M. Cruppi, sur la réforme des expertises médico-légales. L'article 3 a été réservé.

— Le Conseil d'Etat, dans une audience récente, a décidé qu'un médecin-inspecteur d'un asile d'aliénés, élu député, et qui se trouve avoir droit à une pension de retraite par suite de la suppression postérieure de son emploi, peut réclamer la jouissance de cette pension, à dater de la cessation de ces fonctions.

La peste en Orient. — On a constaté deux nouveaux cas de peste à Alexandrie, dont un suivi de décès.

La chirurgie chez les anciens. — Comme exemple d'opération chirurgicale, on peut citer ce fait que les Indiens, d'après Agie Veda de Susruta, connaissaient la suture de l'intestin; ils la pratiquaient après ouverture du ventre, dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen. Le fait a été rapporté par Hœser (1845), cité par von Frey, et récemment par M. Marcel Baudouin et le professeur Terrier, dans leur livre sur « la Suture intestinale dans tous les temps. »

Les anciens Indiens, d'après la littérature sanscrite, employaient, pour cette suture, des têtes de grosses fourmis noires. On leur faisait mordre la plaie à l'aide de leurs solides mandibules; puis on enlevait le corps en laissant la tête en place. Il est probable que ces fourmis étaient des scarites, sorte d'insectes, encore utilisés aujourd'hui en Syrie par les médicastres, dans tous les cas de plaie. (*Interméd. des ch. et cur.*)

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Henry Bonnet, ancien secrétaire de la Faculté de médecine et de l'École de pharmacie de Nancy (1872-1887), décédé à Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône), dans sa soixante-dix-neuvième année; — du professeur Jeanjean, directeur de l'École de pharmacie de Montpellier; du docteur d'Hôtel, de Vaudresse (Ardennes); du docteur Varailhon, de Noyant (Maine-et-Loire), et de M. Lawson-Tait (de Londres).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 76. — JEUDI 6 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 6 JUILLET 1899. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a quelque temps, M. Proust appelait l'attention de l'Académie sur les dangers que l'extension de la peste en Asie et en Afrique pouvait faire courir à l'Europe, et il prévoyait la contamination de l'Égypte. Cette prévision s'est malheureusement réalisée; la peste sévit en ce moment à Alexandrie. M. Proust a fait connaître tous les détails qu'il a pu obtenir sur ce début d'épidémie. On n'a pas pu, jusqu'ici, en retrouver l'origine même; mais ce qu'il y a de bien certain, c'est que quelques-unes des sages mesures édictées par la Conférence de Venise, en 1897, n'ont pas été mises à exécution, que d'autres l'ont été incomplètement; de grosses fautes ont été commises. Le mal est fait; il ne nous reste plus aujourd'hui qu'à garantir le mieux possible nos ports de la Méditerranée, plus particulièrement Marseille. C'est ce à quoi doivent tendre tous nos efforts.

Il est vraiment regrettable que M. Proust n'ait pas été plus complètement renseigné sur les mesures prises ou à prendre; il est regrettable également qu'il n'ait pu édifier l'Académie sur les services qu'a pu rendre jusqu'ici le sérum antipesteux de Yersin. Nous ne pouvons qu'enregistrer la promesse qu'il a faite de tenir l'Académie au courant de toutes les nouvelles, bonnes ou mauvaises, qu'il ne manquera pas de recevoir.

Comme il arrive souvent en matière d'épidémies, il semble ici que les premiers cas aient été méconnus et n'aient été diagnostiqués que rétrospectivement.

Mais ce n'est pas seulement contre les individus contaminés qu'il faut se défendre, c'est aussi et surtout contre les rats et leurs puces qui, comme on sait, sont d'importants agents de contagion. La destruction des rats s'impose donc; malheureusement, elle n'est pas toujours facile.

Voilà donc les pouvoirs publics prévenus; espérons qu'ils feront leur devoir : *Caveant consules*. Il n'y a pas lieu, cependant, de s'inquiéter outre mesure, et retenons cette réflexion rassurante de M. Colin : qu'il y a toujours des imperfections dans les mesures sanitaires les mieux conçues. L'histoire nous montre qu'avec notre degré de civilisation et l'aisance plus générale de la population, nous constituons un mauvais terrain pour la dissémination de la peste; nous pourrons avoir des cas isolés, mais il semble impossible qu'il réapparaisse en France des épidémies semblables à celles du moyen âge.

Voilà plusieurs fois que M. Lancereaux appelle l'attention de l'Académie sur une forme spéciale d'aortite en plaques qu'il attribue au paludisme. Les faits avancés par M. Lancereaux sont certainement bien observés; les déductions qu'il en tire semblent des plus rationnelles et des plus logiques; cependant nous ne pouvons pas ne pas être frappés par les objections que lui ont faites ses collègues de l'armée et de la marine, qui déclarent n'avoir pas constaté cette relation entre le paludisme et l'angine de poitrine. MM. Colin, Laveran et Le Roy de Méricourt attendront donc d'avoir pu lire et étudier les observations que doit publier M. Lancereaux et sur lesquelles repose l'intéressante communication qu'on lira plus loin.

M. Landouzy a lu un rapport sur le Congrès de Berlin où il a été délégué par l'Académie avec MM. Brouardel, Lannelongue, Grancher et Nocard. M. le rapporteur insiste tout particulièrement sur le rôle important que doivent jouer les sanatoria dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose. Nos lecteurs sont au courant de cette question dont nous avons déjà parlé à propos du Congrès de Berlin.

Signalons enfin un excellent rapport de M. Franck sur les travaux adressés pour le prix de l'Académie.

L'AORTITE EN PLAQUES OU AORTITE PALUDÉENNE

LÉSIONS ANATOMIQUES ET DÉSORDRES CONSÉCUTIFS : NÉVRITE CARDIAQUE, ANÉVRYSME, ETC.

Par le docteur LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine.

L'ancienne division des inflammations en aiguës et chroniques m'a paru, dès le début de mes études médicales, avoir fait son temps; aussi ai-je cherché à la remplacer par une classification, plus naturelle, basée sur l'étiologie.

Tout d'abord appliquée à l'étude des affections du foie, du cœur, des reins, etc., cette classification me servait plus tard à celle des désordres du système artériel que je divisais en trois groupes : 1° les artérites circonscrites qui ont pour principales origines la syphilis et la tuberculose; 2° les artérites en plaques, causées par le paludisme; 3° les artérites généralisées liées à l'herpétisme et au saturnisme. Je n'ai à revenir ni sur le premier, ni sur le troisième groupe de ces affections, aujourd'hui bien connues; l'aortite paludique, seule, malgré les faits déjà nombreux que

j'ai rapportés jusqu'à présent, n'est pas encore admise par certains auteurs, il m'a donc paru nécessaire d'y revenir avec des preuves nouvelles à l'appui.

ÉTIOLOGIE. — Les ouvrages classiques n'attribuent à l'aortite, à part la syphilis, que des causes banales, et, si l'on vient à consulter les faits, on ne tarde pas à reconnaître que l'étiologie de cette affection est très négligée.

Nos recherches sur la matière nous amenèrent à reconnaître tout d'abord que l'aorte pouvait subir les mêmes influences pathologiques que les autres organes, et présenter, comme eux, des altérations en rapport constant avec les causes qui les font naître. Aussi, pour arriver au déterminisme exact de ces altérations, il nous parut nécessaire de rapprocher ces deux conditions, et nous pûmes de la sorte rattacher sûrement à l'herpétisme (névrose vasotrophique), l'altération étendue et disséminée de l'endartère ou artériosclérose généralisée. Mais, à côté de cette affection si nette, il existe une lésion de l'aorte localisée à la première portion de ce vaisseau où elle se manifeste par des plaques d'une étendue variable, et comme cette lésion se rencontre à peu près uniquement chez des personnes qui ont séjourné dans un milieu paludéen, ainsi qu'en témoignent les observations qui vont suivre, il nous a bien fallu l'attribuer à l'agent du paludisme.

Or, sur 21 cas, nous trouvons 15 hommes et seulement 6 femmes. Deux de nos malades sont âgés de vingt à trente ans; 7 de trente à quarante; 6 de cinquante à soixante.

Aucun d'eux n'a présenté d'accidents syphilitiques certains; un seul a eu un chancre sans manifestations ultérieures.

Douze ont été atteints d'accès de fièvres intermittentes, huit ont fait un séjour plus ou moins prolongé dans des milieux paludéens (Algérie, Tonkin, etc.), mais, sans avoir éprouvé les accidents aigus du paludisme; un seul prétend n'avoir jamais habité de pays marécageux.

Tous ces malades présentent des phénomènes d'aortite, et plusieurs d'entre eux ont eu des crises d'angine de poitrine; cinq sont atteints d'anévrysme de l'aorte, deux ont une simple ectasie de ce vaisseau, et l'un présente en même temps une cirrhose paludique.

Si, à ces faits, nous ajoutons 16 autres cas publiés antérieurement par nous, dont 14 font mention de l'existence de fièvres intermittentes, nous arrivons à un total de 37 cas d'aortite paludique, sur lesquels il y a huit cas d'anévrysme de l'aorte.

Au reste, si on prend la peine de consulter les cas où se rencontrent ces mêmes désordres aortiques, on y trouve presque toujours la mention d'un paludisme antérieur. Les médecins militaires anglais (1), se basant sur la statistique des cas d'anévrysme aortique observés dans l'armée britannique, prétendent que ces tumeurs, relativement plus fréquentes chez les soldats que chez les civils, doivent être attribuées à la syphilis, et viennent ainsi appuyer notre opinion, car tout le monde sait qu'il est, en Angleterre, une maladie plus fréquente encore que la syphilis (parmi les soldats et les marins), c'est le paludisme. J'ajouterai qu'en Roumanie, pays éminemment marécageux, l'aortite paludique est très fréquente, et que les médecins ont fréquemment à combattre ses conséquences: angine de poitrine, dilatation de l'aorte, anévrysme de ce vaisseau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Affection nettement caractérisée, l'aortite paludique a pour siège spécial la portion ascendante de l'aorte, rarement sa portion thoracique ou abdominale, comme si chacune de ses parties avait la propriété de s'altérer isolément, ce qui ne peut surprendre, étant donné le développement de l'aorte par l'intermédiaire d'arcs vasculaires différents. Elle débute par la tunique externe qui se vascularise, s'épaissit et revêt peu à peu une structure fibreuse, adhère fortement aux tissus voisins et englobe souvent dans son tissu les nerfs émanés du plexus cardiaque. De cette tunique partent de petits vaisseaux qui traversent de part en part la tunique moyenne, sont entourés d'une quantité de jeunes cellules, de sorte que, par place, cette tunique se trouve en partie détruite. Quant à la tunique interne, elle est boursouflée par une substance amorphe contenant de rares noyaux conjonctifs et forme à la face interne du vaisseau des plaques blanchâtres, légèrement saillantes, gaufrées, à bords sinueux qui, en vertu de leur siège à l'origine de l'aorte, rétrécissent parfois les orifices des artères coronaires, comme elles peuvent rétrécir ou dilater les origines des gros vaisseaux du cou, si elles empiètent sur eux. Toutes les tuniques artérielles se trouvent ainsi lésées à un certain moment : la tunique moyenne s'atrophie par le fait de la compression qu'elle subit et, en raison de sa moindre résistance, il se produit une ectasie de la portion affectée. Par contre, la tunique externe, injectée et de plus en plus épaissie à l'origine de l'aorte, a son point de contact avec l'artère pulmonaire, adhère à ce vaisseau, et le plexus cardiaque qui à ce niveau repose sur l'aorte irritée par le processus inflammatoire, comme dans une présentation faite par moi en 1863 à la Société de biologie, s'enflamme à son tour, et des éléments embryonnaires se développent entre les tubes nerveux. Cette lésion, qui ressemble à l'envahissement des nerfs frontaux dans la périostite syphilitique du crâne, a pour effet des accidents douloureux d'une grande intensité (angine de poitrine); elle n'est pas la seule conséquence de l'aortite paludique, il en est une autre non moins grave et non moins importante qui mérite tout autant l'attention : c'est l'anévrysme.

Ce désordre est, en effet, commun dans l'aortite paludique, puisque, sur 25 cas, il existe 5 fois. Son siège habituel est la première portion de l'aorte, immédiatement au-dessus du point où le péricarde se replie sur ce vaisseau, quelquefois au-dessous, dans lequel cas la tumeur est intra-péricardique; exceptionnellement, il occupe l'aorte thoracique ou l'aorte abdominale. On conçoit que la région antérieure de l'aorte ascendante, absolument libre et non soutenue comme la région postérieure par l'artère pulmonaire, soit le siège de prédilection de ces anévrysmes qui, la plupart du temps, font saillie en avant et perforent le sternum; aussi la tumeur anévrysmale qui présente cette localisation doit-elle éveiller l'idée d'une infection paludéenne et cette infection n'a jamais fait défaut dans les faits qu'il nous a été donné d'observer depuis plus de trente-cinq ans.

L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE, au reste, rend parfaitement compte de la formation de ces anévrysmes. Effectivement, sur des coupes fines des parois aortiques, il est facile de constater, dans la tunique externe tout d'abord, puis dans la membrane moyenne, et enfin dans les trois tuniques simultanément, des foyers de cellules qui compriment et atrophient les éléments normaux dont elles prennent peu à peu la place. Au sein de ces foyers apparaissent parfois des vaisseaux qui se rompent et produisent des hémorragies interstitielles de l'aorte que j'ai signalées autrefois à la Société de biologie. Si on examine avec soin ces formations, on arrive à reconnaître que le développement des éléments embryonnaires suit une direction rectiligne et s'opère de dehors en dedans, de telle sorte que les parois artérielles sont perforées comme par un coin ou par un clou. Nous nous sommes demandé quelle pouvait être la raison de cette curieuse disposition, et elle nous a paru devoir être rattachée à celle des vaisseaux sanguins et surtout lymphatiques, sur le trajet desquels les éléments conjonctifs embryonnaires

(1) H. WELCH. On aortic aneurysm in the army, *Med. chir. Transact.*, 1876, t. LIX, p 59

pénétreraient de la tunique externe à travers la membrane moyenne, jusqu'à la tunique interne. Ainsi, d'une part, la diminution de la puissance des parois vasculaires, d'autre part, la pression sanguine; telles sont les conditions de la formation, dans l'aortite paludique, de l'anévrysme dont la communication avec la lumière de l'artère a lieu par un orifice presque toujours étroit.

Symptomatologie. — La description que nous venons de faire des lésions de l'aortite paludique permet de se rendre un compte exact de ses diverses manifestations symptomatiques. Que l'altération ait son siège à l'origine de l'aorte et intéresse si peu que ce soit les valvules sygmoïdes, il en résulte un léger degré de rétrécissement ou d'insuffisance de ces petits appareils et des bruits de souffle systolique ou diastolique. Que les orifices des artères coronaires soient intéressés, le cœur se trouve en partie privé de sang et tous les phénomènes de l'ischémie cardiaque : essoufflement, dyspnée, douleur précordiale, se manifestent à la suite d'efforts ou d'une marche rapide. Que si l'altération occupe la région antérieure de l'aorte, celle-ci se dilate et présente le plus souvent un double souffle, ou bien il se produit une tumeur anévrysmale distincte à la percussion par une matité sur un point circonscrit et, souvent aussi, à l'auscultation, par l'existence d'un souffle unique ou double, puis, enfin, par l'apparition au dehors d'une tumeur expansible et animée de battements synchrones aux pulsations radiales et aux battements du cœur. Quand le désordre se trouve plus spécialement cantonné à la région postérieure de l'aorte, au niveau du plexus cardiaque, apparaît alors le grand syndrome douloureux désigné sous le nom d'angine de poitrine.

Les bruits anormaux n'ont ici rien de spécial si ce n'est que le souffle systolique est ordinairement dû aux plaques rugueuses qui tapissent l'aorte et le souffle diastolique à l'ectasie de ce vaisseau, sinon à l'insuffisance des valvules de l'orifice ; quant aux anévrysmes et aux crises d'angine de poitrine, effets plus ou moins immédiats de l'aortite paludique, ils méritent toute notre attention. Le plus souvent isolées et indépendantes, ces manifestations sont parfois simultanées et l'angine de poitrine précède presque toujours la tumeur anévrysmale. Celle-ci, dont le siège ordinaire est la première portion de l'aorte, nous paraît devoir être attribuée à une plus grande abondance de vaisseaux lymphatiques dans cette région ; en tout cas, il serait intéressant de faire des recherches à ce point de vue. Par sa situation, cet anévrysme envahit souvent la cavité péricardique et celle-ci au moment de la rupture se trouve inondée de sang; fréquemment aussi, il fait saillie en avant et perfore le sternum. Que la portion postérieure de l'aorte soit plus spécialement affectée, la tumeur s'étend du côté de la colonne vertébrale et donne lieu à des névralgies intercostales ; que la crosse soit atteinte, les gros vaisseaux qui en émanent ont leurs parois plus ou moins modifiées et de là une inégalité des deux pouls. Ainsi les manifestations de l'anévrysme de l'aorte varient avec ses sièges divers et en tenant compte de ces différences, des souffles que fournit l'auscultation, il est possible, la plupart du temps, de fixer exactement la localisation de cette tumeur.

Symptôme commun dans l'aortite paludique. — L'angine de poitrine est l'effet de la localisation du processus pathologique à la portion du vaisseau en rapport avec le plexus cardiaque. Comme, habituellement, l'altération de l'aorte atteint en même temps les orifices des artères coronaires et les rétrécit, cette circonstance a conduit plusieurs auteurs, et nous-même autrefois, à en faire la condition pathogénique de l'angine de poitrine. Toutefois, il est des cas où ce rétrécissement fait défaut, malgré l'existence de crises angineuses, et comme le plexus cardiaque, situé sur la tunique externe de l'aorte, participe fréquemment à l'altération de cette tunique, il nous a paru plus naturel de considérer ce syndrome douloureux comme étant de nature névralgique et de le rattacher à la névrite ou à la simple irritation du plexus nerveux plutôt qu'à l'ischémie cardiaque. Cette manière de voir se trouve confirmée par le fait que les crises angineuses, liées à l'aortite paludique, ont lieu, le plus souvent à l'état de repos, ou la nuit, et ne sont pas forcément consécutives à un effort, à un mouvement violent, à de la fatigue. Certes, le rétrécissement des artères coronaires peut donner naissance à une dyspnée douloureuse au moment de la marche, ou d'un effort ; mais cette douleur, sorte de crampe du cœur, ne doit pas être confondue avec la douleur du plexus cardiaque qui, spontanée et intermittente, irradie du côté des bras et présente comme la plupart des névralgies, une évolution toujours à peu près semblable.

Ce syndrome, en effet, surviendra en général dans la nuit, au milieu du sommeil, plusieurs heures après le repas, et se manifeste par une douleur constrictive d'une grande intensité qui siège au niveau de la région précordiale et s'accompagne d'une sensation d'angoisse extrême. Cette douleur irradie parfois du côté de la face qui rougit ou pâlit, et habituellement elle s'étend aux bras, surtout au bras gauche, en suivant le trajet du nerf cubital, et s'accompagne d'un engourdissement pénible et de fourmillements. D'autres symptômes traduisent parfois l'aortite paludique ou ses effets plus ou moins immédiats ; on observe parfois de la difficulté dans la déglutition, l'affaiblissement de la voix; si une tumeur anévrysmale vient à comprimer l'œsophage ou le nerf récurrent, du cornage, de la dyspnée ou des accès de suffocation, quand il y a compression de la trachée. Parfois, on observe des hémoptysies multiples, comme dans un cas de mon service, rapporté par Thiroloix où il existait une fistule aorto-trachéale. Des vomissements bilieux, de la polyurie et des crises sudorales ont été constatés enfin, dans certains cas où le pneumo-gastrique et le grand sympathique se trouvaient intéressés. L'aortite qui nous occupe est donc susceptible de donner naissance à des symptômes très divers suivant son siège et les désordres anatomiques qui en résultent.

Évolution et modes de terminaison. — Un début insidieux, une marche lente et progressive sont le propre de l'aortite paludique. Le moment de son apparition échappe en général; il n'est marqué, en tout cas, ni par de la souffrance ni par aucun symptôme appréciable. C'est tardivement, quand la lésion envahit le plexus cardiaque, que survient la douleur, et lorsque des saillies rugueuses se sont développées à la face interne de l'aorte, qu'apparaissent des bruits de frottement, des souffles, et en dernier lieu des tumeurs anévrysmales. Ainsi, le processus anatomique, longtemps silencieux, ne se manifeste au clinicien, dans la plupart des cas, qu'au bout de plusieurs années, et partant, il importe que celui-ci connaisse les effets du paludisme snr l'aorte et les recherche avec le plus grand soin.

L'aortite en plaques dure des années et rétrocède rarement; mais elle peut s'arrêter au cours de son évolution et ne produire aucun accident sérieux, de telle sorte qu'elle ne tue pas infailliblement. Elle se termine de différentes façons : tantôt par la rupture du vaisseau devenu anévrysmatique ou simplement dilaté, tantôt par suite d'un accès d'angine de poitrine ou d'une syncope en dehors de toute crise angineuse, comme nous l'avons vu récemment chez un malade atteint d'anévrysme de la première portion de l'aorte; tantôt enfin, la mort est lente et résulte d'une insuffisance cardiaque.

Sémiologie. — Le paludisme n'est pas la seule maladie qui localise ses effets à la première portion de l'aorte; il en est d'autres, la syphilis et l'herpétisme (rhumatisme et goutte),

qui affectent parfois ce même vaisseau. La syphilis a un siège de prédilection marqué pour les artères; le fait est bien connu et, depuis longtemps, je me suis appliqué à l'établir, mais contrairement au paludisme elle s'adresse de préférence aux petits et aux moyens vaisseaux, à ceux du reste qu'entoure une gaine lymphatique. Plusieurs auteurs, cependant, n'ont pas hésité à rattacher à la syphilis certains anévrysmes aortiques en s'appuyant, les uns, comme les médecins anglais, sur la plus grande fréquence de ces tumeurs parmi les militaires, les autres sur l'existence de manifestations spécifiques antérieures; mais, ni les uns, ni les autres n'ont signalé de caractères spéciaux à ces lésions, et n'ont donné de preuves suffisantes de la relation qu'ils cherchaient à établir. La grande fréquence des anévrysmes parmi les militaires anglais tient sans doute à d'autres causes que la syphilis, et comme elle se rencontre surtout parmi les troupes coloniales, il est rationnel de la rattacher de préférence à l'infection paludéenne, d'autant mieux que la première portion de l'aorte est, comme dans nos cas, le siège presque constant des anévrysmes, 64 p. 100.

Il serait excessif pourtant de nier d'une façon absolue la localisation de la syphilis à l'aorte, car, en consultant mes faits personnels, je constate trois fois l'altération de l'aorte chez des syphilitiques jeunes, atteints l'un d'une lésion spécifique de la pie mère, l'autre, d'une gomme du foie, le troisième d'une symphyse du voile palatin. Ce qui me conduit, d'ailleurs, à admettre la possibilité d'une aortite syphilitique, dans ces cas, c'est avant tout la dilatation en cul-de-sac de la lésion vasculaire et sa faible étendue, circonstances qui rappellent les caractères de l'artérite syphilitique des vaisseaux du moyen calibre.

L'aortite qui s'observe non pas dans le rhumatisme aigu toujours localisé à l'endocarde et aux membranes séreuses, mais bien dans le rhumatisme chronique qui affecte spécialement l'endartère, les cartilages articulaires et les tissus fibreux peu vasculaires, offre des différences anatomiques et symptomatiques qui ne permettent pas de la confondre avec les aortites du paludisme et de la syphilis. Effectivement, tandis que, dans ces dernières affections, la lésion débute par la tunique externe de l'aorte et demeure circonscrite, elle commence, dans la première, par la tunique interne, s'étend à l'aorte entière et souvent à tout le système artériel. Caractérisée par des saillies ou nodules disséminées et situées de préférence au voisinage des artères collatérales, cette lésion comprime et amincit la tunique moyenne, et si, parfois, elle produit de l'ectasie, elle engendre exceptionnellement des anévrysmes et des perforations. A ces différences anatomiques, correspondent forcément des signes cliniques qui permettent de diagnostiquer sûrement chacune de ces affections. Par son siège spécial à la tunique externe et à l'origine du vaisseau, l'aortite paludique est fréquemment accompagnée de crises d'angine de poitrine, tandis que l'aortite syphilitique, qui n'a pas ce même siège de prédilection, en est généralement exempte. Quant à l'aortite de l'herpétisme, elle irrite peu ou pas le plexus cardiaque, en raison de sa localisation à l'endartère, mais vu la possibilité de sa généralisation aux artères coronaires du cœur et aux valvules sygmoïdes de l'aorte, elle détermine, sous l'influence des efforts et de la marche, des crises de dyspnée douloureuse et un double souffle aortique qui, au lieu de rester limité à l'aorte, comme dans le paludisme, s'étend à toute la région cardiaque.

Le PRONOSTIC de ces désordres n'est pas moins variable que leurs signes diagnostiques. Le danger de l'aortite paludique ou péri-aortite est dans la névrite ou la névralgie du plexus cardiaque et dans le rétrécissement des orifices des artères coronaires; aussi, la terminaison fatale est-elle l'effet habituel d'une crise d'angine de poitrine ou d'une syncope. La gravité de l'endaortite, bien différente, réside plus spécialement dans la dystrophie des viscères insuffisamment irrigués par suite des lésions artérielles, et la mort est le fait ordinaire d'une insuffisance cardiaque, rénale ou cérébrale, de telle sorte que ces aortites sont non seulement distinctes par leur origine, mais encore par leurs manifestations cliniques, par leur évolution et par leurs modes de terminaison.

THÉRAPEUTIQUE. — Le traitement de l'aortite paludique est préventif et curatif. Le traitement préventif consiste à soigner sérieusement tout individu atteint de paludisme et à ne pas l'abandonner, lorsque les accès fébriles viennent à cesser. Il faut savoir que ces accès ne sont que les premières manifestations de l'infection paludéenne, et que, même après le triomphe de la quinine, l'organisme n'est pas pour cela redevenu normal; l'imprégnation persiste, de nouveaux accès peuvent surgir et la plupart du temps, la maladie se continue. Effectivement, aux manifestations d'un état aigu, succèdent trop souvent des désordres matériels, insidieux, des scléroses de la rate, du foie, des poumons, de l'aorte, etc. Ce sont là des accidents qu'il importe de prévenir, et nous pensons que tout paludique, après la phase aiguë de son infection, doit être surveillé et soumis à une hygiène convenable. L'hydrothérapie, en fortifiant l'organisme, le place dans les meilleures conditions pour se débarrasser des germes qui l'ont infecté et rend ainsi des services considérables.

Le traitement curatif s'adresse à la lésion même, et comme celle-ci consiste dans une néoformation conjonctive, l'emploi de l'iodure de potassium se trouve tout indiqué. Nous avons fait usage de ce médicament à la dose de 2 à 3 grammes chez plusieurs de nos malades, et il nous a paru, à plusieurs reprises, qu'une amélioration sensible s'était produite sous son influence. Cependant, comme en général l'évolution insidieuse et lente du paludisme fait que les malades se présentent au médecin, quand les désordres anatomiques sont déjà constitués, le traitement ioduré peut demeurer inefficace et le médecin alors doit s'appliquer à soigner les principales manifestations symptomatiques. Les accès d'angine de poitrine, par exemple, sont fréquemment améliorés par l'emploi de la trinitrine et du chlorure d'éthyle, et mieux encore, si la douleur est très intense, par des injections hypodermiques de morphine. L'anévrysme vrai de l'aorte est traité avantageusement par l'emploi du sérum artificiel gélatiné, méthode qui nous a donné, avec le docteur Paulesco les meilleurs résultats thérapeutiques.

Nous injectons à nos malades, sous la peau de la fesse, tous les cinq à six jours, 250 centimètres cubes environ d'une solution de gélatine à 2 p. 100, en prenant, bien entendu, les précautions les plus rigoureuses d'asepsie. Sous l'influence de la gélatine, des caillots se forment dans la poche anévrysmale qui, peu à peu, se rétracte et s'oblitère. Plusieurs confrères, entre autres les professeurs Stoïcesco et Kalindero (de Bucarest), ont obtenu par cette même méthode des résultats non moins satisfaisants.

En terminant ce travail sur l'aortite paludique, vous me permettrez de faire remarquer que cette affection constitue un type morbide des plus nets et des mieux définis, tant par ses caractères anatomiques et cliniques que par sa cause et son évolution. Ce qui existe pour l'aorte se voit encore pour le foie et les poumons, dont les lésions scléreuses ne sont ni moins certaines, ni moins distinctes, de telle sorte que l'agent paludéen imprime un cachet spécial, non pas seulement, comme on le sait depuis longtemps, à ses manifestations aiguës, mais encore aux localisations chroniques et organiques qui en sont la conséquence. Ainsi, le paludisme ne se révèle pas uniquement par des accès fébriles à type plus ou moins intermittent et passager, il a encore pour effet dans un grand nombre de cas de modifier l'orga-

nisme entier, à la façon de la syphilis, du saturnisme et de l'herpétisme. Il présente en réalité deux phases distinctes, caractérisées : l'une, par des accidents congestifs, aigus et passagers, l'autre par des lésions scléreuses et persistantes ; de même, la syphilis, après des manifestations aiguës ou éruptions secondaires, souvent fébriles, donne naissance à des accidents chroniques ou productions scléreuses et gommeuses, tellement distinctes cependant que personne aujourd'hui n'hésite à les reconnaître.

Les maladies aiguës présentent, d'ailleurs, des lésions constantes et invariables; partant, la cause ne règle pas seulement l'évolution des maladies, elle imprime encore un cachet spécial à leurs manifestations anatomiques et symptomatiques, de telle façon que l'étiologie, ainsi que je m'applique à le démontrer, est la base sur laquelle doivent reposer définitivement les assises de la pathologie.

ZONA PHARYNGIEN SYMÉTRIQUE CHEZ UN TABÉTIQUE (1)

Par M. Escat (de Toulouse).

G... (S.), quarante ans, machiniste au théâtre du Capitole, est pris d'un mal de gorge le 20 juillet 1898, sans fièvre et sans phénomènes généraux. La douleur, d'abord légère, s'est accrue progressivement et est devenue insupportable. Il s'agit d'une vive cuisson, exagérée par le contact de tous les aliments, même des aliments liquides. C'est une sensation mordicante, donnant au malade l'impression d'une brûlure; aussi, pour nous donner une idée de son mal, il nous dit qu'il lui semble avoir bu du vitriol.

Il vient seulement nous consulter le 29 juillet, à notre clinique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, soit neuf jours après le début.

Tout le voile du palais, et rien que lui, est d'une rougeur vive et pourprée; sur ce fond se détache une éruption vésiculeuse assez confluente; l'éruption paraît avoir débuté par la partie supérieure des piliers et par la luette : à leur niveau, en effet, les vésicules sont affaissées et transformées en petites plaques pseudo-membraneuses, blanc jaunâtre, opaques, à contours cycliques et polycliques.

L'éruption est plus jeune sur le milieu du voile et surtout sur ses limites antérieures; ici, en effet, on voit très nettement des vésicules acuminées, transparentes; deux ou trois d'entre elles atteignent les dimensions d'un grain de chènevis; les plus extrêmes sont entourées d'une auréole pourprée, qui se dessine nettement sur un fond plus pâle que celui des parties marginales du voile où l'efflorescence est à son déclin; tout le théâtre de l'éruption est le siège d'une vive hyperesthésie.

Les deux tiers inférieurs des piliers, les amygdales, la paroi spinale du pharynx, la base de la langue enfin, sont d'une intégrité parfaite et ne présentent pas tracé de vésicules.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Une culture prise sur deux des vésicules, après plusieurs gargarismes à l'eau bouillie, n'a donné que des cocci sans caractères spécifiques.

Le malade est tabétique; il a eu la syphilis à vingt ans.

Son tabes a débuté à 31 ans; actuellement, il présente comme symptôme de son affection médullaire : une paralysie de la troisième paire avec signe d'Argyll-Robertson, signes de Westphal et de Romberg, troubles urinaires, accès de gastralgie, impuissance génitale, phénomènes ataxiques et atrophiques des membres supérieurs, enfin, mal perforant plantaire récidivant, pour lequel M. Secheyron, chirurgien des hôpitaux de Toulouse, l'a plusieurs fois traité.

Je prescrivis à ce malade des badigeonnages mentholés, des pulvérisations à l'holocaïne et des pastilles de glace; ces dernières surtout calmèrent rapidement les douleurs.

(1) Communication à la Société française de laryngologie.

La maladie marcha rapidement vers la guérison et dura moins de quinze jours.

Les caractères objectifs de la lésion et sa limitation stricte au territoire des deux nerfs, palatin postérieur et palatin moyen, m'ont fait, de suite, penser chez ce malade à un zona symétrique pharyngien analogue au cas rapporté par MM. Lermoyez et Barozzi (1).

Je suis d'autant plus porté à voir dans cette observation un cas de zona pharyngé, tel qu'il a été compris par Bœrensprung, Ollivier, Herzog, Pouzin, MM. Lermoyez et Barozzi, distinct de l'herpès infectieux de Gubler, que le malade étant tabétique se trouve particulièrement prédisposé aux accidents tropho-névrotiques.

Il m'a paru intéressant de publier une observation qui semble justifier le démembrement des affections herpétiques de la gorge proposé par MM. Lermoyez et Barozzi.

MÉDECINE PRATIQUE

Substitution de la soie antiseptique à la soie simplement stérilisée pour ligatures (2).

On se sert généralement, pour les ligatures des vaisseaux, de fils de soie désinfectés par l'ébullition dans l'eau ou par la vapeur surchauffée. Or, d'après les recherches que M. le docteur C. Hagler, privat-docent de chirurgie et de bactériologie à la Faculté de médecine de Bâle, a instituées dans le service de clinique chirurgicale que dirigeait le professeur Socin, cette soie se trouve contaminée au cours de l'opération par les mains du chirurgien, lesquelles, quoi qu'on fasse pour les aseptiser, recèlent toujours des germes infectieux. Aussi voit-on souvent des suppurations se produire autour des ligatures.

On peut, d'après M. Hagler, éviter sûrement cet incident en n'employant pour les ligatures que des fils de soie qui, après dégraissage, ont été soumis à l'ébullition dans une solution aqueuse forte de sublimé, ou qui ont séjourné plusieurs jours dans cette solution. La soie ainsi traitée s'imprègne de bichlorure de mercure qui empêche le développement des microbes déposés sur le fil par les mains de l'opérateur.

Depuis quatre mois, on ne se sert plus à la clinique chirurgicale de Bâle que de fils de soie rendus aseptiques au moyen de sublimé, et, pendant tout ce laps de temps, on n'a pas noté un seul cas de suppuration autour des ligatures.

Traitement du muguet par des applications d'une solution forte de nitrate d'argent (3).

Le muguet est susceptible de s'éterniser, surtout si l'on se borne à le traiter, comme on le fait encore souvent, par de simples lavages alcalins et des collutoires boratés. Parfois on a recours à des moyens locaux plus énergiques, tels que les applications d'une solution de sublimé, de permanganate de potasse ou ne nitrate d'argent. En ce qui concerne ce dernier médicament, on l'emploie d'habitude en solution très faible (1 p. 300). Or, M. L. Concetti a pu se convaincre que la muqueuse buccale chez les enfants supporte fort bien une solution de nitrate d'argent à 3 et même 5 p. 100; que les badigeonnages avec l'une de ces solutions font disparaître le muguet d'une façon très rapide. Ces badigeonnages sont faciles à mettre en pratique : on donne simplement à sucer au nourrisson un petit pinceau légèrement imbibé du liquide médicamenteux qui se répand aussitôt dans la bouche, et après deux ou trois applications de

(1) A propos d'un cas de zona double bucco-pharyngien, Soc. méd. des hôpit., 12 fév. 1897. — *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 179.

(2) *Ann. de méd. et de chir. inf.*

(3) *Rev. des mal. de l'enf.*

ce genre, séparées par un intervalle d'environ douze heures, la muqueuse atteinte se trouve presque complètement détergée. Il faut cependant, afin d'éviter les récidives, continuer encore pendant quelques jours l'emploi de la solution au nitrate d'argent, en ne l'appliquant plus qu'une fois dans les vingt-quatre heures.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Voici une formule très en vogue, à Vienne, contre la chloro-anémie, parce qu'elle ramène promptement l'appétit et les couleurs :

Artemisine	1 milligramme.
Quassine cristallisée. . .	1 —
Protoxalate de fer. . . .	10 centigrammes.

pour une dragée. Quatre par jour, deux avant chaque repas.

Les couleurs apparaissent invariablement entre le neuvième et le douzième jour.

La réunion de l'artemisine et de la quassine cristallisée réveille puissamment l'action des fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par un appétit presque immédiat.

Cette formule vient d'être spécialisée en France sous le nom de : « Dragées de Briss. »

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique.

Ce traitement est tout d'actualité. Le professeur Landerer (de Stuttgard), après la publication de son ouvrage sur le même sujet, est encore revenu sur cette question au Congrès de Berlin. Là, il a exposé le résultat de dix-sept ans d'études cliniques et expérimentales.

L'acide cinnamique et ses sels ne sont point toxiques, et n'ont d'influence défavorable, ni sur le sang, ni sur les reins. Injecté sous la peau ou directement dans les veines, il amène une hyperleucocytose notable. A cette action physiologique doit être attribuée la cicatrisation rapide et complète des lésions tuberculeuses. Aussi ne doit-on pas considérer ce médicament comme conférant l'immunité, mais doit-on reconnaître qu'il favorise singulièrement la phagocytose en augmentant les moyens de défense de l'organisme.

Employé sous la forme d'injections sous-cutanées ou intra-veineuses, il ne cause aucune réaction fébrile et aucun malaise.

Landerer a traité environ cinq cents personnes à l'acide cinnammique. Cet immense champ d'expériences lui a donné des résultats précis où rien ne peut être attribué au hasard. D'ailleurs, tous les malades qu'il cite ont cessé leur traitement depuis dix mois au moins.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas de tuberculose sans fièvre, avec des lésions pulmonaires peu avancées et un bon état général. Ici, on note le chiffre énorme de 85 p. 100 de guérisons. Le chiffre de 44 p. 100 a été atteint chez des malades plus avancés, non fébriles. Dans des cas moins favorables avec fièvre, on trouve encore 66 p. 100 de guérisons ou d'améliorations.

Enfin, dans des cas de tuberculose pulmonaire à marche rapide, les résultats favorables atteignent encore 36 p. 100.

A ces cas doivent s'ajouter un grand nombre de succès chez des malades présentant des lésions tuberculeuses non pulmonaires. Dans la tuberculose méningée, les résultats sont nuls.

En somme, ce traitement qui a encore été préconisé par Schottin, Heusser, Mozkowsky, Lowzki et Mann, repose sur des bases scientifiques sérieuses. Si la technique en est un peu délicate au début, en peu de temps, il est facile au praticien d'acquérir l'expérience nécessaire, il est alors en possession d'une arme efficace contre la tuberculose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital de Tours. — M. le docteur Lapeyre, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien en chef, en remplacement de M. le docteur Herpin, décédé.

Faculté de Paris. — *Concours de Clinicats.* — Sont nommés chefs de clinique :

Clinique des maladies nerveuses (Salpêtrière), service de M. le professeur Raymond : M. Cestan.

Clinique chirurgicale (Charité), service de M. le professeur Tillaux : M. Riche.

Clinique médicale (Charité), service de M. le professeur Potain : M. Brodier.

Clinique médicale (Pitié), service de M. le professeur Jaccoud : M. Gouget.

Clinique des maladies des voies urinaires (Necker), service de M. le professeur Guyon : M. Michon.

Stage hospitalier (Inscription des stagiaires). — Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage, pendant l'année scolaire 1899-1900, et qui auront pris l'inscription de juillet 1899, à la Faculté de médecine de Paris, savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième, huitième ou douzième (régime de 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1899, MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1899 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre : ces élèves sont invités, en conséquence, à demander le transfert de leur dossier, au plus tard le 1er octobre).

Faculté de Nancy. — *Donation Heydenreich.* — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 2 mai 1899, la donation faite à ladite Faculté par Mme Marie-Thérèse-Augustine Parisot, veuve Édouard-Albert Heydenreich, d'un titre de 500 francs de rente 3 p. 100 sur l'État français, pour la fondation d'un prix annuel, sous le nom de prix Albert-Heydenreich-Victor-Parisot.

Écoles préparatoires. — *Clermont.* — M. Cavalié, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Tours. — M. Parisot, docteur en médecine, chef des travaux physiologiques, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1899-1900, d'un cours d'histologie.

M. Delagenière, docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, en remplacement de M. Herpin, décédé.

Rouen. — Par arrêté ministériel, en date du 3 juillet 1899, un concours s'ouvrira, le 2 avril 1900, devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Guerre. — Le ministre de la Guerre a été autorisé à accepter un legs de 60 000 francs fait par Mme Guillouf, épouse décédée de M. le médecin principal Marvaud.

Cette somme sera convertie en rentes 3 p. 100 sur l'État français, et les arrérages de la rente serviront à secourir annuellement la veuve ou les orphelins d'un médecin militaire sans fortune.

Marine. — M. le docteur Fourtoul, médecin de première

classe, a été promu au grade de médecin principal, en remplacement de M. le docteur Danguillecourt, nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Brest.

M. le docteur Condé, médecin de deuxième classe, a été promu au grade de médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Fourtoul.

M. le docteur Briend (L. F.), médecin de première classe, embarqué sur le *Sfax*, est désigné pour embarquer sur le *Suchet*.

M. Plagneux, médecin de première classe, est désigné pour remplacer M. le docteur Fourtoul au 1er tirailleurs tonkinois.

Colonies. — M. Pethellaz a été nommé médecin-en-chef de deuxième classe des colonies.

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 3 juin 1899, M. de Grissac, docteur en médecine à Argenteuil, a été nommé officier de l'Instruction publique.

Des médailles de vermeil ont été décernées à M. de Cool, médecin de colonisation à El-Madher ; épidémie de typhus à Ain-El-Ksar, en 1898 ; — à Mme Béjuis, en religion sœur Esther, supérieure des religieuses de l'hôpital civil d'Oran ; a constamment fait preuve de dévouement au cours des maladies épidémiques qui se sont produites dans cet établissement depuis quarante et un ans.

Une médaille de bronze a été décernée à M. le docteur Pélissier qui a fait preuve de zèle et de dévouement à l'occasion d'une épidémie d'entérite infectieuse qui a sévi en 1898, à l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine, auquel il était alors attaché en qualité d'interne.

Association française d'urologie. — La quatrième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 19 au 21 octobre 1899, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des hématuries dites essentielles » (MM. Malherbe, de Nantes, et Legueu, de Paris, rapporteurs).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

Université de Paris. — Le conseil de l'Université a décidé, à partir du 1er novembre 1899, la création d'une chaire d'histologie à la Faculté des sciences. Les candidats devront faire parvenir leur demande d'inscription, avec titres à l'appui, avant le 20 juillet prochain, à M. le vice-recteur, président du conseil de l'Université.

Muséum d'histoire naturelle. — Suivant le désir exprimé par son mari, notre regretté maître et ami, le professeur Alexandre Laboulbène, Mme Laboulbène vient de faire don au Muséum de la précieuse collection entomologique Léon Dufour et Alexandre Laboulbène.

Legs Humbert. — Le directeur du Muséum d'histoire naturelle est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs de 50000 francs fait à son profit par M. Alfred Humbert aux termes de ses testaments olographes des 24 et 26 août 1896.

Chambre des députés. — M. Astier, député de l'Ardèche, a déposé hier un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur O. Herpin, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Tours, décédé à l'âge de quarante-neuf ans ; — de sir W. Flower, directeur de la section d'histoire naturelle au « British Museum », membre correspondant de l'Institut.

Le coup du médecin. — On connaît cet usage assez répandu qui consiste à boire un ou plusieurs doigts de vin pur après le potage, dans un but hygiénique, et que l'on appelle vulgairement le coup du médecin.

La *Chronique médicale* nous donne la valeur exacte de ce dicton. En buvant ainsi un verre de vin, on aurait de grandes chances de se bien porter, et suivant l'expression de certaines provinces : « C'est un écu enlevé à la poche du médecin. »

En Provence court même le proverbe suivant :

> Après la soupo dous dés dé vin
> Lévoun cinq soous oou médécin.

que traduit assez exactement un distique genevois :

> Après la soupe, un doigt de vin
> Lève un écu au médecin.

Certains esprits chagrins ajoutent : « Mais le verse dans la poche du dentiste. »

NEUROSINE PRUNIER — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'iodisme.

Par le docteur Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale de la Faculté, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Le rôle de l'iode et des iodures en thérapeutique est considérable. Il est bien peu d'affections dégénératives du cœur et des vaisseaux, des reins, du foie, des poumons qui ne soient justiciables de la médication iodurée ; d'autre part, certaines maladies parasitaires (actinomycose) ou infectieuses (syphilis) sont également tributaires de cette médication, de telle sorte que l'iodure de potassium est devenu l'un des médicaments que l'on prescrit le plus fréquemment.

S'il rend de précieux services, dans nombre de cas, il n'en présente pas moins certains inconvénients qui en rendent le maniement difficile, parfois dangereux.

Sans doute les diverses manifestations dues à l'intolérance du médicament et qu'on englobe sous le nom d'iodisme sont plus fréquemment désagréables que graves ; elles se limitent habituellement à quelques accidents négligeables, comme l'acné, le coryza qui ne méritent pas d'être rangés parmi les symptômes d'intoxication; mais, dans certaines circonstances, fort rares, nous le répétons, comparativement au nombre des cas d'iodisme léger, se produisent des accidents graves, survenant d'une façon inopinée, parfois après l'ingestion de doses fort minimes d'iodure. Il semble qu'en pareil cas la question de doses importe peu, et que la gravité des accidents soit essentiellement inhérente au malade lui-même, et non au médicament.

Ces accidents graves ont plus particulièrement attiré l'attention dans ces dernières années et ont fait l'objet de nombreuses publications éparses dans les journaux, dans les thèses. Nous nous proposons, dans ce travail, de passer en revue les différentes manifestations de l'iodisme, en insistant de préférence sur les modalités graves de cette intoxication.

I

HISTORIQUE. — Coindet a introduit l'iode en thérapeutique; il est aussi le premier à avoir signalé les accidents dus à son emploi ; ces accidents furent d'autant plus fréquents au début que l'on utilisait exclusivement la teinture d'iode, et que, d'autre part, on usa sans mesure du médicament qui était délivré sans ordonnance par les pharmaciens.

L'iode étant, au début, prescrit exclusivement contre le goitre, on commit l'erreur d'attribuer les accidents observés, non au médicament, mais à la maladie que l'on traitait par l'iode.

Cependant, dès 1839, Ricord signalait l'acné, l'ecthyma iodiques et, trois ans plus tard, il déclarait que l'iode est capable de produire toutes les éruptions aiguës de la peau.

Rilliet, en 1859 (*Acad. de méd.*, 11 janvier), établit sans conteste l'existence de l'iodisme ; le premier, il reconnut que les accidents peuvent survenir à la suite de l'emploi de petites doses et qu'ils sont d'autant plus à craindre que les sujets sont plus avancés en âge. Barthez, son collaborateur et ami, publia l'observation d'une dame qui avait été atteinte d'iodisme grave, à la suite de l'ingestion de 10 centigrammes d'iodure de potassium, divisés en 60 pilules. Toutefois, il s'en fallait que l'accord fût établi sur la cause de ces accidents, puisque Trousseau rapporta au goitre exophtalmique les symptômes décrits par Rilliet.

Depuis cette époque, l'iodisme a fait l'objet de nombreuses publications; les divers accidents que les iodures déterminent, tant du côté de la peau et des muqueuses que des différents viscères, ont été décrits dans leurs modalités les plus diverses. Il nous paraît inutile de faire à cette place la longue et sèche énumération des observations relatives à des cas isolés d'iodisme ; les plus intéressantes d'entre elles seront mentionnées à l'occasion de l'étude de chaque détermination de l'iodisme. Parmi les travaux d'ensemble les plus récents, nous mentionnerons le travail de Gemy (*Ann. de derm.*, 1891), la thèse très documentée de Mlle Bradley (Paris, 1887), la monographie du docteur Briquet (d'Armentières), datée de 1897, etc.

II

SYMPTÔMES. — Les manifestations de l'iodisme sont tellement nombreuses qu'il est nécessaire pour les étudier, sans rien omettre, de les envisager successivement dans leurs localisations sur la peau et les différents appareils.

Nous compléterons ensuite notre description en étudiant les formes aiguës et les formes chroniques de l'iodisme et, parmi les premières, nous distinguerons la variété bénigne, la plus fréquente, et les variétés graves.

Peau. — M. Besnier a divisé les « iodurides » en deux catégories (*Ann. de derm.*, t. VI, p, 537, 1885) :

La première comprend à peu près exclusivement une épidermatite superficielle papuleuse ou papulo-pustuleuse, se produisant sur tous les points du tégument, subaiguë, résolutive, uniforme ; c'est l'acné iodique ou éruption iodurique commune.

A la deuxième catégorie se rattachent des lésions variées : érythèmes simples, ortiés, nodulaires, sinon noueux, marginés, circinés, bulleux, hémorragiques, épidermatites ou dermatites acnéiformes, furonculeuses, anthracoïdes, nodulaires, résolutives ou nécrobiotiques.

On peut, en somme, observer toutes les variétés de dermatoses, sauf les éruptions squameuses ; l'iode détermine des dermatoses érythémateuses, papuleuses pures, papulo-pustuleuses, vésiculeuses, bulleuses, purpuriques, végétantes, papillomateuses ; on peut également observer sous l'influence de l'iodisme des gangrènes cutanées, des œdèmes.

Très rare, la forme *érythémateuse* se manifeste par des placards rouges, pouvant simuler les plaques de l'érysipèle et habituellement localisés à la face et aux membres supérieurs (avant-bras). Ces phénomènes congestifs sont quelquefois remplacés au bout de quelques jours par de l'œdème blanc, au niveau des joues et des paupières.

La forme érythémateuse peut encore simuler un rash scarlatiniforme ou bien affecter l'aspect de macules disséminées sur le thorax, les flancs et simulant par suite la roséole.

Les *formes papuleuses* peuvent simuler l'urticaire et l'érythème noueux.

Dans le premier cas, l'éruption est caractérisée par de nombreuses papules, disséminées de préférence au niveau des extrémités et du bas-ventre (Fischer), accompagnées de prurit, mais se distinguant cependant de l'urticaire en ce qu'elles sont plus fixes et plus rouges que les papules ortiées (Bazin, Barthez, Fischer).

Pellizzari a cité un cas d'urticaire.

Dans la variété qui simule l'érythème noueux, on observe des nodosités qui semblent enchâssées profondément dans le derme. Ricord a décrit cette variété en 1842 ; depuis, Pietro et Celso Pellizzari, Talamon, Janowski, Hallopeau, Léon Perrin et Richardière en ont rapporté des observations.

La forme *vésiculeuse* ou eczématoïde n'est pas moins rare que les précédentes ; certains auteurs en contestent même l'existence en temps que variété distincte ; suivant eux, les vésicules ne seraient que le premier stade des éruptions pustuleuses ou bulleuses ; toutefois, Fischer aurait observé seize cas d'eczéma iodique, et Mercier aurait même observé un cas d'eczéma rubrum généralisé avec fièvre et troubles généraux.

Dans un cas relaté par Petitjean, la subordination de l'eczéma à l'ingestion de l'iodure de potassium est particulièrement nette ; un malade du service de Lailler, à Saint-Louis, fut atteint d'eczéma au deuxième jour de l'ingestion d'une très petite dose d'iodure, 75 centigrammes. On diminua alors la dose jusqu'à 15 centigrammes, et l'éruption entra en décroissance ; une nouvelle poussée survint lorsqu'on voulut élever la dose jusqu'à 25 centigrammes ; enfin l'éruption disparut complètement avec la cessation de l'usage du médicament.

Quatre mois plus tard, le malade fut soumis de nouveau au traitement ioduré, et l'eczéma reparut à cette occasion.

Bien que, dans les diverses observations d'eczéma survenu chez des individus soumis à un traitement par l'iodure, l'influence de l'intoxication médicamenteuse sur la genèse des accidents cutanés soit incontestable, il est probable, étant donné la rareté relative de cette variété d'accidents, qu'il faut admettre une cause prédisposante à cette variété de dermatose comme aux éruptions bulleuses, et que l'eczéma, comme le pemphigus iodique, surviennent surtout chez des sujets prédisposés aux accidents cutanés.

On a signalé l'herpès labial d'origine iodique (Briquet).

Enfin, M. Jacquet a observé un cas de zona ophtalmique, avec névralgie du nerf facial, à la suite d'ingestion d'iodure (*Soc. méd. des hôp.*, 6 mai 1898).

La *forme pustuleuse* ou plutôt papulo-pustuleuse, l'acné, est de beaucoup la plus fréquente des manifestations cutanées de l'iodisme. L'élément éruptif débute par une tache érythémateuse donnant lieu à une démangeaison assez vive ; au bout de dix-huit à vingt-quatre heures une papule de la dimension d'une lentille s'élève sur cette tache et ne tarde pas à se transformer en pustule. Cette lésion élémentaire tient de la pustule et du tubercule (Czerny) ; c'est une petite tumeur, atteignant souvent le volume d'un petit pois, d'un rouge livide, couronnée d'une vésicule purulente et généralement centrée d'un poil. On peut parfois déceler de l'iode dans le contenu des pustules (Adamkiewicz).

Les éléments sont rarement isolés : ils se groupent et parfois on les a vus former des placards arrondis (folliculites et péri-folliculites agminées.

L'acné iodique se limite presque exclusivement à la partie supérieure du corps et notamment au visage ; après guérison, elle ne laisse aucune trace, ni cicatrice, ni pigmentation (Kaposi). Elle peut survenir à tous les âges et le professeur G. Sée avait même observé une éruption d'acné chez un fœtus dont la mère prenait de l'iodure.

L'acné peut affecter indistinctement tous les sujets, toutefois, elle survient de préférence chez les lymphatiques et les strumeux. Elle se distingue de l'acné vulgaire par son apparition brusque, la production simultanée d'un grand nombre de pustules semblables et par l'absence de pigmentation et de cicatrices.

A côté de la forme habituelle, classique de l'acné iodique, il convient de citer les formes rares, notamment l'acné anthracoïde. Signalée pour la première fois par Cullerier (1861), dont l'observation a été relatée par Bazin dans son *Traité des affections cutanées artificielles*, elle a été décrite par Duhring (1879), sous le nom de dermatite phlegmoneuse circonscrite, par Besnier, sous le nom d'acné anthracoïde iodo-potassique (1882), par Pellizzari (1884), etc. Taylor, en 1888, repousse la dénomination d'acné anthracoïde et lui substitue celle de dermatite tubéreuse. MM. Legrand (1893), Trouchaud (1895) consacrent leurs thèses à son étude.

Les éléments éruptifs se présentent sous l'aspect d'un gros furoncle (iodides furonculo-anthracoïdes de Fournier), de forme arrondie, entouré d'une auréole rouge, couvert d'une croûte au-dessous de laquelle se trouve un ulcère suintant, présentant de petits orifices d'où la pression fait sourdre un liquide purulent. Les dimensions de ces éléments varient depuis celle d'un petit pois jusqu'à celle d'une noix ; leur nombre est variable. Ces tumeurs volumineuses s'affaissent rapidement, après suppression du traitement, et disparaissent en laissant une légère pigmentation. Parmi les observations les plus remarquables, citons celle qu'a rapportée M. Besnier (*Ann. de derm.*, 1882) : chez un homme de quarante ans, qui avait pris 2 grammes par jour d'iodure

de potassium, M. Besnier a vu se produire de véritables tumeurs, variant du volume d'un pois ordinaire à celui d'un pois chiche, d'un rouge cuivré, mollasses, presque fongueuses, et présentant des lacunes ponctuées, analogues à celles du furoncle anthracoïde.

D'après les recherches récentes de Giovannini (Acad. de méd. de Turin, 7 janvier 1898), les lésions de l'acné iodique sont une folliculite et une périfolliculite pilaire aiguë, suppurative, superficielle, opinion diamétralement opposée à celle de Duckworth et Harris, Pellizzari, Ducrey, De Amicis qui sont unanimes à nier la participation des follicules pileux au processus acnéique. Les glandes sébacées annexées aux follicules pileux intéressés ne présentent que de simples lésions irritatives, manifestement secondaires.

Alors que la peau présente encore son apparence normale, les follicules sont déjà altérés; ils sont athrésiés ou rétrécis, plus ou moins atrophiés; la partie évasée s'agrandit ou se transforme en une sorte de kyste avec revêtement épidermique, contenant du sébum, des cellules cornées. Les glandes sébacées s'atrophient également.

A côté de l'acné, il existe une autre variété d'éruption pustuleuse, d'origine iodique, c'est l'ecthyma. Objectivement, l'ecthyma iodique ne se distingue pas de l'ecthyma syphilitique (Mauriac); il importe cependant, en pratique, d'en reconnaître la cause, car si l'on continue à administrer l'iodure ou si l'on en force la dose, croyant avoir affaire à une lésion syphilitique, on détermine une aggravation de la lésion.

La *forme bulleuse* est rare, moins cependant qu'on ne l'admettait autrefois.

En tous cas, elle doit être rattachée aux formes graves de l'intoxication iodique. Besnier, Hallopeau, Rendu, Arnozan, etc., en ont publié des observations. Il se produit d'abord des vésicules qui atteignent bientôt la dimension des bulles, prenant l'aspect noirâtre ou violacé, et se remplissant d'un liquide séro-purulent ou sanguinolent. La bulle peut recouvrir une surface ulcérée ou végétante. Les bulles sont isolées ou réunies en groupes; elles occupent la face, le cou, les avant-bras et le dos des mains, le tronc, plus rarement les membres inférieurs.

Les éruptions pemphigoïdes peuvent survenir à tous les âges, c'est ainsi que M. Hallopeau en a observé un cas chez un enfant de quatre ans, qui prenait du sirop de raifort iodé. En général, elles n'atteignent que des sujets cachectiques ou dont les reins présentent des altérations profondes; la coexistence d'albumine dans les urines est signalée dans la plupart des observations. Leur pronostic peut être très grave; des cas de mort ont été signalés à la suite de ces éruptions pemphigoïdes; Wolff (*Berl. Klin. Wochens.*, n° 35, 1886) en a signalé un cas; le malade était atteint d'une néphrite.

Les éruptions pemphigoïdes ne sont pas toujours constituées uniquement par des bulles; à celles-ci peuvent succéder des végétations condylomateuses (Hallopeau, Feulard, Trapeznikow, Rosin).

Le malade de Feulard, syphilitique, avait pris pendant huit jours de l'iodure de potassium pour une gomme. A la suite de ce traitement, il eut une éruption pemphigoïde, formée de bulles aplaties contenant un liquide gélatineux; plus tard, sur les cicatrices des bulles apparurent des végétations papillomateuses (Soc. de derm., mai 1891).

La réparation est toujours lente; aux éléments éruptifs succèdent des cicatrices végétantes ou déprimées, atrophiques et sillonnées de brides.

Plaçons ici l'érythème polymorphe où se trouvent réunies plusieurs lésions élémentaires : macules, vésicules et bulles. M. Danlos en a communiqué un cas à la Société de dermatologie (nov. 1898). M. Leredde a trouvé dans les bulles des cellules éosinophiles en abondance et a constaté une éosinophilie sanguine de 10 à 14 p. 100, qui est allée en diminuant graduellement jusqu'à guérison des manifestations cutanées. Il est à remarquer que chez le malade l'élimination de l'iode par les urines avait subi un retard considérable.

On peut encore constater des *formes mycosiques* constituées par des masses volumineuses, mamelonnées, irrégulières, à surface rouge vineux et comparables à des tomates. Ces lésions qui simulent le mycosis fongoïde sont fort graves. Rosin a observé une éruption analogue au mycosis fongoïde chez un syphilitique qui avait absorbé 1gr50 d'iodure. MM. Canuet et Barasch (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1896) ont publié une observation d'ioduride maligne, à forme mycosique et à terminaison mortelle. On conçoit la difficulté du diagnostic en pareil cas, si l'on ne sait que le malade est soumis à un traitement ioduré. En cas de doute, la constatation de la présence de l'iode dans l'urine éclaircirait la question.

Le *purpura* doit être rangé, comme les éruptions bulleuses, parmi les formes rares et graves de l'intoxication. Il survient en effet, surtout chez les individus cachectiques et les vieillards, chez les brightiques, les artério-scléreux, les sujets atteints d'affections du foie, mais parfois aussi chez des sujets exempts de toute tare.

Le purpura peut survenir à la suite de l'ingestion d'une dose très minime d'iodure de potassium, et le jour même de l'administration du médicament. M. Gaucher a vu en 1876, à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Potain, une jeune femme rhumatisante, non albuminurique, qui fut atteinte de purpura iodique après avoir pris, en une journée, 50 centigrammes d'iodure de potassium. Chez un malade de M. Lemoine (*Bull. méd. du Nord*, 1892), le purpura se manifesta après l'ingestion d'un gramme seulement d'iodure de sodium et commença le jour même; ce malade était cardiaque et, suivant M. Lemoine, c'est sans doute à l'obstacle apporté au bon fonctionnement du foie et des reins par la stase veineuse, qu'il faut attribuer la cause principale de l'apparition précoce du purpura, ainsi que de la confluence de l'exanthème et de sa généralisation ; même début précoce dans le cas mortel relaté par Mackenzie (voir plus loin).

La variété bénigne du purpura iodique consiste en de petites pétéchies miliaires, habituellement limitées aux membres inférieurs, à la face interne des cuisses ou à la face antérieure des jambes; plus rarement elles envahissent le tronc et les membres supérieurs. M. Gaucher a vu un malade porteur de syphilides papuleuses des doigts, qui présentait, chaque fois qu'on le soumettait à l'usage de l'iodure de potassium, des pétéchies exclusivement localisées sur les syphilides elles-mêmes.

Les taches purpuriques augmentent de nombre si le malade continue à faire usage de l'iodure; elles disparaissent rapidement, au contraire, si le traitement est suspendu.

Le professeur Fournier, dans son travail sur le purpura iodique (*Rev. de méd.*, 1877), dit n'avoir constaté que le purpura miliaire; mais, depuis la publication de son travail, ont paru diverses observations relatant l'existence de larges placards hémorragiques dans quelques cas graves,

avec coïncidence de ramollissement gingival et d'hémorragies des gencives, plus rarement d'épistaxis. M. Hallopeau a rapporté un cas de purpura iodique qui s'accompagna d'hémorragie de la protubérance annulaire; celle-ci détermina une paralysie alterne qui guérit.

Le purpura iodique peut se terminer par la mort : dans le cas de Mackenzie, cité plus haut, un enfant de cinq mois, syphilitique, avait pris une seule dose de 13 centigrammes d'iodure de potassium. Moins d'une heure après survenait de l'œdème du visage et des ecchymoses apparaissaient aux paupières, sur les joues, les bras. Le lendemain, le visage tout entier présentait la coloration du vin de Porto et quelques points se sphacélaient. L'enfant succomba soixante-huit heures après l'absorption de l'iodure.

M. Audry (*Ann. de derm.*, 1898) a signalé un cas de *gangrène* disséminée de la peau, chez une femme prenant du sirop de raifort iodé et ayant eu déjà des phénomènes d'intolérance, alors qu'elle absorbait de l'iodure de potassium. Plus récemment (*Presse méd.*, 24 mai 1899), M. Malherbe (de Nantes) a relaté un cas d'acné iodique à évolution gangreneuse, chez un homme asthmatique, qui prenait 2 grammes d'iodure de potassium par jour, depuis plusieurs mois. On devra songer à l'iodisme dans les cas de gangrène disséminée de la peau, que l'on ne pourra rattacher à l'hystérie, à l'artério-sclérose, etc. (Audry).

Mauriac décrit des manifestations sous-cutanées de l'iodisme, sous forme de *nodules hypodermiques*, sans adhérences avec la peau et pouvant être confondus avec des gommes syphilitiques.

Du côté de la peau, coïncidant ou non avec une éruption, on peut observer des *œdèmes*. Habituellement, l'œdème est localisé, le plus souvent aux paupières, parfois aux lèvres (la supérieure), à la face dorsale des mains. Lorsque l'œdème, en même temps que le tissu cellulaire de la face, envahit la langue, le voile du palais, les fosses nasales, la vie du malade peut être en danger. Ces accidents peuvent survenir en quelques heures, à la suite de l'administration d'une dose très faible.

Les différentes éruptions qui viennent d'être mentionnées peuvent se produire, *quel que soit le mode d'administration* de l'iodure (voie buccale, rectale, etc.). D'autre part, *tous les iodures* peuvent leur donner naissance. Si les éruptions sont beaucoup plus fréquentes à la suite de l'administration de l'iodure de potassium, cela tient uniquement à ce que ce sel est beaucoup plus employé que les autres sels d'iode; mais on peut voir survenir des accidents cutanés d'iodisme à la suite de l'ingestion d'iodure de sodium, d'ammonium. On a même incriminé l'iodure de fer (Zimmermann). D'après Sydney-Ringer, l'iodure de potassium serait, de tous les iodures, celui dont l'action sur la peau serait le plus marquée.

Les accidents cutanés seraient, au contraire, moins fréquents après l'absorption d'iodure de sodium (Gamberini). Briquet (d'Armentières) a fait le pourcentage des éruptions survenues à la suite de l'emploi des préparations iodurées et donne les chiffres suivants :

Iodure d'ammonium . .	15 p. 100, dont	14 d'acné.
— de strontium. .	14 —	10 —
— de potassium .	14 —	10 —
— de sodium. . .	10 —	9 —

Il ressort de ce tableau que les divers iodures donnent lieu à des éruptions, dans des proportions sensiblement égales, et d'autre part, que les éruptions, autres que l'acné, sont très rares.

En ce qui concerne les *doses*, on peut dire que les accidents peuvent apparaître, quelle que soit la dose prescrite. Il peut suffire d'une dose fort minime, quelques centigrammes seulement d'iodure, pour déterminer une ioduride grave et même mortelle, ce qui prouve que la question de dose est secondaire et que la question de terrain est, au contraire, prépondérante. Nous n'insisterons pas sur ce point, devant y revenir lorsque nous rechercherons les causes de l'iodisme envisagé en général.

L'*époque d'apparition* des éruptions iodiques est variable; elles débutent habituellement au bout de quelques jours, mais peuvent aussi se manifester très rapidement, quelques heures après l'ingestion d'une dose unique. Il est à remarquer qu'elles peuvent disparaître, en totalité ou en partie, malgré la continuation du traitement, mais le plus souvent, la suppression de celui-ci est nécessaire pour en amener la disparition.

Elles ne se montrent pas toujours lors d'un premier traitement, mais peuvent seulement se manifester lors d'un deuxième ou troisième traitement.

Contrairement à ce qu'a écrit Behrend, les éruptions iodiques ne revêtent pas toujours la même forme quand elles récidivent. Tel malade, atteint d'acné lors d'un premier traitement, pourra présenter du purpura, quand on le soumettra de nouveau au traitement ioduré.

D'ailleurs, les *récidives*, à chaque reprise de traitement, pour être très fréquentes, ne sont pas fatales. Tel malade qui aura eu de l'acné une première fois, pourra bien échapper à cet accident lorsqu'il reprendra de l'iode.

En ce qui concerne la *fréquence* respective des diverses iodurides, constatons que l'acné est de beaucoup la plus fréquente; les autres ne se rencontrent que tout à fait exceptionnellement. Après l'acné, ce sont les éruptions polymorphes avec prédominance d'éléments bulleux que l'on a surtout observées; mais ce sont, répétons-le, des accidents bien rares, puisque Gemy, dans son travail daté de 1891 (*Ann. de dermatologie*), en a seulement rassemblé une dizaine de cas. Vient ensuite le purpura, etc.

La *forme* revêtue par la manifestation cutanée dépend essentiellement de la manière d'être du malade, l'iodisme agissant seulement comme cause provocatrice. Tel sujet, prédisposé à l'eczéma, aura une poussée d'eczéma à l'occasion de l'ingestion d'iodure, tel autre, au système vasculaire fragile, aura une éruption purpurique, etc.

Appareil respiratoire. — Le nez, le larynx, les bronches, le poumon peuvent être, soit isolément, soit simultanément, atteints par l'iodisme.

De toutes les manifestations de cette intoxication du côté des voies respiratoires, la plus fréquente est le *coryza*. C'est aussi celle que l'on observe le plus fréquemment, d'une façon générale, et c'est la plus précoce. Bien peu de sujets échappent au coryza qui peut d'ailleurs présenter les plus grandes variétés dans son intensité.

Le coryza iodique peut survenir dès les premières heures de l'administration de l'iodure, et peut persister sans grandes modifications, pendant toute la durée du traitement, mais le plus habituellement il va en s'atténuant ou disparaît même complètement; en tous cas, il se réduit à un simple enchifrènement auquel les malades ne prêtent plus attention.

Certains sujets au cours de traitements iodurés successifs n'ont qu'une seule atteinte de coryza; chez d'autres, le coryza récidive à chaque reprise du traitement.

Toutes les doses de préparations iodées, même les plus faibles, sont susceptibles de déterminer le coryza, comme les autres manifestations de l'iodisme; toutefois, d'après Briguet, l'intensité du coryza serait proportionnelle à la dose absorbée; les coryzas les plus violents correspondent aux doses les plus fortes et le coryza est d'autant moins évitable que la dose est plus élevée. Vraie d'une façon générale, cette loi comporte des exceptions; on peut voir survenir un coryza violent à la suite de l'ingestion de quelques centigrammes d'iodure.

Le degré le plus atténué du coryza est l'enchifrènement. C'est aussi celui qu'on observe le plus communément. Plus intense, le coryza donne lieu à un écoulement plus ou moins abondant, séreux, parfois teinté de quelques gouttelettes de sang et contenant de l'iode. Le contact de cet écoulement avec la lèvre supérieure amène fréquemment une dermite eczématiforme. Il se distingue de celui du coryza vulgaire en ce qu'il est plus séreux et aussi plus abondant. Il s'accompagne d'éternuements plus ou moins répétés et souvent de douleurs frontales, indiquant l'extension de l'inflammation aux sinus frontaux, ainsi que de catarrhe oculaire.

Le coryza peut persister un certain temps après la suppression du traitement.

Nous avons dit que le mucus nasal contenait parfois quelques gouttelettes de sang; parfois se produisent une ou plusieurs *épistaxis* dans les premiers jours du traitement, épistaxis sans aucune gravité et relevant uniquement de la lésion locale.

On peut observer une autre variété d'épistaxis qui se produit tardivement, qui peut être très abondante et qui paraît due plutôt à l'altération sanguine; elle peut coïncider avec le purpura. Cette épistaxis est d'ailleurs rare.

Avant de passer en revue les autres déterminations de l'iodisme sur les voies respiratoires, il faut mentionner à cette place le syndrome auquel le professeur Fournier a donné à juste titre le nom de *grippe iodique*, parce que les symptômes éprouvés par le malade, son aspect rappellent de tous points ceux de la grippe.

La grippe iodique est un accident du début; le malade est pris brusquement de fièvre, d'un malaise général; il devient anxieux, agité, le sommeil l'abandonne. La face est gonflée, rouge, son nez prend une teinte érysipélateuse; ses paupières sont œdémateuses et parfois rosées; les larmes s'écoulent en abondance. En même temps, le malade est pris du coryza violent déjà décrit, et se plaint d'éprouver un mal de tête intense; sa voix est rauque et il a de l'angine. « La grippe iodique résulte d'un raptus violent sur la muqueuse aérienne qui passe sur elle comme un orage en bouleversant pour quelques heures le fonctionnement respiratoire » (Mauriac).

Les déterminations laryngées sont assez rares; par contre, elles peuvent être très graves et même entraîner la mort.

La *laryngite* iodique habituelle se traduit par une sensation de gêne, de picotement au niveau du larynx, par des modifications de la voix qui devient éraillée, etc.

Parfois, chez les enfants, la laryngite revêt le caractère de la *laryngite striduleuse*.

L'accident laryngé redoutable est l'*œdème de la glotte*; il nécessite souvent la trachéotomie (Ricord) et entraîne parfois la mort. Cet œdème survient inopinément en quelques heures et bien qu'on puisse l'observer à la suite de l'emploi de toutes les doses médicamenteuses, depuis les plus petites jusqu'aux plus fortes, il est à remarquer que cette complication, la plus grave de toutes, est le plus souvent provoquée par de très petites doses d'iodure, parfois par la première dose absorbée : un malade de Nélaton prenait la dose d'un gramme par jour, un autre, de Ricord, ne prenait que 50 centigrammes d'iodure. Dans un cas de Weist l'œdème glottique est survenu, après l'ingestion d'une seule dose de 50 centigrammes.

Ce même contraste entre la faiblesse des doses et la gravité des accidents, se retrouve dans toutes les déterminations de l'iodisme; nous reviendrons plus loin sur ce point.

Dans quelques circonstances, l'œdème glottique survient chez des malades qui, antérieurement, avaient bien supporté l'iodure. Il est à remarquer que les larynx malades y sont particulièrement prédisposés (Fauvel).

Du côté des bronches, on peut observer une *bronchite congestive* qui se traduit par la gêne respiratoire, une toux quinteuse, fatigante, une expectoration muqueuse, parfois légèrement sanguinolente. D'ailleurs, il ne faut pas toujours considérer comme de petites hémoptysies les crachats sanguinolents; le sang peut provenir du pharynx congestionné (Cornil et Hanot, Joal).

L'*hémoptysie* vraie ne s'observe guère que chez les tuberculeux; elle peut être alors très abondante. Il faut être très prudent dans l'emploi des iodures chez les sujets qui sont suspects de tuberculose.

On a signalé la *bronchite pseudo-membraneuse* (Fritschke). Ce cas est d'autant plus remarquable que l'iodure paraît être le meilleur agent du traitement de cette variété de bronchite.

L'*œdème pulmonaire* est au poumon ce que l'œdème glottique est au larynx, c'est-à-dire un accident de la plus haute gravité qui survient d'une façon presque foudroyante et peut entraîner la mort. Kœnig et Henri Huchard l'ont signalé.

Le malade est pris d'une toux quinteuse, incessante, ne lui laissant aucun repos, ainsi que d'une dyspnée extrême; le visage est d'une pâleur livide ou bien au contraire d'une teinte cyanotique. A l'auscultation des poumons, on entend une pluie de râles crépitants fins qui envahissent rapidement la poitrine dans toute son étendue; le crachoir est rempli d'une expectoration abondante, filante, aérée et mousseuse, de coloration rosée ou saumonée.

Ces accidents graves qui peuvent se terminer par la mort ne sont pas créés de toutes pièces par l'iodisme; ils surviennent chez des malades artério-scléreux, présentant depuis un certain temps de l'œdème chronique. Il est donc indiqué de suspendre la médication iodurée chez cette catégorie de malades, dès que le pouls faiblit, devient inégal, intermittent.

Appareil cardio-vasculaire. — Dépresseur de la circulation, l'iodure peut entraîner à la longue une sorte d'asthénie du cœur qui se traduit par la faiblesse du pouls, la tendance aux œdèmes, etc. M. Huchard a décrit sous le nom d'*asystolie iodique* un syndrome analogue à celui de l'asystolie par lésions valvulaires. M. Ferrand a mentionné à la Société de thérapeutique (13 nov. 1895) une observation du docteur Pauchon, d'un goitreux qui mourut à la suite d'accidents déterminés par un traitement ioduré intensif (4 grammes

par jour). Le malade fut pris au bout de trois semaines d'angoisses précordiales, de palpitations violentes, et l'examen révéla un cœur tachycardique et, de plus, arythmique, il existait de la cyanose. Malgré la suppression du traitement, tous les symptômes s'exagérèrent et le malade succomba avec tous les signes d'une paralysie cardio-pulmonaire (œdème, irrégularité du pouls, dyspnée violente, cyanose et refroidissement généralisés.)

Il est à remarquer que Prévost et Lebert ont signalé l'intolérance comme particulièrement fréquente chez les goitreux.

Les accidents de cette gravité sont fort heureusement des plus rares. Les seuls troubles fonctionnels que l'on observe d'ordinaire du côté du cœur sont les *palpitations*.

Les *hémorragies* sont assez fréquentes au cours de l'iodisme ; nous avons déjà cité le purpura, les épistaxis, les hémoptysies. Le flux hémorroïdaire se manifeste chez les sujets prédisposés.

Les hémorragies graves sont vraisemblablement sous la dépendance d'altérations du sang.

Dans un cas, M. Hallopeau a vu survenir l'hémorragie protubérantielle.

Appareil digestif. — L'iode donne une haleine fétide et les malades qui en absorbent se plaignent d'avoir une saveur salée métallique, surtout à jeun.

Il se produit d'abord un peu de sécheresse de la bouche, mais bientôt après un peu de salivation.

Du côté de la bouche, on observe parfois une légère *gingivite* qui se caractérise par du gonflement des gencives; celles-ci saignent facilement.

Un cas de *stomatite* grave a été relaté par Schomberg (1896).

On a signalé des *glossites* : la langue est tuméfiée, quelquefois ulcérée; on l'a vue pendre hors de la bouche (Fenwick).

Enfin, l'*angine* peut exister, habituellement associée au coryza, à la conjonctivite; les amygdales, la muqueuse pharyngée sont rouges, œdématiées.

L'inflammation du pharynx peut envahir la trompe d'Eustache (Veissly).

Plus importantes sont les manifestations du côté des *glandes salivaires* qui sont d'ailleurs rares. Lawrius, Adair, Pellizzari ont signalé l'inflammation des glandes sous-maxillaires; Bœhm, Rose, Reynier, Balzer, Villar, G. Sée, Comby, Jallot, Renault et Salmon, etc., celle de la parotide.

Dans le cas de Villar (*France méd.*, 2 juin 1887), le gonflement parotidien survint le premier jour du traitement; 3 grammes d'iodure avaient été absorbés.

On a cité des cas de parotidite fort graves et même mortels. MM. Rénon et Folet ont observé une parotidite double, chez un homme de cinquante et un ans, à la suite d'application de teinture d'iode sur la poitrine ; dans un cas de Guelliot, l'injection de teinture d'iode dans une hydrocèle fut suivie d'un gonflement parotidien de courte durée. Une femme, après avoir pris, pendant huit jours, 50 centigrammes d'iodure de potassium, fut prise, le lendemain du jour où elle cessa la médication iodurée, d'une sialorrhée qui augmenta progressivement, durant un mois, tout en offrant cette particularité de ne se montrer que le jour et de cesser pendant le sommeil (Triboulet).

Il est à remarquer que le gonflement parotidien peut également avoir une longue durée et persister longtemps après la cessation du traitement.

L'iodisme peut déterminer de l'*odontalgie*, principalement chez la femme. Cette odontalgie est parfois assez violente pour obliger à suspendre le traitement.

L'*œsophagisme* a été signalé.

Les *troubles gastriques* sont les plus fréquents parmi les déterminations digestives de l'iodisme. Ils se caractérisent habituellement par une sensation de pesanteur au creux épigastrique, par des crampes d'estomac.

Les vomissements ne surviennent que dans des cas relativement rares; on les a mis sur le compte de l'impureté du médicament (présence d'iodates?). Ils sont parfois le fait d'une administration défectueuse de l'iodure; lorsque le sel est absorbé à jeun ou en solution trop concentrée, il est mal toléré.

Le *foie* pourrait être touché en certains cas; Contato a signalé l'ictère.

L'*intestin* est habituellement respecté; on a cependant mis certaines diarrhées sanguinolentes sur le compte de l'iodisme.

Système nerveux. — Les manifestations nerveuses de l'iodisme sont assez nombreuses, mais presque toutes localisées à l'encéphale ; en tous cas peu accentuées.

Les facultés psychiques peuvent être atteintes de différentes façons; ce sont habituellement les symptômes de dépression qui dominent : la *mémoire est affaiblie*; les malades éprouvent de la difficulté à rassembler leurs idées ; ils sont parfois somnolents.

Les symptômes d'excitation sont plus rares; l'*insomnie* a été mentionnée dans un assez grand nombre de cas. Exceptionnellement peut éclater un *délire furieux*, suivi de coma et de mort (Rendu).

La sensibilité est surtout affectée, outre la *céphalalgie* localisée aux sinus frontaux, qui est en rapport avec la propagation du coryza à ces sinus, on peut observer une autre variété de céphalalgie à siège variable, assez souvent frontal, quelquefois occipital ou temporal ; parfois il s'agit d'une simple lourdeur de tête, dans d'autres circonstances, le malade se plaint d'éprouver des douleurs térébrantes violentes.

La lourdeur de tête peut persister pendant toute la durée du traitement; mais, habituellement, elle disparaît rapidement, après s'être manifestée dès le début. Les différents médicaments antinervins échouent contre cette céphalalgie dont Briquet (d'Armentières) évalue la fréquence à 20 ou 25 p. 100 des cas.

On peut observer des *névralgies* dans le domaine des nerfs craniens : névralgie sus et sous-orbitaire, névralgie dentaire, etc.

Jacquet a vu deux fois une névralgie du facial survenir sous l'influence de l'iodisme.

On a encore signalé des « algies » en différents points du corps : pleurodynie (Wallace), douleurs osseuses, articulaires, rétro-sternales.

Le système moteur ne paraît pas atteint, bien que l'on ait signalé des soubresauts de muscles et de tendons, une certaine incertitude des mouvements, du tremblement des mains (Gairdner).

Organes des sens. — Des différents organes des sens, l'œil est à peu près exclusivement touché par l'iodisme, bien que l'on ait signalé quelques *bourdonnements d'oreille*.

La *conjonctivite iodique* est, avec le coryza qu'elle accompagne toujours, l'une des manifestations les plus fréquentes

de l'iodisme; la conjonctive est rouge, baignée par les larmes (on a signalé le *larmoiement* indépendant de la conjonctivite, dû à l'hypersécrétion des glandes lacrymales).

Dans les cas intenses, la conjonctivite va jusqu'au chémosis œdémateux, et les paupières sont infiltrées par un œdème blanc, quelquefois rosé et ecchymotique. On a signalé des *troubles de la vue*, de la diplopie, etc.

Organes glandulaires. — Nous avons déjà signalé l'hypersécrétion des glandes salivaires, lacrymales. La sécrétion lactée, par contre, est diminuée par l'emploi de l'iodure, mais l'atrophie des mamelles, celle des testicules (Cullères, Diday) n'existe pas en réalité; Ricord, Fournier, d'autres encore l'ont contestée. Le corps thyroïde, dont l'affinité pour l'iode est bien connue, se tuméfie parfois au cours d'un traitement ioduré.

Organes génito-urinaires. — L'urèthre est parfois le siège d'un *écoulement* séro-muqueux peu abondant, limpide, qu'en raison de ses caractères objectifs et de sa disparition coïncidant avec la suppression du traitement, on ne prendra pas pour une blennorragie, à défaut même d'examen bactériologique de la goutte.

Le rein et la vessie ne sont guère atteints par l'iodisme, bien que l'on ait signalé la *dysurie*, le *ténesme vésical*, les *hématuries* et l'*albuminurie* (Zimmermann, Gubler) avec présence de cylindres hyalins et épithéliaux dans l'urine.

Contrairement à ce que l'on a prétendu, l'iodure de potassium ne prédispose pas à l'avortement, mais il peut déterminer des *métrorragies*, aussi est-il indiqué d'en suspendre l'emploi pendant les périodes menstruelles chez les femmes qui perdent beaucoup.

Température. — L'iodisme aigu peut s'accompagner d'une *élévation thermique* dont la pathogénie est discutable.

III

Formes cliniques. Évolution des accidents. — L'iodisme peut affecter une marche aiguë ou une marche chronique.

Iodisme aigu. — La forme aiguë habituelle est celle qui revêt l'aspect de la grippe : le malade est pris d'enchifrènement et d'éternuements répétés; le nez est tuméfié, tendu et rouge, et la lèvre supérieure, rapidement irritée par l'écoulement nasal, est également tuméfiée. La figure est vultueuse, violacée, les paupières sont boursouflées, œdémateuses, la conjonctive est rouge et le larmoiement continuel. A ces symptômes s'ajoutent des douleurs névralgiques violentes, et chez les sujets nerveux une agitation plus ou moins intense.

L'existence de la fièvre contribue à rendre frappante la ressemblance de ce syndrome avec l'attaque de grippe.

L'acné est la seule manifestation cutanée de l'iodisme aigu bénin.

Dans des circonstances beaucoup plus rares, l'iodisme aigu se localise sur le larynx, les bronches et le poumon; nous ne reviendrons pas sur la description déjà faite des accidents soudains et si graves de l'iodisme laryngé.

Une autre modalité grave ou du moins intense de l'iodisme aigu est caractérisée par les manifestations insolites du côté de la peau que nous avons signalées.

Fort heureusement les accidents habituels de l'iodisme ne prennent que rarement ces proportions excessives. Tout se borne au coryza, au larmoiement, etc., accidents plus gênants que graves. Encore se dissipent-ils, le plus souvent, au bout de quelques jours; de plus, ils ne récidivent pas fatalement à chaque reprise du traitement.

Iodisme chronique. — L'iodisme chronique se caractérise principalement par un amaigrissement rapide et progressif, par des palpitations, de l'accélération du pouls, de l'agitation, de l'insomnie, de la faiblesse générale. Les malades ont du coryza, de la toux et présentent de l'acné. Il en résulte une cachexie spéciale qui disparaît d'ailleurs avec la suspension de sa cause. Quelle que soit l'intensité ou la forme des accidents iodiques, ceux-ci se manifestent en général la première fois que la préparation iodée est administrée et dès le début du traitement, parfois dès les premières heures. Il est exceptionnel que l'iodisme ne se manifeste que tardivement, après un ou plusieurs traitements iodurés.

Quoi qu'il en soit, deux éventualités peuvent se présenter après une première atteinte d'iodisme : ou bien cette atteinte est unique et la tolérance s'établit, ou bien les accidents d'iodisme se manifestent à chaque reprise du traitement, et l'on peut être obligé de renoncer définitivement au traitement ioduré. C'est dans ces cas que l'on admet l'existence d'une susceptibilité particulière du sujet à l'égard de l'iode, d'une idiosyncrasie.

Il est d'autre part des cas où un ou plusieurs accidents d'iodisme persistent pendant toute la durée du traitement ; mais ils ne sont pas assez accentués pour empêcher que celui-ci ne soit continué.

IV

Etiologie. Pathogénie. — De toutes les intoxications médicamenteuses, l'iodisme est de beaucoup la plus fréquente. Il est difficile de déterminer d'une façon précise la *proportion des cas d'iodisme.* On estime que 25 à 30 p. 100 au moins des malades qui prennent des préparations iodées présentent, à des degrés divers, des manifestations d'iodisme. Le nombre des cas intenses d'intoxication s'élèverait de 10 à 15 p. 100.

Tous les iodures, d'autre part la teinture d'iode, peuvent donner lieu à l'iodisme. C'est après l'usage de l'iodure de potassium que surviennent le plus souvent les phénomènes de l'intoxication, mais cela tient uniquement sans doute à ce que, de toutes les combinaisons de l'iode, l'iodure de potassium est la plus employée. D'après Sidney-Ringer, l'iodure d'ammonium serait celui dont l'action sur la peau est le plus marquée.

On admet généralement que la base n'a qu'une importance secondaire; seul le radical iodé doit être incriminé.

L'*influence des doses* a été très discutée. Fait paradoxal, ce sont les petites doses qui semblent prédisposer le plus aux accidents et surtout aux accidents graves.

« Les petites doses paraissent particulièrement nocives; elles l'ont été plus que d'autres jusqu'à ce jour. Je crois prudent, dit M. Fournier, de commencer par des doses moyennes plutôt qu'infimes. Je me demande même si je ne dois pas l'absence de cas mortel à ce que je me suis toujours tenu en garde contre les petites doses : dès le premier jour, je donne 2 grammes aux hommes et 1 gramme à 1 gr. 50 aux femmes. »

Par petites doses, il faut entendre les doses variant de quelques centigrammes à un gramme; il est certain que l'on a vu survenir des accidents graves et même mortels à la suite de l'administration de doses infimes d'iodure; c'est ainsi que l'on a vu survenir, dans ces conditions, l'œdème de la glotte, l'œdème pulmonaire, le coma, etc.

Tous les auteurs ne partagent pas l'opinion qui vient d'être

exposée. Suivant Briquet « les faibles doses d'iodure n'exposent pas davantage et exposent au contraire beaucoup moins que les doses moyennes ou fortes à la production de phénomènes d'iodisme ».

L'iodure à la dose de 50 centigrammes donnerait 39 p. 100 d'iodisme léger et 9 p. 100 seulement d'iodisme grave ; à la dose de 5 grammes, il donne 21 p. 100 seulement d'iodisme léger et 22 p. 100 d'iodisme grave.

Quelle que soit l'opinion au sujet du rôle joué par les doses faibles ou fortes dans la production de l'iodisme, il est certain que l'influence des doses n'est qu'accessoire et qu'il faut chercher ailleurs la raison d'être des manifestations de l'iodisme.

L'*impureté du médicament* ne peut pas plus être incriminée que celle des doses, bien que Rabuteau ait attribué à la présence des iodates les accidents de l'iodisme. D'ailleurs, les iodates ne sont pas toxiques ; Ruhnemann a pu prescrire l'iodate à la dose quotidienne de 1 gramme pendant des mois, sans causer le moindre phénomène d'iodisme.

C'est chez le malade qu'il faut chercher la cause réelle de l'intolérance pour le médicament. Or cette cause c'est l'*idiosyncrasie*, c'est-à-dire une manière d'être spéciale de l'organisme en vertu de laquelle celui-ci manifeste immédiatement son intolérance pour des doses qui, habituellement, sont parfaitement bien tolérées. Ce terme d'idiosyncrasie en réalité n'explique rien, car nous ignorons le pourquoi de cette idiosyncrasie. Nous connaissons cependant quelques-unes des causes qui prédisposent à l'iodisme. On peut d'abord incriminer l'insuffisance d'élimination ; il est certain qu'une partie des accidents graves ou même mortels a été observée chez des malades dont les reins étaient manifestement altérés ; c'est ainsi que M. Rendu a vu un cas mortel survenir à la suite de l'ingestion de 1 gramme d'iodure chez un malade atteint de néphrite interstitielle ; Wolff a également observé un cas mortel chez une femme brightique ayant absorbé 2 gr. 50 d'iodure de potassium en 48 heures. Ces accidents s'expliquent d'autant plus aisément que la majeure partie de l'iodure s'élimine par les reins. A l'état normal, l'élimination serait complète au bout de vingt-quatre heures (Rabuteau) ; chez les brightiques, la durée de l'élimination est notablement prolongée ; elle peut atteindre quatre, cinq, six et même douze jours, d'après M. Chauvet (Thèse de Paris, 1877).

L'influence des lésions rénales n'est guère douteuse, mais elle ne peut être mise en cause dans tous les cas ; il faudrait donc admettre une insuffisance fonctionnelle des reins chez les malades qui ne présentent pas les signes du brightisme.

On a encore incriminé le fonctionnement défectueux de l'estomac. Cette cause joue un rôle certain dans d'autres intoxications médicamenteuses ; peut-être en est-il de même en ce qui concerne l'iodisme, et notamment l'intolérance de l'estomac pour ce médicament, mais, comme dans l'immense majorité des cas on ne possède aucun renseignement sur le chimisme stomacal des malades et sur la motricité de l'estomac, on ne peut qu'émettre des hypothèses à cet égard ; on sait seulement que l'abus des boissons alcooliques, qu'une nourriture excitante, c'est-à-dire que toutes les causes qui agissent d'une façon défavorable sur l'estomac, prédisposent à l'empoisonnement iodique.

En dernier lieu, on peut encore incriminer, dans certains cas, l'influence du système nerveux. Les névropathes réagissent souvent d'une façon anormale à l'égard des médicaments.

Il ne semble pas exister d'immunité absolue à l'égard de l'iodisme ; on y est exposé à tout *âge*. Rilliet (1858), Hancke (1863) ont accordé à l'enfance une immunité relative (ce qui est vrai également pour la plupart des médicaments) ; mais on a observé l'iodisme dans l'enfance, et M. Hallopeau a relaté l'observation d'un enfant de quatre ans qui fut atteint d'une éruption pemphigoïde, à la suite de l'administration de sirop de raifort iodé.

Certaines races seraient moins prédisposées que d'autres à l'iodisme. Hjaltelin mentionne le fait que certains habitants d'Islande font des algues marines la base de leur alimentation, qu'ils en consomment des quantités considérables sans être atteints d'iodisme.

La syphilis ne confère pas d'immunité contre l'iodisme, bien que l'iodure soit en général mieux toléré par les syphilitiques que par d'autres malades.

V

Diagnostic. — Il est inutile d'insister sur le diagnostic des manifestations de l'iodisme. En ce qui concerne les manifestations cutanées, si les caractères objectifs ne suffisent pas à les spécifier, la notion de cause intervient pour mettre sur la voie du diagnostic.

La même observation est applicable pour les autres accidents.

Il est certain que l'on serait fort embarrassé pour rattacher le syndrome « grippal » ou bien un œdème de la glotte à l'iodisme, si l'on ne savait que le malade a pris de l'iodure. Il sera toujours possible, en cas de doute, de rechercher la présence de l'iode dans les urines, dans la salive, etc. ; avec de l'empois d'amidon et quelques gouttes d'acide azotique nitreux, on obtiendra la réaction bleue caractéristique qui permet de déceler un millionième d'iode libre. (Il faut avoir soin de ne pas employer plus de quelques gouttes d'acide, car, avec un excès de ce réactif, la couleur bleue révélatrice de l'iode disparaît.) On sait que la durée de l'élimination par l'urine varie avec les doses, qu'elle est, en moyenne, de un jour pour les doses faibles, de deux à trois jours pour les doses moyennes, de dix à douze jours pour les doses fortes prolongées.

L'iode s'élimine encore par le mucus nasal et peut donner sur le mouchoir des taches bleues d'iodure d'amidon.

VI

Le pronostic, bénin dans l'immense majorité des cas, est grave dans quelques cas ; la mort peut survenir aussi bien chez des enfants que chez des sujets âgés ; elle peut frapper des sujets sains, mais menace surtout les sujets débilités par l'alcoolisme, les privations, ceux dont les organes de défense (foie, rein) sont altérés, ceux qui sont entachés d'artério-sclérose ; le goitre constituerait une cause prédisposante.

La mort, ainsi que nous l'avons indiqué, peut survenir à la suite d'accidents cutanés (éruptions bulleuses, mycosiques, purpuriques) ; par œdème glottique ou pulmonaire, par paralysie du cœur, par coma.

VII

Traitement. — Lorsque l'iodisme éclate brusquement et se traduit par des accidents, sinon alarmants, tout au moins d'une certaine intensité, il faut, avant tout, *supprimer le traitement*. Cette suppression n'est pas nécessaire lorsque tout se réduit au larmoiement, à un léger coryza ; il suffit habituellement de diminuer de moitié la dose prescrite pour

permettre au malade de franchir la première étape du traitement sans trop d'encombre, la tolérance s'établissant habituellement au bout de quelques jours.

Outre la suppression du médicament, il est indiqué d'instituer le régime lacté qui favorise l'élimination du médicament.

Il n'existe pas de traitement médicamenteux qui permette de combattre efficacement les différentes manifestations de l'iodisme : contre les accidents cutanés, on met en œuvre les médications que l'on emploie habituellement contre chaque variété de dermatose, quelle qu'en soit la cause ; on traitera notamment l'acné par les lotions avec des solutions chaudes de sublimé, par les pommades soufrées, les pâtes au soufre et à la résorcine, etc. Les hémorragies sont justiciables de l'emploi de l'ergotine ; Gaucher a guéri un cas de purpura en administrant de l'extrait de ratanhia. L'œdème pulmonaire exige l'emploi de la révulsion par les ventouses, de la saignée, de l'éther, de l'huile camphrée en injections sous-cutanées. En présence d'un œdème de la glotte rendant l'asphyxie imminente, il faut avoir recours à la trachéotomie.

De traitement préventif de l'iodisme, il n'en n'existe pas à proprement parler, puisque nous ignorons les causes qui prédisposent à son apparition.

Ce que nous savons, c'est que l'iodure s'élimine surtout par les reins, par la peau et la muqueuse nasale, c'est, d'autre part qu'il est d'autant mieux toléré que le tube digestif fonctionne plus régulièrement. Il est donc indiqué d'agir sur les différents émonctoires et de surveiller le fonctionnement de l'appareil digestif.

Tout d'abord, il faut favoriser la diurèse à l'aide de boissons abondantes, et surtout de l'usage du lait ; d'ailleurs, beaucoup de médecins font suivre l'ingestion de chaque dose d'iodure de celle d'un bol de lait, tant pour répondre à cette indication que pour diluer la solution d'iodure et empêcher par ce moyen qu'elle n'irrite l'estomac.

Huchard associe parfois la scille à l'iodure, et Constantin Paul recommandait de faire prendre une tisane diurétique.

Pour atténuer, sinon pour empêcher l'iodisme tégumentaire, on recommande avec raison l'usage des bains répétés qui débarrassent la peau des acides gras provenant de la transpiration, et l'usage des lotions avec des solutions de permanganate de chaux (4 centigrammes par litre).

On a proposé le traitement préventif du coryza iodique par l'acide sulfanilique à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Cet acide servirait à fixer l'acide iodhydrique provenant de la réduction de l'iodure et entraverait la production des accidents iodiques. La réduction de l'iodure serait due à l'acide nitreux naissant, lequel dériverait de la réduction des nitrates de l'organisme par l'acide carbonique. (?)

Toujours dans le but d'éviter des accidents naso-pharyngiens, on a proposé l'usage quotidien de la belladone, à la dose de 5 à 10 centigrammes d'extrait, ou celui de l'atropine à la dose d'un demi à un milligramme. Ce traitement a été employé par M. Aubert (de Lyon). L'immunité persisterait après la cessation de la belladone. Plus récemment, Petges a recommandé cette pratique.

Pour régulariser le fonctionnement de l'estomac et de l'intestin, on a conseillé l'observation d'une diététique sévère, l'usage des laxatifs et des purgatifs à intervalles rapprochés, celui des antiseptiques intestinaux : naphtol, benzonaphtol, bétol, etc. (Féré), enfin et surtout celui du bicarbonate de soude, à la dose de 4 à 6 grammes par jour (Blondel, Soc. de thér., 9 mai 1894).

Le bicarbonate de soude agirait non seulement comme médicament stomacal, mais en tant que modificateur du sang ; le développement d'iode libre serait entravé par l'existence d'un milieu alcalin.

Un grand nombre de médicaments ont encore été associés aux iodiques dans un but préventif, et sans que des raisons bien plausibles expliquent leur emploi ; c'est ainsi que l'arsenic (Lauder Brunton) passe pour favoriser la tolérance de l'iodure. Ricord donnait 5 milligrammes d'arséniate de soude pour 1 gramme d'iodure de potassium ; d'autres l'ont prescrit à doses moins fortes, 1 milligramme seulement par gramme d'iodure. On peut encore ajouter à la solution iodurée autant de gouttes de liqueur de Fowler qu'elle contient de grammes d'iodure. On a attribué également une action préventive à la liqueur ammoniacale anisée.

Citons encore, pour ne rien omettre, le traitement proposé par Riegler. Ce médecin attribue les accidents à l'élimination par les muqueuses de l'iode en nature, qui est chassé de ses combinaisons sodique ou potassique par les azotites de l'organisme. L'acide naphtionique fixant les azotites et permettant à l'iode de rester à l'état d'iodure et de s'éliminer sans incident, il suffirait de prescrire l'acide naphtionique (50 centigrammes par cachet) pour enrayer l'iodisme à ses débuts.

En somme, on ne peut éviter l'iodisme d'une façon absolue, en dépit des quelques moyens préventifs que nous venons d'indiquer. Le moyen le plus sûr pour se mettre en garde contre les susceptibilités individuelles que rien ne peut faire prévoir, c'est de toujours débuter par une faible dose, 50 centigrammes par exemple, que l'on augmentera ensuite graduellement s'il est nécessaire de faire prendre plusieurs grammes par jour.

D'après ce qui a été dit précédemment, s'il n'existe pas *a priori* de contre-indications absolues à l'emploi des préparations iodées, il existe toutefois des circonstances où la médication devra être instituée avec prudence et surveillée de près, et d'autres même où il vaudra mieux s'en abstenir. Chez les brightiques, en raison de l'état du rein ; chez les tuberculeux, pour de multiples raisons, on devra être très circonspect, et chez les artério-scléreux ou les aortiques avec poussées d'œdème pulmonaire, on doit renoncer à la médication par l'iodure : « Toutes les fois que le poumon s'encombre d'œdème par le fait de l'asthénie musculaire cardiaque, que le pouls révèle cette asthénie par sa petitesse, son inégalité, la fréquence de ses intermittences fausses, il faut s'abstenir de toute médication iodurée et même des bromures. L'iode et le brome s'éliminent par la voie bronchique, y superposant l'œdème congestif iodique ou bromique à l'œdème alvéolaire » (Renaut et Mollard).

Chez les goitreux on sera très circonspect dans l'emploi des préparations iodées.

FORMULAIRE

Vaginisme.

Chlorhydrate de cocaïne.	30 centigrammes.
Eau distillée	20 grammes.
Alcool à 90 degrés. . . .	10 —

Pour badigeonnages.

Contre les verrues.

Acide arsénieux	1 gramme.
Onguent cinereum	35 —

Étendre sur un linge ; poser sur la verrue et fixer par

une bande. Abandonner la pommade dès qu'il se produit des excoriations. (Altschul.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1899. — Présidence de M. Pozzi.

La discussion sur le *traitement des hématocèles rétro-utérines* occupe la plus grande partie de la séance. MM. Routier, Potherat, Picqué, Chaput, Lucas-Championnière, Pozzi, Tuffier, Reynier et Delbet y prennent successivement part. M. Hue (de Rouen) rapporte deux observations de *grossesse extra-utérine*. Un cas de *galactocèle chez un jeune homme* est communiqué par M. Kirmisson. M. Picqué fait un rapport sur quelques cas de *chirurgie du rein*. MM. Routier, Demoulin et Berger présentent ensuite des malades.

L'abondance des matières nous force à remettre à lundi les détails.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

432. M. Anglade. Essai clinique de sanatorium de haute altitude à Aubrac (Aveyron). — 433. M. Nicolas. Des souffles du cœur chez les chlorotiques. — 434. M. Got. Gastrite aiguë ulcéreuse. — 435. M. Manto. Traitement de l'hystérie par l'isolement à l'hôpital. — 436. M. Bosvieux. Considérations sur la nature parasitaire de l'eczéma. — 437. M. Eynard. Traitement chirurgical des tuberculoses cutanées. — 438. M. Becue. Contribution au traitement des chéloïdes. — 439. M. Fanier. Introduction à l'étude de la colère chez les aliénés. — 440. M. Warden. L'accouchement provoqué chez les bassins rétrécis. — 441. M. Néret. De la présentation du siège (causes, pronostic, traitement). — 442. M. Subert (Maurice). Des états éléphantiasiques congénitaux. — 443. M. Gauthier. Contribution à l'étude du lymphadénome du testicule. — 444. M. Arroyo. Contribution à l'étude des hémorragies intrapéritonéales par rupture de la trompe dans la grossesse tubaire, et particulièrement de leur traitement. — 445. M. Fabre. Contribution à l'étude des déformations du thorax et des troubles respiratoires, en particulier dans les scolioses. — 446. M. Subert. Le mélanosarcome de la peau. — 447. M. Cousin (Émile). Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde sudorale. — 448. Mlle Listchine. Traumatisme comme cause occasionnelle de l'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne). — 449. M. Simon (L.). Contribution à l'étude des anévrysmes fessiers et à leur traitement par la ligature de l'hypogastrique. — 450. M. Rilhac. Des courants de haute fréquence. Leur emploi en médecine, principalement dans le rhumatisme chronique. — 451. M. Aubry. Du massage de la prostate. — 452. M. Mignon. La bicyclette chez les hernieux. — 453. M. Veillard. Contribution à l'étude des otites du nouveau-né et du nourrisson, des états spéciaux de l'oreille moyenne que l'on trouve à leur autopsie. — 454. M. Lefer. Contribution à l'étude des végétations chez les femmes enceintes. — 455. M. Danel. Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. — 456. M. Reynier. Épiploïte hémorragique. — 457. M. Escuyer. L'épreuve de glycosurie alimentaire au cours des cirrhoses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles préparatoires. — *Tours.* — Par arrêté ministériel, en date du 5 juillet 1899, un concours s'ouvrira, le 8 janvier 1900, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Marine. — M. le docteur Ropert (A.-M.-R.), médecin de première classe, est promu au grade de médecin principal.

Réserve. — M. le docteur Le Texier, médecin principal de la marine en retraite, est nommé au grade de médecin principal dans la réserve.

Académie des sciences. — Par décret en date du 24 juin, le nombre des correspondants de l'Académie des sciences de France, tant nationaux qu'étrangers, est porté de 100 à 116. — Le règlement de l'Académie est modifié en conséquence.

Statistique. — Mortalité à Paris du 25 juin au 1er juillet : 857 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente, 886, et de la moyenne ordinaire de la saison, 862. — La fièvre typhoïde a causé 11 décès, dont 9 dans les hôpitaux. La rougeole, en diminution très sensible, n'en a causé que 18, au lieu de 30 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (25). La scarlatine, 12 décès (moyenne 4), continue à être assez répandue (179 nouveaux cas de maladie), mais peu meurtrière. La diphtérie n'a causé que 6 décès (au lieu de la moyenne 8). La variole n'a causé aucun décès depuis quinze jours. La diarrhée infantile a causé 43 décès d'enfants de 0 à 1 an (chiffre identique à la moyenne). Il y a eu 13 suicides et 20 autres morts violentes.

La peste en Orient. — Le bruit a couru que la peste avait gagné l'île de la Réunion; mais il est heureusement sans fondement. Par contre, il est réel que des cas ont été constatés à l'île Maurice. Par suite du voisinage des deux îles et de l'immigration incessante des coolies indiens, notre colonie se trouve donc exposée à la contamination.

Conférence de La Haye. — Au cours de la dernière réunion de la deuxième commission (règlements de guerre), M. Beldiman (Roumanie) a exprimé le vœu, adopté par la commission, de voir le Conseil fédéral suisse prendre l'initiative de la revision de la Convention de Genève.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Paul Mocquery, étudiant à Dijon, décédé à l'âge de vingt-deux ans.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 78. — MARDI 11 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. MARDI 11 JUILLET 1899. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Paris, le 10 juillet 1899.

La Chambre, avant de prendre ses vacances, vient d'adopter avec diverses modifications de détail et presque sans discussion le projet de loi de M. J. Cruppi sur la réforme des expertises médico-légales. Ce projet que nos lecteurs connaissent déjà (1) aurait mérité, semble-t-il, une attention plus soutenue de la part d'une Chambre qui compte tant de confrères parmi ses membres. Le Sénat, espérons-le, discutera ce projet avec moins de hâte quand il viendra devant lui. Nous aurons alors l'occasion d'y revenir.

Aujourd'hui nous ne saurions mieux faire que de donner les lignes suivantes extraites du très remarquable rapport de M. Motet à la Société de médecine légale.

EXAMEN DU PROJET DE LOI DE M. J. CRUPPI SUR LA RÉFORME DES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

On a beaucoup écrit, dans ces derniers temps, sur les expertises médico-légales; on n'a rien dit que M. le professeur Brouardel, rapporteur de 1884, n'ait signalé déjà; lorsqu'en 1898, la Société de médecine de Paris appelait l'attention des pouvoirs publics et des corps compétents, sur les réformes à apporter aux expertises médico-légales, elle formulait les vœux suivants :

1° Création d'un institut médico-légal;

2° Contre-expertise dès le début de l'instruction ;

3° Non-responsabilité pécuniaire des experts ;

4° Nomination des médecins-experts par la plus haute personnalité judiciaire du ressort ;

5° Création de commissions supérieures de contrôle ;

6° Non-fonctionnarisation des médecins experts.

C'était, sous une autre forme, la plupart des conclusions que vous aviez adoptées vous-mêmes, par lesquelles vous vouliez que se dégageât, en pleine lumière, ce principe d'ordre supérieur : « Que toute réforme du code d'instruction criminelle, visant les expertises médico-légales, devait avoir, comme corollaire obligé, une réforme dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine légale. »

M. le professeur Brouardel concluait ainsi :

« 1° Le projet de réforme des expertises médico-légales, tel qu'il est soumis aux délibérations de la Chambre, est incomplet. Il se borne à établir le principe des expertises contradictoires, sans se préoccuper de la compétence des experts et des moyens de la constater.

2° Les intérêts de la société et ceux des accusés ne seront sauvegardés que si la réforme répond aux nécessités suivantes :

a. Instruction spéciale des experts par un enseignement professionnel approprié.

b. Preuve de cette instruction fournie par un diplôme délivré par le ministre de l'Instruction publique, après examens par les professeurs des Facultés de médecine (diplôme spécial pour les médecins experts et pour les chimistes experts).

c. Choix des experts par les procureurs de la République et les juges d'instruction, sur une liste dressée par les cours d'appel sur présentation des facultés de médecine et des tribunaux.

d. Relèvement des tarifs d'honoraires. Les tarifs actuels sont reconnus par tous insuffisants ; ils le seraient encore davantage quand on aurait imposé aux candidats experts des épreuves de scolarité plus onéreuses, et aux experts eux-mêmes des modifications dans leurs modes opératoires permettant le contrôle de leurs recherches.

e. Création d'une commission scientifique médico-légale supérieure, analogue au tribunal des superarbitres de Berlin, permettant de juger scientifiquement des questions d'ordre exclusivement scientifique, et qui auraient donné lieu à des constestations entre les experts. »

Le projet de M. Cruppi ne nous paraît pas devoir simplifier la question. Il repose tout entier sur le droit nouveau donné à l'inculpé de choisir son expert et nous trouvons fâcheux qu'on donne à l'expertise ainsi constituée le nom d'expertise contradictoire. C'est créer une équivoque, et laisser supposer qu'il pourrait y avoir un expert de l'accusation, un expert de la défense. Nous protestons de toutes nos forces contre ce dualisme qui impliquerait d'emblée cette notion absolument fausse qu'il pourrait y avoir une opinion faite, ou un parti pris dès le début de toute expertise. Deux experts sont choisis, l'un par le juge, l'autre par l'inculpé : ils doivent agir de concert, examiner ensemble l'inculpé, ils ont les mêmes droits, ils ont les mêmes devoirs, ils n'ont à se préoccuper que d'une chose, la recherche de la vérité, nulle influence ne doit s'exercer sur eux, ils doivent oublier, du jour où l'expertise est commencée, quelle est l'origine de leur mandat. Et pour qu'il en soit ainsi, il faut, contrairement à une opinion qui a été soutenue devant nous, que l'inculpé n'ait pas le droit de désigner « son expert » suivant son caprice, suivant sa fantaisie.

Dans la discussion, au Sénat, le 26 mai 1882, sur la réforme de l'instruction criminelle, le principe de l'exper-

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 13 déc. 1898.

tise et de la contre-expertise ayant été acceptée par tous, M. Lenoël demandait que l'inculpé, usant du droit que reconnaît l'art. 305 du code civil, pût, au correctionnel, comme au criminel, rester maître de choisir son expert, qu'il eût une faculté au moins aussi grande qu'en matière civile. M. Dauphin, rapporteur, répondit : « On demande que l'inculpé puisse choisir un expert, n'importe lequel, comme il l'entendra, sans aucune garantie, ni de capacité, ni d'honorabilité; je ne crois pas qu'il soit possible d'aller jusque-là. Nous voulons bien qu'à côté de l'expert de la justice, il y ait un homme sérieux et honnête, qui vienne le contrôler, mais nous ne voulons pas que le premier venu puisse entrer dans la chambre où se fera l'expertise pour venir, je ne dirai pas alors contrôler l'expert de la justice, mais pour le gêner dans ses opérations, je vais plus loin, pour fausser peut-être ses opérations qui sont souvent d'une nature très délicate. Il s'agit de rechercher des poisons, il s'agit de faire sur des cadavres des expériences difficiles. Il n'est pas possible d'y faire participer un homme qui, d'une part, et avant tout, ne soit pas un homme de l'art parfaitement habile et capable, et qui, d'autre part, pourrait chercher à tromper l'autre expert, à le gêner dans ses travaux, et même à en fausser les résultats. »

Et plus loin, il ajoutait : « L'expert ainsi choisi par l'inculpé, même sur la liste officiellement dressée, aura sa mission, il n'y faillira pas certainement : il la remplira honnêtement, tandis qu'il n'en sera peut-être pas de même pour le premier venu, fourni par le hasard ou désigné dans un mauvais dessein. »

M. J. Cruppi s'est certainement inspiré de cette discussion lorsqu'il a rédigé l'art. 1er de son projet de loi qui est ainsi conçu :

Article premier. — La liste de médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises médico-légales devant les Tribunaux, est dressée chaque année pour l'année suivante, par la Cour d'appel, le procureur général entendu, sur la proposition des Tribunaux civils, des Facultés et Ecoles de médecine, de pharmacie et des sciences.

Les professeurs et chargés de cours desdites Facultés, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, dans les villes où siègent des Facultés et Ecoles de médecine de plein exercice, les médecins d'hospices et d'asiles publics d'aliénés feront partie de droit de cette liste.

Les experts seront autant que possible classés par catégories suivant leur spécialité.

La Société de médecine légale ne veut pas faire d'objection à cette liste, bien que le second paragraphe de l'article prête à discussion. Elle demande cependant que les membres de l'Académie de médecine et les membres de l'Académie des sciences y soient ajoutés, et que, suivant l'observation très juste de M. Constant, on s'assure au préalable de l'acceptation de ces savants, de ces médecins, auxquels il serait vraiment excessif d'appliquer l'article 23 de la loi du 22 novembre 1892 : il nous sera bien permis d'ajouter que, si longue que soit cette liste à Paris, elle n'est pas pour répondre à la préoccupation que nous avons rencontrée partout, celle d'assurer, avant tout, l'instruction spéciale des experts, préoccupation dont M. le professeur Brouardel a donné la formule : « Ce n'est pas en associant des incompétences que l'on créera une compétence. » Ce qu'il faut, nous le répéterons encore, c'est faire l'éducation des experts ; aujourd'hui elle n'est que superficielle. Les Facultés ont le droit de créer des enseignements spéciaux ; mais pour que les étudiants les suivent, pour qu'ils leur soient utiles, il faut qu'à la fin de ces enseignements, les élèves donnent la preuve de la compétence qu'ils ont acquise, que leur instruction soit constatée par un certificat de stage. Si on faisait seulement 20 ou 30 titulaires en possession de ce certificat, chaque année, on aurait, en moins de dix ans, un nombre d'experts suffisant pour toute la France.

Avec des experts instruits, c'est-à-dire habitués à procéder avec prudence, à soumettre tout à une analyse sévère, les chances d'erreur seront aussi réduites que possible, et la Société de médecine légale émet le vœu que, « dans la formation des listes annuelles, il soit tenu compte, autant que possible, des certificats spéciaux qui pourraient être délivrés par les Universités, ainsi que des travaux de médecine légale pratique, des écrits des médecins proposés au choix des Cours et des Tribunaux. »

Art. 2. — En vue des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité, le juge d'instruction désigne sur la liste annuelle dressée en conformité de l'article précédent, un expert, ou plusieurs, s'il y a lieu à des recherches scientifiques distinctes.

La désignation dudit ou desdits experts est immédiatement notifiée à l'inculpé, qui a le droit, à tout instant de la procédure, de choisir, sur la liste annuelle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts.

S'il y a plusieurs inculpés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation.

Cet article nous paraît incomplet : il peut y avoir le plus grand intérêt pour la justice et pour l'inculpé, à ce que les constatations soient faites dans le plus bref délai possible; sans entrer dans les détails, nous pouvons signaler la rapidité avec laquelle peuvent disparaître des traces de violences, l'inculpé peut savoir, soit par lui-même, soit par un conseil qui lui sera donné, qu'il a tout intérêt à ne pas se hâter de désigner un expert. Il importe de ne pas lui permettre de différer son choix. Nous proposons d'ajouter à l'article 2 le paragraphe suivant :

« Cette désignation devra être faite dans le délai d'un jour franc à dater de la notification.

Dans le cas où l'inculpé ne répondrait pas dans ce délai, le juge d'instruction nommerait un second expert, comme il est dit à l'article 5. »

Bien que la Société de médecine légale n'ait pas à s'occuper de questions de procédure, il lui sera bien permis de demander comment l'expert choisi par l'inculpé sera prévenu de sa nomination ? Il nous semble qu'il doit recevoir, comme l'expert désigné par le juge d'instruction, une ordonnance, et qu'il doit être invité à prêter serment. L'article 2 ne le dit pas, et nous ne trouvons nulle part mention de cette formalité qui ne peut être négligée.

L'objection la plus sérieuse que nous ayons à présenter à propos de l'article 2, c'est que, quoi qu'on fasse, quelque diligence que les experts puissent mettre à répondre à la convocation, il se passera plusieurs jours avant que les examens médico-légaux puissent avoir lieu, et que dans certains cas les expertises deviendront ou plus difficiles ou impossibles.

Art. 3. — Les experts désignés au paragraphe 1er de l'article 1er peuvent, dans toute affaire, être choisis par le juge et par l'inculpé, s'ils ont leur résidence dans le département.

S'ils ne résident pas dans le département, ils ne peuvent être choisis qu'avec l'autorisation du...

Ici nous nous abstenons de désigner l'autorité judiciaire qui autorisera le choix de l'expert. Nous pensons qu'il n'y a pas lieu pour la Société de médecine légale d'entrer dans la discussion d'une question de procédure.

Les experts inscrits d'office sur la liste et désignés au paragraphe 2 de l'article 1er ne peuvent être choisis que d'un commun accord par le juge d'instruction et par l'inculpé, ou à la demande de l'un d'eux, par ordonnance motivée du...

Le juge d'instruction et l'inculpé, ou l'un d'eux peuvent même désigner leurs experts sur la liste annuelle d'une autre cour d'appel, à la condition toutefois que cette mesure soit autorisée par ordonnance motivée du...

Vous avez pensé qu'il y avait lieu de supprimer le

membre de phrase « qui devra être justifiée par la gravité de l'affaire ». C'est à l'autorité judiciaire qu'il appartient de statuer, après avoir apprécié la valeur des motifs qui seront invoqués, que l'affaire soit grave ou non.

ART. 4. — Les décisions du... rendues en vertu de l'article précédent, ne sont susceptibles ni d'opposition, ni d'appel.

ART. 5. — Si l'auteur du crime ou du délit est inconnu, si le prévenu est en fuite, l'expertise ordonnée par le juge d'instruction devra être confiée au moins à deux experts choisis sur la liste annuelle.

ART. 6. — Il ne peut être procédé aux opérations par un seul expert que dans le cas où l'inculpé, assisté de son défenseur, renonce formellement à l'expertise contradictoire et accepte l'expert désigné par le juge.

Ces trois articles n'ont donné lieu à aucune observation.

ART. 7. — Les experts désignés par le juge d'instruction et le prévenu jouissent des mêmes droits et prérogatives. Ils procèdent ensemble à toutes les opérations, et leurs conclusions sont prises, après délibération, dans un rapport commun.

Nous proposons du supprimer la fin de l'article, « après avoir été discutées contradictoirement. » Nous voudrions pouvoir supprimer le mot « contradictoire » de tout le projet de loi, comme nous voudrions aussi qu'on ne laissât pas persister l'idée qu'il y a un expert de l'accusation, un expert de la défense. Cela ne doit pas exister. nous y insistons de nouveau, il ne peut, il ne doit y avoir, en présence, que deux hommes de bonne foi, recherchant ensemble la vérité, se contrôlant mutuellement, soit, mais s'aidant aussi, sans autre préoccupation que celle d'éclairer la justice. Cette égalité de droits, de prérogatives crée l'égalité de devoirs; mais, aussitôt surgit la nécessité de préparer l'égalité de savoir. Tout nous ramène, Messieurs, dans cette importante question aux considérations générales que nous vous avons présentées au commencement de ce rapport; nous pouvons redire encore que rien d'utile ne sera fait, si, résolument, on ne répond pas par un enseignement officiel aux desiderata du corps médical.

ART. 8. — Si les experts sont d'avis opposé, ils désignent un tiers expert chargé de les départager, soit sur la liste annuelle du ressort, soit avec l'autorisation du..... sur la liste annuelle d'une autre Cour d'appel.

Si les experts ne peuvent s'entendre en vue de cette désignation, la nomination du tiers-expert sera faite par le.....

Nous supprimons le tirage au sort par le président du tribunal qui nous semble une complication, et ne saurait en rien atténuer la difficulté.

ART. 9. — Nonobstant les termes des articles précédents, le procureur de la République ou le juge d'instruction pourront, dans les cas d'urgence, notamment s'ils se sont portés sur les lieux pour constater un flagrant délit, ou si des indices sont sur le point de disparaître, commettre, à titre provisoire, un homme de l'art non inscrit sur la liste annuelle,

L'expert provisoire prêtera serment entre les mains du procureur de la République ou le juge d'instruction; il procédera aux premières constatations, il assurera, s'il y a lieu, la conservation des pièces à expertiser, et dressera du tout un procès-verbal sommaire qui, après avoir été visé par le juge ou le procureur de la République, sera transmis avec tous autres documents aux experts qui seront immédiatement désignés conformément aux dispositions ci-dessus.

Nous aurions quelques observations à faire sur la portée de cet article. Nous nous bornerons à donner un conseil : que les magistrats aient, le moins souvent possible, recours à ces experts provisoires, dont la situation n'est pas nettement définie; qu'ils emmènent plutôt avec eux un expert habitué aux constatations, ils éloigneront ainsi des causes d'erreur, des oublis, et rendront plus sûre l'expertise définitive.

ART. 10. — Nous proposons l'addition de l'article suivant :

Les frais de l'expertise, qu'il s'agisse de l'expert désigné par le juge d'instruction, ou de l'expert choisi par l'inculpé, seront taxés comme frais de justice.

Les médecins-experts appelés à déposer devant les cours et les tribunaux à l'occasion des opérations médico-légales auxquelles ils auront procédé, seront toujours considérés comme experts et ne seront jamais assimilés aux témoins.

ART. 11. — Les art. 43, 44 et 59 du Code d'instruction criminelle sont abrogés en ce qu'ils ont de contraire à la présente loi.....

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le très remarquable rapport de M. Thoinot, sur la **propagation de la fièvre typhoïde à Paris par l'eau de source**, a provoqué une discussion intéressante à laquelle prirent part successivement MM. Antony, Chantemesse, Thoinot, Widal, etc.

M. Antony cite cet exemple, qui a la valeur et la portée d'une expérience de laboratoire, de deux régiments de Besançon, casernés dans des locaux voisins alimentés par la même eau, et dont l'un présenta de nombreux cas de fièvre typhoïde alors que l'autre restait indemne. Une enquête minutieuse expliqua cette apparente anomalie : dans un des régiments, les hommes ne buvaient que du thé; dans l'autre, ils buvaient l'eau d'une source contaminée.

Pour M. Chantemesse, tout est à peu près pour le mieux dans le meilleur des mondes; il pense que si, théoriquement et pratiquement, on peut amener constamment de l'eau pure aux habitants d'une petite cité, cela devient singulièrement difficile quand il s'agit d'une grande agglomération d'habitants comme Paris. On est obligé de subvenir à de très gros besoins, et forcément les eaux sont polluées. Les bons ingénieurs ne sont pas coupables, ils font de leur mieux (et tout le monde sait qu'aux ingénieurs rien ne saurait échapper!). On leur demande de l'eau; il ne faudrait pas pousser la prétention jusqu'à leur demander de l'eau propre!

Pour M. Chantemesse, le remède au mal n'est pas dans l'hygiène, il est dans la chimie.

La fièvre typhoïde existera jusqu'au moment où les chimistes (dont jamais les expériences ne ratent, on le sait) auront trouvé le moyen, sur la trace duquel ils sont, de fabriquer de l'eau de toutes pièces. Il faut espérer qu'ils la fabriqueront pure! Souhaitons cet âge d'or, mes frères; mais j'ai bien peur qu'il ne soit arrivé ni demain, ni la semaine prochaine. J'imagine aussi que, lorsqu'il s'agira de fabriquer de l'eau, chimiquement, pour une ville comme Paris, on rencontrera quelques petites difficultés! Enfin!

M. Thoinot n'est pas convaincu. Il ne voit pas pourquoi les grandes villes doivent fatalement être vouées aux coups constants de la fièvre typhoïde. Il ne saurait oublier qu'au moment où il s'est agi de capter les sources de l'Avre, on savait que l'eau était impure, et qu'on aurait peut-être pu éviter de la diriger sur les Parisiens.

Je crains que M. Thoinot ne soit pas assez convaincu de l'infaillibilité des ingénieurs. Cela est très mal!

En attendant, la fièvre typhoïde existe à Paris depuis le commencement de l'année. M. Rendu démontre, chiffres en mains, que les cas en sont quatre fois plus nombreux que pendant le premier semestre de l'année précédente. Or, il faut incriminer, dans la production de ces cas sur la rive gauche, les eaux de source; et il paraît avéré que les eaux de la Vanne, de l'Avre et de la Dhuys se valent à peu près au point de vue de la dothiénentérie.

Chose curieuse, quand elles restent isolées, elles sont re-

lativement inoffensives; quand on les mélange, elles deviennent dangereuses.

On pourrait imaginer qu'il est dès lors un moyen assez simple : c'est d'éviter ce mélange.

Mais les ingénieurs veillent sur la sécurité des Parisiens!

Il fallait s'y attendre! les femmes ne savent qu'inventer. M. Lermoyez communique l'observation curieuse d'une **jeune fille qui est réglée par l'oreille droite.** (Les gens peu sérieux qui ont dit que les enfants pouvaient se faire par l'oreille, ne sont peut-être pas si mal avisés.)

Dans ce cas, la nature de l'hémorragie auriculaire n'est pas douteuse. Ce sont bien des règles précédées d'un véritable molimen régional qui en accentue le caractère.

Le siège de l'hémorragie est le conduit auditif droit qui saigne par ses parois. Le tympan est intact. Les vaisseaux cutanés du conduit sont très dilatés, ce qui laisse à penser que l'hémorragie se fait par rupture de ceux-ci, favorisée par une excessive dilatation.

Dans le cas particulier, on ne trouve aucun stigmate d'hystérie.

M. Voisin présente deux fillettes atteintes de **démence paralytique survenue après des accès d'épilepsie en série.** Au moment des crises épileptiques, le réflexe plantaire se fait en extension; aussitôt après l'attaque, il redevient normal.

MM. Widal et Lesné apportent une observation d'**adénie cervicale avec éosinophilie.**

M. Antony présente un malade atteint d'une affection des mains simulant le **rhumatisme fibreux** et M. Merklen cite deux observations de névralgie intercosto-brachiale dont le diagnostic fut singulièrement facilité par la radioscopie, montrant dans un cas un anévrysme de l'aorte thoracique, dans le deuxième cas un abcès par congestion dû à un mal de Pott dorsal.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

L'Ecthol.

Par le docteur P.-L. Lectoure.

On parle beaucoup, en ce moment, dans le monde médical américain, d'un nouveau médicament : l'*Ecthol*.

Il ne s'agit pas là d'un de ces innombrables produits que la chimie enfante journellement, que l'on essaye d'après des conceptions théoriques plus ou moins exactes, et qui passent comme des météores.

L'*Ecthol* est constitué par les principes essentiels de deux plantes dont les propriétés thérapeutiques, pour avoir été découvertes empiriquement, n'en sont pas moins incontestablement établies. C'est un médicament sûr, qui a fait ses preuves et qui restera dans la pharmacopée.

Les deux plantes, dont les principes actifs sont contenus dans l'Ecthol, sont le *thuya* et l'*echinacea*.

Les propriétés antipurulentes du thuya sont établies depuis trop longtemps pour qu'il soit nécessaire d'y insister, et nous rappellerons seulement que le docteur J.-R. Leaning, dans ses travaux consacrés à l'étude des maladies cancéreuses, établit à nouveau que la teinture de thuya tarit la suppuration et accélère la guérison.

S'il est inutile de s'arrêter sur l'action du thuya, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'echinacea, dont l'acquisition thérapeutique date d'hier.

L'*echinacea angustifolia* est une plante qui croît dans l'Amérique du Nord, dans les États de l'Est, à partir de la Pensylvanie. Elle a été introduite dans la pratique médicale par le docteur Meyer, qui gagna à sa cause le professeur John King. Le premier de ces médecins, séduit par l'action puissante de l'échinacea dans les toxémies, en avait fait une panacée universelle.

Il convient de dire que l'emploi ultérieur du médicament a, dans une certaine mesure, donné un corps aux assertions à peine croyables de Meyer.

A l'heure actuelle, l'echinacea rend les plus grands services dans les maladies infectieuses, dans les suppurations, dans les plaies septiques, dans les morsures d'insectes et de serpents, dans les affections cutanées avec infection, dans les catarrhes muqueux chroniques, etc. Ces assertions sont appuyées des noms de Goss, de Parker, de Hayes, de Webster, de Shelley, de King, de Snyder, de Farnum, de Russel, de Ellingwood, de Felter, etc.

Ce rapide résumé des propriétés de l'echinacea est suffisant pour montrer combien elles se rapprochent de celles du thuya, tout en ayant une plus grande intensité d'action et plus d'applications. Aussi les thérapeutes avisés devaient chercher à combiner les principes actifs du thuya et de l'echinacea. C'est ce qu'ont fait MM. Battle et Cie, et ils ont donné à ce produit le nom d'*Ecthol*.

Ce que vaut ce nouveau produit, le docteur Villard H. Moor nous le dit en ces termes : « L'Ecthol représente et contient les principes actifs du thuya et de l'echinacea.

Le thuya a besoin d'un adjuvant. Combiné à l'echinacea, il ne perd aucune de ses propriétés, qui ne sont en rien modifiées, mais plutôt activées. Enfin, l'echinacea donne au thuya une constance d'action que ne possède aucun extrait, aucune teinture. »

Nous n'ajouterons qu'un mot, l'Ecthol est le plus puissant des « antipurulents », des « antisuppuratifs », et nous l'établirons par des faits aussi nombreux que probants dans une prochaine étude.

FORMULAIRE

Stomatite aphteuse.

Borax	1 gramme.
Eau distillée	70 —
Miel rosat	10 —

Pour gargarisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1899. — Présidence de M. Pozzi.

DISCUSSION SUR LES HÉMATOCÈLES RÉTRO-UTÉRINES

M. Routier rapporte l'observation d'une malade chez laquelle il avait diagnostiqué une grossesse extra-utérine. Cette malade se mit à avoir de la fièvre. M. Routier abandonna alors son premier diagnostic pour porter celui de collection purulente. Il fendit le cul-de-sac postérieur et donna issue à des caillots et à un fœtus, c'était donc le premier diagnostic qui était le bon. La malade eut une hémorragie qui l'obligea à pratiquer, séance tenante, la laparotomie pour faire la ligature de la trompe. A la rigueur, cette hémorragie aurait pu être arrêtée par un simple tamponnement. Cette malade a d'ailleurs guéri. En somme, M. Routier reste laparotomiste pour les grossesses extra-utérines; mais il opère les hématocèles rétro-utérines par la voie vaginale.

M. Potherat a adopté la formule qui a été défendue par MM. Bouilly et Segond; c'est-à-dire qu'il préfère la laparotomie pour les grossesses extra-utérines, tandis qu'il réserve la colpotomie postérieure pour l'hématocèle rétro-utérine. M. Reynier n'est pas de cet avis et préconise la laparotomie pour tous les cas. Dans un cas, il a fait la laparotomie et il a eu une hémorragie; dans un autre cas il a fait la laparotomie latérale, et il a dû faire ensuite, comme dans le premier cas,

une laparotomie médiane secondaire. Si l'on devait se baser sur ces deux faits, il est difficile de dire laquelle des deux méthodes est préférable. Ces observations sont, en somme, la confirmation de l'opération qui a été soutenue par MM. Bouilly et Segond. M. Potherat discute les deux cas rapportés par M. Reynier, et s'applique à démontrer que, dans ces deux cas, M. Reynier aurait dû porter le diagnostic de grossesse extra-utérine, et faire d'emblée la laparotomie.

M. PICQUÉ appuie l'opinion soutenue par MM. Routier et Potherat, à savoir que la laparotomie convient à la grossesse extra-utérine, tandis que la colpotomie reste l'opération de choix pour l'hématocèle rétro-utérine.

M. CHAPUT dit que l'incision vaginale est généralement bénigne et efficace. Les malades saignent peu. Il y a des cas, cependant, où l'hémorragie est assez grave pour nécessiter la laparotomie. M. Chaput cite le cas d'une malade à laquelle il avait fait la colpotomie et qui eut une hémorragie secondaire mortelle. A l'autopsie, on trouva une grossesse extra-utérine qui s'était rompue. En somme, en général, la colpotomie est une bonne opération et, quand elle donne une hémorragie, celle-ci peut être facilement arrêtée par le tamponnement. Mais il faut bien savoir que, dans certains cas, l'hémorragie est assez sérieuse pour nécessiter une laparotomie immédiate. Parfois même, après la laparotomie, ces hémorragies sont encore assez difficiles à arrêter par l'abdomen.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage complètement l'avis de M. Reynier, et déclare, qu'après les difficultés qu'il a rencontrées, il n'ouvre plus jamais, de gré, une hématocèle rétro-utérine par le vagin. Il considère la laparotomie comme nettement et toujours indiquée dans ces cas. Il ne croit pas, d'ailleurs, à la bénignité de l'incision vaginale comparée à la laparotomie qui, dans ces cas, n'est pas moins bénigne.

M. POZZI n'a jamais eu le moindre accident dans des interventions par le vagin. Il a vu, parfois, du sang rutilant et assez abondant venir après le sang noir et les caillots, mais des injections très chaudes et un tamponnement bien fait, avec la gaze iodoformée, ont eu toujours raison de ces hémorragies. Il faut, autant que possible, explorer la poche pour s'assurer s'il ne reste pas de débris de placenta, et, s'il en reste, il faut les extraire. On doit procéder à ce décollement en prenant les plus grandes précautions. En somme, la colpotomie est très supérieure à la laparotomie pour toutes les tumeurs pelviennes. Cela se comprend, si on veut bien se rappeler qu'il se fait généralement, dans ces cas, une séquestration providentielle; que l'ablation par le vagin est alors un mode de guérison naturel, c'est-à-dire que, lorsqu'on agit par le vagin, on agit dans le même sens que la nature. En opérant par la laparotomie, on court plus de risques qu'en opérant par le vagin.

M. TUFFIER croit qu'il faut établir des distinctions entre les diverses variétés de grossesses extra-utérines. S'agit-il de grossesses encore vivantes, il fait agir par la laparotomie. S'agit-il de grossesses mortes, il faut intervenir par le vagin. De même, pour les hématocèles anciennes ou infectées, c'est par l'incision vaginale qu'il faut agir. Quand il s'agit de cas récents ou aigus, c'est à la laparotomie qu'il aura recours.

M. REYNIER répond à M. Pozzi qu'il veut bien croire qu'il n'a jamais eu d'accidents, mais mille faits négatifs ne valent rien contre un seul fait positif. Bien qu'en dise M. Pozzi, il est des cas dans lesquels le tamponnement serait insuffisant. Quant au placement d'une pince par le vagin, dans ces cas, il peut être fort difficile et on peut être exposé à pincer l'intestin.

M. Potherat a donné à M. Reynier une leçon de diagnostic; mais M. Reynier répond à M. Potherat que c'est précisément là qu'est la difficulté; il n'est pas toujours facile, ni même possible de diagnostiquer une grossesse extra-utérine et la différencier d'une simple hématocèle péri-utérine? Or, chaque fois qu'il ferait l'incision du cul-de-sac postérieur; il craindrait à l'avance de tomber sur une grossesse extra-utérine. C'est pourquoi il aime mieux faire d'emblée la laparotomie. Les cas d'hémorragies graves ne sont pas si rares qu'on veut bien le dire. M. Reynier connaît deux exemples dont il ne veut pas citer les auteurs, et dans lesquels les malades sont mortes d'hémorragies. M. Reynier est de l'avis de M. Lucas-Championnière quand il dit que la laparotomie n'est pas aussi grave qu'on l'a dit. M. Reynier n'a jamais eu d'accidents par la laparotomie n'est pas aussi grave qu'on l'a dit. M. Reynier n'a jamais eu d'accidents par la laparotomie, sauf dans deux cas d'inondation péritonéale. Quant aux pinces, elles sont bien plus difficiles à placer par le vagin que par l'abdomen.

M. DELBET estime que toute rupture péritonéale de grossesse extra-utérine doit être opérée par la laparotomie, que toute grossesse extra-utérine encore vivante doit être opérée par la laparotomie. Cela étant dit, il ne reste donc plus à opérer par le vagin que les petites hématocèles rétro-utérines qui, le plus souvent, se résorbent d'elles-mêmes.

M. POZZI répète qu'on doit aborder par le vagin tous les cas d'hématocèles constituées, anciennes. Il ne nie pas qu'on puisse avoir des accidents et alors on y pare en faisant la laparotomie comme l'a fait M. Reynier. M. Pozzi ferait de même.

M. HUE (de Rouen) communique deux observations de grossesse extra-utérine s'étant ouverte dans la vessie et ayant nécessité la cystotomie sus-pubienne; dans les deux cas, après l'ouverture de la vessie, il a trouvé un lithopédion qui était devenu le point de départ d'un gros calcul.

COMMUNICATION

Galactocèle. — M. KIRMISSON rapporte l'observation d'un grand garçon de treize ans qui, à la suite d'un coup de balle dans une partie de foot-ball, présentait une petite tumeur limitée et fluctuante du sein. Il était évident que la tumeur participait à la glande mammaire. Le médecin traitant croyait à un kyste hématique. M. Kirmisson fit une ponction; il sortit du lait. Il s'agissait d'un galactocèle.

RAPPORTS

Chirurgie du rein. — M. PICQUÉ fait un rapport sur deux observations adressées l'une par M. Martin (de Rouen), l'autre par M. Delagenière (de Tours). Dans la première, il s'agissait d'une hydronéphrose que M. Martin a opérée par la voie transpéritonéale. M. Picqué fait observer qu'il eût été préférable de recourir à la voie lombaire. En outre, la néphrectomie devient une opération de plus en plus rare, et la néphrotomie aurait pu suffire dans ce cas.

Dans la seconde observation, adressée par M. Delagenière, il s'agissait d'un épithélioma kystique du rein, simulant une hydronéphrose intermittente. M. Delagenière se proposait de faire la néphropexie, croyant d'abord à un rein ectopié, puis il dut faire l'extraction du rein.

Phlegmon urineux. — M. PICQUÉ fait un autre rapport sur une observation adressée par M. Delamarre et consécutive à une rupture de la vessie.

PRÉSENTATIONS

Kyste hydatique. — M. ROUTIER présente un malade qui a été opéré trois fois par M. Hartmann d'un kyste hydatique du foie. M. Routier a fait, pour la quatrième fois, la laparotomie pour un kyste récidivé dans la cicatrice et il a dû faire, en outre, la cholécystectomie.

Fistule de l'ouraque. — M. MONOD présente un enfant qu'il a opéré d'une fistule de l'ouraque. Il a dû faire une

résection totale du trajet ouraquien avec ouverture de la partie supérieure de la vessie, qu'il a dû suturer ensuite.

Luxations isolées des os du carpe. — M. BERGER montre une radiographie représentant une luxation du sinus lunaire, et ajoute quelques réflexions sur cette variété rare de luxation dont les symptômes principaux sont la main en griffe et la paralysie dans le domaine du nerf cubital.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1).

Par le docteur A. CORLIEU.

II

Guy Patin est né le vendredi 31 août 1601, au hameau de La Place, de la paroisse de Hodenc-en-Bray, à quatre lieues à l'ouest de Beauvais. Son père fut son premier maître. Il fit ses études latines au collège de Beauvais, et les termina au collège de Boncourt, sur l'emplacement duquel sont situés aujourd'hui les bureaux de l'École polytechnique. Il se présenta au baccalauréat en médecine, le 30 mars 1624, sous la présidence d'Elie Beda Des Fougerais, fut ajourné, se représenta le 16 octobre et fut reçu.

Le 19 décembre 1624, il soutint sa thèse quodlibétaire sur ce sujet : *Est ne feminæ in virum mutatio ἀδύνατος?* (Le changement de la femme en homme est-il impossible ?) Il soutint l'affirmative (2).

Le jeudi, 27 novembre 1625, sous la présidence de François Mallet, il soutint sa thèse cardinale sur ce sujet : *An prægnanti periculosi laboranti abortus?* Il soutint la négative.

Le 15 juin 1626, il subit les examens de la licence et soutint son argumentation sur ce sujet, sous la présidence de Denis Guérin : *Daturne certum gaviditatis indicium ex urinâ?* Il soutint la négative. On ne connaissait pas alors la kyestéine, décrite pour la première fois par Nauche, et qui a été l'objet d'un travail du docteur Eguisier, en 1842, sur ce sujet : « Du diagnostic de la grossesse par l'examen de l'urine. » Guy Patin fut admis le onzième et dernier.

L'acte de Vespéris fut fixé au 30 septembre 1627, et l'argumentation eut lieu sur cette double question :

An cathartica { *conservent* / *corrumpant* } *naturam?*

Dans sa thèse de doctorat, qui fut soutenue le 7 octobre 1827, Guy Patin traita cette question :

An cathartica { *expulsione* / *attractione* } *agant?*

Dans le dernier acte ou acte pastillaire, qui eut lieu le 13 décembre 1627, la question suivante fut discutée :

An furori uterino { *elleborismus?* / *mentha?* }

Toutes les formalités (3) avaient été remplies : il ne manquait plus à Guy Patin pour être inscrit au Catalogue des docteurs régents, que de faire acte de régence, c'est-à-dire de présider, hors tour, une thèse quodlibétaire, celle de Georges Jourdouyn : *Utrùm* μετρομανία *balneum?* ce qui eut lieu, le 16 décembre 1627.

Il a été élu professeur de chirurgie en 1632.

Nous n'avons pas à raconter tous les déboires qu'eut à subir Guy Patin dans sa vie privée, les soucis que lui causèrent sa fille, son second mariage qui ne fut pas très heureux, ses luttes avec Théophraste Renaudot.

Guy Patin avait été nommé lecteur et professeur au Collège de France, en 1654, à la démission de Riolan.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 696.
(2) *Commentaires*, t. XII, p. 115.
(3) Pour toutes ces formalités, voir CORLIEU : *L'ancienne Faculté de médecine*, 1877, p. 35 à 89.

Il est mort dans son domicile de la rue du Chevalier-du-Guet, le mercredi 30 mars 1672, à onze heures du soir, le septième jour d'une pneumonie. Le doyen J.-B. Moreau, dans les *Commentaires*, ne lui consacre que cette ligne : *Nulla, quod miror, de eximii viri ingenio mentio reperitur* (1).

La lettre de faire part du décès est ainsi conçue (2) :

« Vous estes priez d'assister au convoy, service et enterrement de défunt noble homme, Me Guy Patin, conseiller médecin, lecteur et professeur du Roy au Collège royal de France, décédé en sa maison ruë du Chevalier-du-Guet; qui se fera vendredi, premier jour d'avril 1672, à unze heures précises du matin, en l'église Saint-Germain-Lauxerrois, sa paroisse, où il sera inhumé. Les dames s'y trouveront, s'il leur plaist.

« Un *De profundis.* »

Chose bizarre, Théophraste Renaudot est mort le samedi 25 octobre 1653, dix-neuf ans avant Guy Patin, et les deux ennemis ont été inhumés dans la même église. Leurs tombes n'existent plus et nos recherches ont été infructueuses. Guy Patin avait écrit que son rival était mort « gueux comme un peintre » (3). Il n'est pas mort plus heureux.

Il existe plusieurs portraits de Guy Patin. Le meilleur que nous connaissions est celui qu'a peint Antoine Masson, et qui est au foyer des professeurs de la Faculté.

Le docteur Larrieu a cherché à élucider, dans sa thèse inaugurale (1889), la question controversée des armes de Guy Patin. Guy Patin, paraît-il, se servait, pour ses lettres, de trois cachets différents, et le docteur Larrieu admet que notre auteur portait *d'azur à un chevron d'or, accompagné en chef de deux étoiles d'argent, et en pointe d'un gant dextre, aussi d'argent, la paume tournée en dehors.* D'après l'éditeur des lettres à Falconnet, Guy Patin aurait dit dans une lettre, dont l'original est perdu, que le champ est de *gueules.* Il n'y aurait de changement que dans l'émail, de *gueules* (rouge) au lieu d'*azur* (bleu). (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 18 JUILLET 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 17 JUILLET 1899, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Potain, Dupré et Méry; — (2e série) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 18 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* : MM. Troisier, Vaquez et Launois; — M. Teissier, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Banquet Ladreit de Lacharrière. — Jeudi dernier a eu lieu au pavillon d'Armenonville, le banquet offert à M. Ladreit de Lacharrière par ses élèves et ses amis à l'occasion de sa retraite. M. Cazelles, conseiller d'État, présidait. Parmi les assistants un grand nombre de dames, dont Mme de Lacharrière, les docteurs Jullien, Despagnet, Buret, Brossard, Suarez de Mendosa, de Villeprand, Richelot, Dubuc, Picqué, Joffroy, Galezowski, Bezançon, de Pezzer, Apostoli, Albert Weil, Antonelli, d'Heilly. MM. Vigier, Gaston Roullet, Gaudry, de l'Institut, colonel Gervais, etc.

Après un toast chaleureux de M. Cazelles, M. Jullien a prononcé un discours très applaudi, que nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire *in extenso*, la place nous faisant défaut.

Au nom de la Société de médecine de Paris, au nom de tous les amis présents et absents, M. Jullien a rendu hommage au Maître aimé, au sociétaire fidèle et actif de la Société de médecine de Paris, au Président inoubliable qui l'a représentée vis-à-

(1) T. XV, p. 533.
(2) Biblioth. Fac. méd., Mss. 237.
(3) Lettre du 12 nov. 1653.

vis des notabilités de France et de l'étranger avec un incomparable éclat, lors de son centenaire.

« Aujourd'hui vous prenez votre retraite, non pas de la Société, cela vous coûterait, j'en suis sûr, autant qu'à nous, mais de l'Institution où pendant quarante ans vous avez servi avec un égal dévouement les malheureux et la science. Sur les motifs de cette retraite, je ne suis point sourd, mais j'ai promis d'être muet. Il me sera pourtant permis de faire remarquer qu'il est parfois dangereux d'être appelé trop longtemps le juste, de donner à tous l'exemple d'un noble caractère et d'une droiture citée partout. »

Puis M. Jullien a offert à M. de Lacharrière une médaille d'or, hommage d'amis fidèles. Un charmant concert a terminé la soirée.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire, aura lieu le mardi 12 décembre prochain, à deux heures et demie. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Hygiène. — Le docteur Bard (de Lyon), à la suite d'expériences sur des cobayes, est arrivé à cette conclusion que les lampes dites fumivores ne sont pas hygiéniques. Si les produits de cette combustion ne sont pas toxiques, ils sont certainement très irritants et nuisibles. L'autopsie des cobayes ayant succombé après un temps plus ou moins long, a en effet révélé des lésions de bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Sénac (de Cours); Mallet (d'Olby, Puy-de-Dôme); Verdureau (de Patay); Labat (de Minzac); Maugras (de Corcelotte-en-Montagne). — MM. Chatenier et Auréas, étudiants à Montpellier.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juillet au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie n'a jamais tant travaillé que depuis qu'elle a décidé de prendre des vacances. Il semble qu'elle veuille s'appliquer à les justifier. Cette séance, en effet, a été particulièrement chargée, et plusieurs discussions sont ouvertes.

M. Rendu a rapporté, en détail, une intéressante observation qui soulève plusieurs questions importantes. Il s'agit d'une jeune femme de dix-neuf ans, présentant les stigmates d'**hérédo-syphilis** (développement anormal des os, de la mâchoire, des dents, rétrécissement mitral), qui fut atteinte d'un chancre induré typique suivi d'accidents secondaires non douteux.

Cette observation de M. Rendu nous a valu l'intervention de M. Fournier qui, dans le langage net et élégant dont il est coutumier, nous a fait connaître exactement l'état actuel de cette grave question de l'hérédo-syphilis. Il y a, dit-il, deux hérédités syphilitiques : la vraie syphilis transmise par le père ou la mère à l'enfant; les accidents que présente l'enfant sont les mêmes que ceux qu'a présentés son père ou sa mère; c'est, en un mot, la syphilis vraie. Il y a une autre hérédité dans laquelle le père ou la mère syphilitique transmet à l'enfant des conditions pathologiques particulières n'ayant rien à voir avec la syphilis elle-même, n'ayant avec elle aucun rapport; c'est ce que M. Fournier a appelé l'hérédité dystrophique, ce qu'on a appelé aussi l'hérédité parasyphilitique. Ces conditions pathologiques n'ont rien de commun avec la syphilis; c'est un état assurément complexe et variable, se traduisant soit par de l'infantilisme, soit par du rachitisme, soit par des malformations du crâne, de l'hydrocéphalie, de la microcéphalie, du nanisme, de la polydactilie, du pied-bot, des monstruosités, etc., en un mot par une dégénérescence quelconque. Or, toutes ces manifestations dystrophiques n'ont rien de syphilitique, et la preuve c'est que ceux qui en sont atteints peuvent contracter une syphilis personnelle. Jusqu'ici, ces différents états ont été confondus; ils peuvent être associés ou dissociés, et M. Fournier fournit ici plusieurs exemples. C'est dans cet ordre de faits que doivent rentrer également les lésions cardiaques dont vient de parler M. Rendu. On a signalé aussi la prédisposition aux avortements chez les hérédo-syphilitiques. M. Fournier insiste particulièrement sur cette influence fœticide de la syphilis, et M. Pinard doit reprendre cette question dans la prochaine séance.

A ce sujet, si bien développé par M. Fournier, M. Panas a pris la parole pour rappeler qu'il y a trente ans il a soutenu que la kératite hérédo-syphilitique avec la dent d'Hutchinson n'avait pas une vraie signification syphilitique et qu'on n'avait pas le droit d'accuser, dans ces cas, les parents d'avoir transmis la syphilis à leurs enfants. M. Panas avait proposé d'appeler cette kératite une kératite cachectique; M. Fournier a proposé l'épithète de dyscrasique, que M. Panas, d'ailleurs, n'a pas hésité à accepter.

La discussion est donc ouverte sur cette importante question de l'hérédo-syphilis qui intéresse tous les praticiens et qui est souvent hérissée de tant de difficultés.

Voilà plusieurs fois que M. Berger entretient l'Académie de la **rhinoplastie par la méthode italienne modifiée.** M. Berger l'a si bien perfectionnée qu'il en obtient des succès de plus en plus remarquables. Il a présenté, dans cette séance, quatre malades sur lesquelles il a procédé à la réparation de pertes de substances étendues du nez par la méthode de Tagliacozzi modifiée. On sait que celle-ci consiste à restaurer le nez au moyen d'un lambeau emprunté au bras et laissé adhérent à son point d'origine par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion à la région sur laquelle on le transplante.

Les destructions dont M. Berger a obtenu la réparation avaient été produites par un lupus, par des lésions syphilitiques tertiaires, par des brûlures; les parties détruites étaient le lobule, la plus grande partie des ailes et la sous-cloison. Le résultat obtenu a été bon, et dans un cas presque parfait.

M. Berger insiste sur les indications de ce procédé de rhinoplastie et sur sa technique. Son principal inconvénient est la nécessité de fixer le bras à la tête et de maintenir la permanence de cette attitude pendant plusieurs jours. Les perfectionnements que M. Berger a introduits dans les appareils destinés à obtenir cette fixation la rendent moins pénible, mais est toujours fatigante.

La méthode italienne convient aux jeunes sujets et surtout aux enfants qui supportent à merveille cette immobilisation ; elle est moins bien tolérée et d'un résultat moins sûr chez les adultes.

Elle présente, d'autre part, sur la méthode indienne (lambeau frontal), l'immense avantage de ne pas aggraver, par de nouvelles cicatrices, les déformations existantes, c'est à elle qu'il faut donner la préférence chez l'enfant et chez l'adolescent dans presque tous les cas.

Tous les détails du procédé opératoire doivent être minutieusement étudiés et fixés à l'avance : tout changement apporté au plan de l'opération, au cours même de celle-ci, est en général fâcheux.

La fixation du membre supérieur à la tête doit être maintenue une huitaine de jours au moins ; la section prématurée du pédicule du lambeau expose celui-ci à la gangrène, et même, s'il résiste, à une rétraction graduelle ou à une vitalité insuffisante. Cet inconvénient a été très marqué chez une des opérées présentées par M. Berger et chez laquelle il fallut procéder à la section du pédicule du lambeau dès le quatrième jour.

Enfin, il faut savoir que la transplantation d'un lambeau cutané, emprunté au bras, sur la région nasale, n'est que le premier temps de la restauration ; elle fournit au chirurgien la matière dont il se servira pour cette restauration, qui doit être le but d'opérations complémentaires multipliées. Celles-ci varient essentiellement avec l'étendue et le siège des déformations qu'il s'agit de réparer.

M. Hervieux communique à l'Académie une note sur la **variole en Indo-Chine.** Cette note a pour but d'appeler l'attention sur la nécessité d'organiser dans cette colonie un système sérieux de défense contre le fléau variolique.

En s'appuyant sur un certain nombre de citations empruntées à divers auteurs, et notamment au docteur Simond, directeur de l'Institut Pasteur de Saïgon, M. Hervieux a tracé le tableau lamentable des ravages causés par la variole en Indo-Chine, mais surtout dans les territoires où la vaccination n'est pas régulièrement assurée ; tous les enfants atteints par la variole, qui détermine plus des deux tiers de la mortalité infantile, 90 p. 100 des adolescents portant des stigmates de cette maladie, qui compte encore pour neuf dixièmes parmi les causes de cécité. Dans le Laos en particulier, il ne resterait plus, après une épidémie variolique grave, que les vieillards et quelques adultes. Tous les enfants seraient enlevés, et il resterait si peu de jeunes filles, que les jeunes hommes seraient obligés d'aller chercher leurs femmes dans le Siam. Dans de telles conditions, en se plaçant au double point de vue humanitaire et économique, une mesure importante s'impose, c'est l'organisation d'un service médical, fortifié par la vaccine obligatoire.

M. Vidal (d'Hyères) a fait connaître les résultats très encourageants obtenus dans le sanatorium Alice-Pagniez à Hyères, au point de vue du traitement de la tuberculose au début.

Signalons enfin une communication fort intéressante et très documentée de M. Lereboullet, sur l'emploi des **injections sous-cutanées de sérum de lait.** Cette méthode est employée déjà depuis un certain temps par M. Gimbert (de Cannes), dans le traitement de la tuberculose. A ce point de vue, M. Lereboullet fait de sages réserves et déclare, avec raison, qu'il faut attendre un temps assez long avant de se prononcer sur la plus ou moins grande efficacité de cette méthode chez les tuberculeux. Mais M. Lereboullet y a eu recours dans une foule d'autres états, et il en a obtenu des résultats tellement probants, qu'il a cru devoir les porter à la tribune de l'Académie.

Voici la façon d'obtenir ce sérum : on trait une vache, on coagule le lait et on obtient le petit lait qui est filtré, le coagulum est desséché à l'étuve, pulvérisé, puis mélangé à du carbonate de chaux ; on le laisse macérer deux ou trois heures avec le sérum de lait, on le filtre, on le stérilise à l'autoclave et on l'additionne d'un peu d'acide phénique pour la conservation. M. Lereboullet s'est servi d'un sérum préparé par M. Dumouthiers, il a obtenu de bons résultats avec des injections de 5cc, chez un malade atteint de pemphigus chronique, et dans des affections accompagnées d'anémie et de débilité.

Son emploi est contre-indiqué chez les albuminuriques, où il peut produire une réaction grave.

UN CAS DE TÉTANOS GUÉRI PAR LE LAVAGE DU SANG

(SAIGNÉES ET INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SÉRUM ARTIFICIEL)

Par le docteur CAILLAUD,
Médecin de l'hôpital Linard, à Saint-Germainmont (Ardennes).

I

Le lavage du sang qui donne de si brillants résultats dans toutes les intoxications, en donne aussi dans le tétanos qui est un type d'intoxication microbienne.

Des faits ont déjà été publiés qui le démontrent ; entre autres, des observations de M. Tuffier. Cependant, tout le monde est loin d'admettre encore l'efficacité de ce mode de traitement. MM. Courmont et Doyon, dont l'opinion peut compter en cette matière, disent n'en avoir retiré aucun avantage.

L'observation que nous allons citer nous paraît cependant de nature à encourager cette méthode, surtout à un moment où le sérum antitétanique, même injecté dans le cerveau, est encore malheureusement loin de donner ce qu'on pouvait en espérer : les dernières statistiques de la Société de chirurgie donnent, en effet, une mortalité de 75 p. 100. Ce chiffre est à peu près le même que celui de la mortalité ordinaire du tétanos.

Maintenant, voici les faits :

II

C. F... est un homme de quarante ans, grand et robuste ; il exerce le métier de maçon. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels à signaler.

Dans les premiers jours de février, il reçut un coup de marteau sur la dernière phalange d'un doigt. Un épanchement sanguin se forma sous la racine de l'ongle sans qu'il y eût toutefois de plaie. Ce n'est qu'au bout d'un temps indéterminé, mais vraisemblablement assez long, que, la racine de l'ongle venant à se détacher, la plaie, si plaie il y avait, put alors se trouver en contact avec l'air et se souiller.

Le 4 mai, F... éprouve des douleurs dans la mâchoire, douleurs qui augmentent le lendemain.

Le 6 mai, il me fait appeler. Je constate un trismus assez prononcé, serré, et un peu de raideur dans la nuque. Il

m'est impossible de découvrir aucune plaie sur la surface du corps. Le malade, minutieusement interrogé, ne se rappelle pas avoir eu la moindre écorchure dans ces derniers temps. Le seul fait dont il se souvienne est le coup de marteau reçu au début de février, il y a donc trois mois. Ce traumatisme déjà ancien est-il bien la cause des phénomènes actuellement existants et qui sont, à n'en pas douter, des symptômes de tétanos? Telle est la question. Toujours est-il qu'il m'est impossible de trouver aucune autre porte d'entrée.

J'institue alors le traitement au chloral que le malade prendra d'ailleurs pendant toute la durée de la maladie à la dose moyenne de 10 à 12 grammes par jour.

Le 9 mai, les douleurs augmentent dans les mâchoires et le cou. Le trismus devient tellement prononcé que le malade ne peut boire. Température axillaire 37°5, pouls 80. A cinq heures du soir, j'injecte sous la peau 500 grammes de sérum artificiel (à 7 grammes de chlorure de sodium p. 1000 d'eau).

Le 10 mai, soir, T. 37°6, P. 100 avant l'injection, 84 après. — 1 litre de sérum.

Le malade *se trouve mieux* depuis la veille au soir, il ouvre mieux la bouche et a pu boire deux verres de lait et un bol de bouillon.

Le 11 mai, soir, T. 37°5. — *La nuit et la matinée ont été assez bonnes*. Quelques petites crises seulement dans la mâchoire. Deux tiers de litre de sérum.

Le 12 mai, soir, T. 37°2, P. 84. — *Nuit et matinée assez bonnes*. Légères crises seulement le matin. *Pas d'injection* (impossibilité matérielle de la faire).

Le 13 mai, soir, T. 37 degrés, P. 80. Nuit et matinée *plus mauvaises*. Les crises augmentent de fréquence. *Pas d'injection* (même raison que la veille).

Le 14 mai, soir, T. 37°3, P. 72. — La nuit a été *très mauvaise*. Trismus et opisthotonos. La moindre mouvement provoque des secousses généralisées qui arrachent des cris au malade. 1 litre de sérum.

Le 16 mai, matin, T. 37°3, P. 80. — Nuit encore très mauvaise. 1 litre de sérum.

Soir, état stationnaire. 1 litre de sérum.

Le 15 mai, matin, T. 37°3, P. 80 à 84. — Nuit encore très mauvaise. 1 litre de sérum.

Soir : après l'injection du matin, le malade a dormi trois quarts d'heure, mais ensuite les crises reparaissent fréquentes et généralisées.

Voyant que le sérum à lui seul ne donne pas une amélioration suffisante, je pratique une *saignée de* 400 *grammes*, et je fais ensuite une injection toujours *sous-cutanée* d'un litre de sérum.

Le 17 mai, matin. Le malade a dormi trois quarts d'heure après l'injection de la veille. *Nuit bien meilleure*. Sept à huit crises seulement et peu douloureuses.

Les muscles du cou et de l'abdomen sont un peu relâchés. 1 litre de sérum.

Soir, T. 39°2, P. 108. — Peu de crises dans la soirée, mais abattement et fièvre *très* forte (39°2 de température axillaire). Saignée de 300 grammes. 1 litre de sérum.

Le 18 mai, soir, T. 37°8, P. 104. — Le malade a *assez bien dormi* dans la nuit et au matin. Amélioration. Pas d'injection (impossibilité).

Le 19 mai, soir. — La nuit dernière a été *mauvaise*. Quatorze crises de huit heures du soir à six heures du matin. Néanmoins la journée a été assez bonne. La contracture de la paroi antérieure de l'abdomen persiste encore, mais les muscles du cou et de la mâchoire sont presque libres.

Pas d'injection (impossibilité).

Le 20 mai, deux heures soir, T. 37°2, P. 104. — La nuit a été mauvaise. Vingt-deux fortes crises de sept heures du soir à six heures du matin. Saignée 450, sérum, 1 litre.

Le 21 mai, soir, T. 37°2, P. 100. — *Amélioration*. Nuit et journée meilleures, n'ayant donné que huit crises jusqu'au soir cinq heures. La veille depuis l'heure de l'injection : deux heures du soir jusqu'à 11 heures du soir, le malade a dormi. Sérum, 1 litre.

Le 22 mai, soir. *L'amélioration continue*, la contracture du ventre paraît diminuée. Sérum, 700 grammes.

Cette injection a été la dernière. Depuis ce moment, le mieux a été en s'accentuant de jour en jour.

Le 26 mai. Les contractures ont presque totalement disparu. Le malade essaie de s'asseoir sur son lit.

Le 30 mai. Le malade mange.

A la fin de juin, *il fait sa première sortie*.

III

Telle est, résumée dans ses grandes lignes, l'observation que nous avons cru intéressant de rapporter. Différentes raisons nous la font en effet juger digne de remarque.

D'abord la longue durée de l'incubation, si l'on attribue, ce qui est probable, la cause du tétanos au traumatisme survenu trois mois avant l'invasion du mal.

Toutefois, il est possible que l'inoculation n'ait pas eu lieu au moment même du traumatisme, puisqu'il n'y avait alors qu'un épanchement sanguin sous-unguéal sans communication avec l'extérieur.

Ce n'est peut-être que plus tard, quand, deux ou trois semaines après, l'ongle s'est détaché de sa matrice, que les germes se sont introduits par quelque érosion non encore cicatrisée. Si les choses se sont ainsi passées, la période d'incubation se trouverait diminuée d'autant.

Mais là n'est pas le véritable intérêt. Il se trouve, croyons-nous, dans l'étude du mode d'action des moyens thérapeutiques employés, car cette étude met bien en valeur l'action de chacun d'eux, les circonstances ayant agi ici comme aurait pu le faire l'expérimentation.

Trois agents sont entrés en jeu : le chloral, les injections sous-cutanées de sérum et la saignée.

Le chloral a été employé seul les trois premiers jours (du 6 au 9 mai), à un moment où le mal étant moins fort il pouvait mieux agir; il n'a produit aucun effet.

Le sérum employé ensuite concurremment avec le chloral à la dose d'un litre par vingt-quatre heures, a donné de bons résultats. On peut lui attribuer l'amélioration survenue dans les journées des 9, 10 et 11 mai. Ce moyen ayant dû être abandonné pendant deux jours (12 et 13), pour des raisons indépendantes de notre volonté, une aggravation très considérable est survenue. Lorsqu'on en reprend l'usage : le 14 (1 litre) ; le 15 (2 litres); et le 16 au matin (1 litre), il est impuissant cette fois à produire une amélioration immédiate manifeste.

C'est alors qu'un troisième facteur, la saignée, intervient, apportant son appoint aux deux autres et que sous son influence on observe un mieux sensible, déjà bien net après la première saignée, mais s'affirmant encore mieux après la seconde et la troisième.

La saignée a donc aidé, d'une façon bien manifeste, le sérum dans son action. Nous n'avons pas eu recours ici aux injections intra-veineuses après la saignée, comme cela a été fait (Tuffier). Toutefois nous étions tout disposé à les pratiquer, si la voie sous-cutanée nous avait paru insuffisante.

Est-ce à dire maintenant que le lavage du sang soit la cause certaine de la guérison obtenue? La maladie n'aurait-elle pu évoluer d'elle-même vers une issue favorable comme on en a cité des exemples? Il y aurait en faveur de cette hypothèse la longue durée probable de l'incubation, le peu d'élévation de la température qui n'est montée qu'une fois à 39°2 et n'a pas dépassé en moyenne 37°5. Cependant nous ne le croyons pas, car la brusque aggravation des symptômes : violence, fréquence et généralisation des crises survenues sitôt qu'on eût cessé le sérum ; le peu d'action du

chloral, tout faisait présager un dénouement fatal, malgré le peu d'intensité de la fièvre.

En tous cas, en supposant que la maladie ait pu s'amender d'elle-même, ce qui nous paraît invraisemblable, il n'en est pas moins vrai que rien ne pouvait l'y aider plus puissamment et plus efficacement que le lavage du sang.

CHIMIE BIOLOGIQUE

Sur le pouvoir réducteur des urines (1).

Par M. Henri HÉLIER.

Les urines sont réductrices. C'est là une propriété à peine signalée dans les meilleurs traités. Elle a cependant une grande importance, tant pour le médecin que pour le physiologiste, car elle témoigne des oxydations incomplètes faites dans l'économie. En mesurant ce qui peut encore brûler, on a par cela même la mesure de ce qui a déjà été oxydé.

Voici la méthode que j'emploie :

10cc de l'urine à essayer sont additionnés de 10cc d'acide sulfurique concentré. J'y laisse tomber, jusqu'à coloration rose persistante, une solution contenant 6gr36 de permanganate de potasse par litre et je lis le nombre *n* de centimètres cubes employés. Ce nombre serait le pouvoir réducteur de l'urine si la concentration de l'urine était normale. J'appellerai *concentration normale* celle d'une urine qui contient 20gr d'urée par litre. L'urine étudiée contenant seulement *m* grammes d'urée par litre, le pouvoir réducteur sera donné par la formule

$$P = 20 \times \frac{n}{m}.$$

Ce pouvoir réducteur représente donc un certain nombre de centimètres cubes de permanganate et sa mesure nécessite deux opérations : 1° un dosage volumétrique; 2° un dosage d'urée. Ces deux opérations peuvent être faites au lit d'un malade.

Si l'on examine par cette méthode, au point de vue du pouvoir réducteur, les urines des personnes dites *bien portantes*, on tombe toujours sur des nombres compris entre 12,5 et 15, ce qui est suffisamment constant. Si l'on étudie, au même point de vue, les urines pathologiques, on voit qu'elles peuvent se diviser en deux groupes : celles qui sont plus réductrices que la normale et celles qui sont moins réductrices.

Dans le premier groupe, nous trouvons la plupart des maladies chroniques. Je ne parlerai pas des urines des diabétiques toujours très réductrices, même lorsqu'on a brûlé tout le sucre par la liqueur de Fehling. Dans la tuberculose, j'ai trouvé les nombres 22,2; 20,7; 16,3; dans l'anémie 17,1; dans le cancer du pylore 20,6; dans la maladie de Basedow 15,4; 18,66 (2).

Dans ces maladies consomptives, on pouvait s'attendre à trouver des urines extrêmement peu réductrices, les recherches d'Albert Robin ayant montré qu'en particulier les tuberculeux font des oxydations incessantes et sans trêve. Il semblerait donc que les combustions doivent être complètes. Il n'en est rien. Ce qui domine dans la tuberculose, c'est une désassimilation large et rapide qui chasse de la cellule des substances réductrices, aptes ensuite à être brûlées dans le sang. Mais quelque hâte que les globules sanguins mettent à charrier l'oxygène, il n'y en a jamais assez. Les urines restent très réductrices.

Dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, j'ai trouvé les nombres 15,7; 23,4; 23; 22,1. C'est un fait bien connu, les rhumatisants n'oxydent pas. Dans le mal de Bright on trouve 26; 26; 34,2; dans la colique néphrétique 17,9; dans l'insuffisance aortique 20,21 ; dans la cirrhose de Laënnec, 32; dans les urines d'hystérique, après la crise, 43,5. Chez l'hystérique, tout est détraqué, même les oxydations. Enfin, dans un cas d'insuffisance aortique, où, sous l'influence de théobromine, il s'est produit une diurèse abondante, le pouvoir réducteur est monté à 62,2. Les produits de désassimilation ont été expulsés avant d'avoir pu être brûlés.

Dans certaines maladies aiguës, au contraire, le pouvoir réducteur des urines semble inférieur à la normale. Dans deux cas de pleurésie, on a trouvé 11,8 et 7,5; dans un cas de pneumonie 11,7; dans un cas de surmenage, 7,3.

Il ne faudrait pas croire que pour chaque maladie le pouvoir réducteur est caractérisé par un nombre à peu près fixe; ce pouvoir varie avec le degré de la maladie et il peut servir, comme le thermomètre, à en caractériser la marche.

Une malade est prise, le 12 avril dernier, de néphrite aiguë. Le 13, le pouvoir réducteur de ses urines est de 5,6; le 26 avril la malade va mieux, le pouvoir réducteur est seulement de 7. Le 4 mai, la malade se sent tout à fait bien et quitte l'hôpital; le pouvoir réducteur était remonté à 12,3.

En résumé, la mesure du pouvoir réducteur des urines, effectuée d'après la méthode que j'indique, est une opération facile, qui mesure le degré des oxydations interstitielles qui se font dans l'économie.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Ces urines proviennent des malades du service de M. le professeur Renaut, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui a bien voulu choisir lui-même des cas types. Qu'il veuille bien recevoir ici mes remerciments.

MÉDECINE PRATIQUE

Bains froids dans le delirium tremens.

M. Letulle rapporte dans la *Presse médicale* l'observation d'un malade ayant un accès de delirium tremens, soigné avec succès par les bains froids. Cette médication ne semble pas jusqu'ici être entrée dans la pratique courante. M. Molinié dans sa thèse (1) rappelle que Willis, Grisolle, Féréol, Rousseau l'ont employée. M. Letulle s'en est également servi dans plusieurs cas. Il conseille de donner, à tout malade atteint de delirium tremens, des bains froids à 18 degrés avec affusions sur la tête, dix à quinze minutes durant, toutes les trois heures, selon la gravité des cas, jusqu'à cessation complète et définitive du délire et de l'hypothermie.

De la laryngite coqueluchoïde et de son traitement.

Dans la dernière séance de la Société de thérapeutique, M. Gallois a cité un certain nombre de cas de toux coqueluchoïde qu'il a eu l'occasion d'observer récemment. Ce type morbide n'étant pas décrit explicitement dans les livres classiques, il a paru utile à l'auteur de préciser sa nature et le traitement qui convient à cette affection assez rebelle.

La toux coqueluchoïde s'observe surtout chez les jeunes enfants; les sujets adénoïdiens y paraissent particulièrement prédisposés. Le froid peut jouer un rôle provocateur, peut-être aussi la contagion.

Le début est généralement brusque, alors que la coqueluche présente une bronchite prodromique. Les crises typiques se montrent immédiatement, cependant, chez les très jeunes enfants, elles peuvent être précédées, pendant un jour ou deux, par des accès de faux croup.

La toux coqueluchoïde se produit par crises ; chez les grandes personnes qui peuvent donner des renseignements, l'accès débute par un chatouillement insupportable au niveau du larynx. Il est vraisemblable que les enfants doivent éprouver les mêmes sensations, car on les voit « méditer » leur quinte comme dans la vraie coqueluche. La quinte lui ressemble d'ailleurs, mais dans la toux coqueluchoïde, on ne note pas de reprise bruyante, ni l'expulsion

(1) Th. de Paris, 1899.

de glaires filantes. Tout au plus les grandes personnes ont-elles des crachats jaune ambré, visqueux, répétés, en petite quantité.

Il n'y a pas de vomissements comme dans la coqueluche, des efforts se produisent, mais sans aboutir, et l'alimentation n'est pas entravée. Les complications mécaniques font également défaut, M. Gallois n'a jamais observé d'ulcérations du frein de la langue. La bronchite est tout à fait transitoire, l'expectoration parfois un peu sanguinolente.

C'est surtout le matin et le soir que se produisent les crises; le rire, les pleurs, les mouvements brusques sont autant de causes occasionnelles; leur nombre peut atteindre une vingtaine en vingt-quatre heures.

Les signes généraux font habituellement défaut, cependant on peut voir quelquefois un peu de fièvre. L'état général est donc peu éprouvé, sauf lorsque les crises nocturnes sont trop fréquentes et empêchent le malade de se reposer.

Au point de vue de la marche, on peut diviser la maladie en deux périodes, l'une de toux quinteuse sèche, l'autre de toux humide. Ces deux périodes n'étant pas toujours nettement tranchées.

Leur durée ne dépasse pas ordinairement trois ou quatre semaines et la terminaison est favorable.

S'agit-il là de coqueluche vraie? l'auteur pense plutôt à une laryngite sous-glottique survenant à l'occasion d'une grippe. Il est au moins curieux que la grippe se transmette d'un sujet à l'autre, en affectant la même forme de laryngite coqueluchoïde.

M. Gallois ne pense pas qu'il faille incriminer l'adénopathie trachéo-bronchique et la rattache aux altérations chroniques du rhino-pharynx.

Les moyens de traitement employés par M. Gallois lui ont paru, jusqu'à ce jour, peu actifs. Il a fait des pulvérisations d'eau boriquée saturée, d'acide phénique au 100e, des inhalations de menthol.

A l'intérieur, il a donné de la terpine, des potions calmantes à l'aconit, à la belladone, à la codéine, etc. Ce qui lui a le mieux réussi, c'est le bromoforme. Dans certains cas, il a cependant produit des vertiges ou de la somnolence qui ont obligé à suspendre son emploi.

Quant aux adénoïdiens, M. Gallois considère que l'ablation de leurs végétations ne les guérit pas. La cause mécanique est supprimée, la muqueuse est toujours malade et le malade reste adénoïdien et exposé aux accidents d'ordre infectieux qui, pour le médecin, sont des plus importants.

Potion antispasmodique.

Alcoolature de racines d'aconit	ââ	x gouttes.
Teinture de belladone		
Eau de laurier cerise		10 grammes.
— de fleur d'oranger		60 —
— de tilleul		60 —
Sirop simple		30 —

Par cuillerées à bouche d'heure en heure. (J. Simon.)

On peut encore prescrire l'éther ou le bromure de potassium qui, à dose élevée, est un bon préventif.

THÉRAPEUTIQUE

Le cacodylate de soude dans la pratique médicale, d'après les plus récents travaux.

Nous avons eu l'occasion, au sujet des communications de MM. Renaud et Armand Gautier à l'Académie de médecine, de M. Danlos à la Société médicale des hôpitaux, de parler déjà de la médication cacodylique. Maintenant que tout ce qui était à dire pour l'instant sur la question a été dit, il nous semble utile, en attendant de nouvelles expériences, de réunir en un même chapitre les indications nécessaires pour l'emploi de ce médicament.

Rappelons que l'acide cacodylique contient 54,3 d'arsenic, ce qui, sous la forme de cacodylate de soude, correspond à 72 p. 100 d'acide arsénieux. Ce médicament n'est pas toxique, il ne provoque aucun accident d'arsénicisme. D'après M. Hayem, il peut être toléré jusqu'à la dose de 1 gramme.

Indications. — Tuberculose pulmonaire, anémies graves, impaludisme, diabète avec tendance à la dépression. Goitre exophtalmique, leucémie, leucocythémie. Certaines dermatoses : psoriasis, lichen plan. Amélioration dans le lupus érythémateux et la maladie de Dühring.

Inconvénients. — Saveur désagréable et persistante; donne une odeur alliacée à l'haleine, peut causer des coliques avec diarrhée, bien que M. Gautier n'en ait pas observé. M. Balzer a observé à la suite de ce médicament l'apparition de dermatites érythémateuses. Pourrait également occasionner de l'intoxication. M. Danlos signale, en outre, une cause d'erreur en médecine légale, l'arsenic pouvant se retrouver dans les organes à la suite de l'emploi du cacodylate de soude.

Mode d'emploi. — M. Danlos recommande la voie buccale, M. Renaut la voie rectale. La voie hypodermique, enfin, semble donner les meilleurs résultats (A. Gautier, Danlos).

I. Voie buccale. — M. Danlos formule :

Cacodylate de soude		2 grammes.
Rhum	ââ	20 —
Sirop de sucre		
Eau distillée		60 —
Essence de menthe		II gouttes.

Mêlez.

Une cuillerée à café renferme 10 centigrammes de cacodylate de soude.

Ou :

Cacodylate de soude	10 centigrammes.
Extrait de gentiane	Q. S.

Pour une pilule.

Ne pas dépasser 40 centigrammes par jour pour les hommes, 30 pour les femmes, pendant quinze jours.

II. Voie rectale. — M. Renaut formule :

1° *Solution faible.*

Eau distillée	200 grammes.
Cacodylate de soude	25 —

2° *Solution forte.*

Eau distillée	200 —
Cacodylate de soude	40 —

Injecter le contenu d'une seringue de 5 centimètres cubes deux fois par jour pendant six jours, trois fois par jour pendant dix jours, puis faire reposer le malade pendant trois à cinq jours et reprendre une nouvelle série.

III. Voie hypodermique. — M. Danlos formule :

Chlorhydrate de morphine	25 milligr.
— de cocaïne	10 centigr.
Chlorure de sodium	20 —
Cacodylate de soude	5 grammes.
Eau phéniquée à 5 p. 100	II gouttes.
Eau distillée	Q. S. p. 100cc.

Chaque centimètre cube contient 5 centigrammes d'acide cacodylique.

M. Gautier conseille :

Acide cacodylique	5 grammes.

Saturer complètement l'acide par le carbonate de soude et ajouter :

Chlorhydrate de cocaïne	8 centigr.
Créosote dissoute en 8 grammes d'alcool	VI gouttes.
Eau distillée stérilisée	Q. S. p. 100cc.

Chaque centimètre cube contient 5 centigrammes d'acide cacodylique.

Ne pas dépasser 10 centigrammes par jour pour les injections hypodermiques. La dose moyenne étant 2 à 5 centigrammes par vingt-quatre heures. Répéter pendant huit jours, puis suspendre durant une semaine. Reprendre ensuite. M. Danlos a pu donner ainsi des quantités relativement considérables de cacodylate de sodium sans accident.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie d'urgence (1), par E. Rochard.

La chirurgie d'urgence nécessite de la part du praticien de la décision et de la rapidité dans l'intervention. Faut-il opérer ou ne pas opérer? Doit-on remettre à plus tard? Ce sont là de graves questions dont la solution est parfois des plus délicates.

M. Rochard vient de mettre au service de ses confrères la grande expérience qu'il a acquise par les très nombreuses opérations d'urgence qu'il a pratiquées dans les hôpitaux de Paris, pendant trois années de clinicat, cinq années de service de garde et quatre années d'assistance dans l'un des services les plus actifs de l'hôpital Lariboisière. C'est dire que les conseils qu'il donne sont tous marqués au bon coin de la vraie pratique, qu'ils sont vécus pour ainsi dire. Ce petit livre s'adresse aussi bien au médecin qui a à faire demander le chirurgien, qu'à l'élève qui apprend la chirurgie ou qu'au praticien qui est forcé d'opérer lui-même.

L'ouvrage comprend huit chapitres d'inégale importance. Le premier a trait aux traumatismes du crâne, fractures ou plaies pénétrantes. Le second vise les corps étrangers de l'œsophage. Le troisième s'adresse aux opérations en cas d'asphyxie. Puis vient le traitement des plaies de poitrine. Les chapitres 5 et 6 sont de beaucoup les plus importants, ils étudient la question si difficile et encore si controversée des traumatismes et des affections aiguës de l'abdomen, plaies, contusions, perforations viscérales, appendicites. C'est surtout dans ces affections si dangereuses que le praticien a besoin de tout son savoir et d'une décision aussi rapide que sage. A cet égard, il trouvera dans le livre de M. Rochard les meilleurs et les plus judicieux conseils.

Les deux derniers chapitres sont consacrés à la chirurgie d'urgence des voies urinaires et des membres.

Ce petit livre, bien édité, d'un format commode, d'une lecture simple et facile, trouvera sa place dans la bibliothèque de tous les praticiens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 10 juillet 1899, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Driout, médecin-inspecteur du service de santé du 7e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Pierrot, sous-directeur de l'École du service de santé militaire, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes; — Delorme, médecin-chef de l'hôpital militaire de Vincennes ; — Jeanmaire, médecin-chef de l'hôpital militaire de Belfort; — Geschwind, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie; — Charbonnier, médecin-chef de l'hospice mixte de Commercy.

MM. les médecins-majors de première classe Perrin, de la place de Marseille; — Bayard, au 111e d'infanterie; — Lemoine, au 32e d'artillerie; — Mandoul, au 107e d'infanterie; — Vaugy, au 136e d'infanterie; — Fix, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Dufaud et Guillemot, au 115e d'infanterie; — Amat, au 9e d'infanterie; — Atgier, au 151e d'infanterie; — Lacronique, au 3e du génie; — Vilmain, au 153e d'infanterie; — Baur, au 157e d'infanterie; — Berthier, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; — Petit, au 11e d'infanterie; — Legagneur, au 2e zouaves; — Brousse, au 1er zouaves; — Godin, au 58e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Guégan et Rémy, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — de Poul de Lacoste, au 78e d'infanterie; — Spite, au 11e escadron du train des équipages; — Dupuy, au 31e dragons; — Monnot, au 15e bataillon de chasseurs.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Lemoine, au 141e d'infanterie; — Labit, au 50e d'infanterie.

M. le médecin-major de deuxième classe Nicolas, au 2e cuirassiers.

MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée territoriale de Valicourt, Biébuych, Salès.

M. le docteur Brenet à Saint-Martin-en-Bresse (donne, depuis quarante-six ans, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles).

— M. Morisson, médecin principal de première classe en retraite, est nommé au même grade dans la réserve. — M. Nicaud, médecin-major de première classe, est nommé médecin principal de deuxième classe dans l'armée territoriale.

Les médecins-majors de première classe en retraite Pages, Passabosc et Descargues sont nommés au même grade dans l'armée territoriale.

Sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve : MM. les docteurs Perlis, Richaud, Bernard, Le Masson, Coutant, Junien-Lavillauroy, Roges, Bonnet, Renaud, Saurel, Ganault, Bruyère, Verdin, Rudaux, Gerin, Gourivaud, Josué, Serrigny, Poret, Reille, Rabé, Leplat, Picard, Piatot, Rouma, Pion, Boureau, Legay, d'Arbois de Jubainville, Giroud, Geoffroy-Saint-Hilaire, Tissot, Verger, Lucius, Saisy, Rist, Vaugien, Quentin, Vaillant, Cardeilhac, Raimond, Challe, Roca, de Grenier de Latour, Stopin, Marchais, Champomier, Dubosc, Duval, Huyghe, Rehns, Morin, Danger, Lachâtre, Egrot, Rebière-Laborde, Duplant, Terrier, Ducroquet, Bigot, Riberaud, Makereel, Subercaze, Berthe, Desbertrand, Penot, Desourteaux, Beauprez, Dezon, Hubert, Pierre, Moulon, Bloc, Deligny, Le Cœur, Cornil, Montier, Landrevic, Cetre, Boisson, Virtely, Templier, Poitevin, Mascarel, Delorme, Delfour, Thiers, Lacroix, Enard, Blanchard Cassel.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans la territoriale : MM. les docteurs Sereno, Thibout, Campaignac, Debuchy, Viardot, Lapalle, du Pasquier, Batigne, Delbecque, Lemariey.

— Par décret en date du 10 juillet, M. Claudot, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 14e corps d'armée et du gouvernement militaire de Lyon, est promu au grade de médecin-inspecteur.

Marine. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. les médecins de première classe de la marine Grognier, Roby, Aubry, Salanoue-Ipin, Villette, Guilloteau, Reboul. — MM. les médecins de première classe de réserve Plouzané et Petit.

— M. Vinas, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, à la défense mobile de Lorient, M. le docteur Ropert, promu au grade de médecin principal et maintenu dans les cadres du port.

Une permutation d'office est ordonnée entre MM. les médecins de première classe Vinas, désigné pour la défense mobile de Lorient, et Deblenne, actuellement embarqué sur la défense mobile de Toulon.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) In-12, 311 pages. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

N° 80. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1899. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juillet au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE (1)

La discussion sur le traitement de l'hématocèle rétro-utérin semble abandonnée pour l'instant ; M. Sieur entretient la Société d'une **rupture de la vessie** par coup de pied de cheval qu'il a eu l'occasion de soigner récemment. L'état général n'étant pas trop mauvais, l'hématurie pas trop considérable, il s'est contenté de mettre une sonde à demeure, et le malade a parfaitement guéri.

M. Reynier revient sur l'**hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus**. Il est d'avis qu'il faut conserver cette opération, qui est souvent susceptible de donner des améliorations persistantes, bien que les statistiques ne permettent pas une appréciation facile de sa valeur réelle. M. Reynier procède de la façon suivante : il commence par une intervention vaginale au bistouri ou au thermocautère pour désinsérer le vagin ; il passe ensuite par la voie abdominale. L'hémostase est faite soit par ligature, soit par vasotripsie, soit en laissant des pinces à demeure entourées de gaze et ressortant par la plaie abdominale. Enfin, M. Reynier termine par un drainage abdomino-vaginal.

Deux séries d'interventions lui ont donné, la première 8 cas avec 2 morts, la seconde 5 cas avec 2 morts. Il peut citer un cas de guérison datant d'un an et demi.

M. Pousson (de Bordeaux), après avoir expérimenté cliniquement les diverses opérations de la méthode indirecte (orchidectomie, vasectomie, angio-névrectomie), destinées à amener l'atrophie de la prostate chez les vieillards et n'en avoir obtenu d'autres résultats que la suppression des phénomènes congestifs, facteur important mais non unique de la dysurie sénile, estime que le problème de la cure radicale de l'**hypertrophie de la prostate** est loin d'être résolu. Pendant longtemps encore le cathétérisme méthodique, la cystotomie et la cystostomie, la prostatotomie et la prostatectomie trouveront chacune leurs indications. Ce sont les services que la suppression des obstacles prostatiques peut rendre dans certains cas, que le chirurgien bordelais met en relief. Il la recommande moins pour rétablir la miction spontanée que pour permettre la facile introduction des sondes dans les urèthres, fortement courbés et coudés, et principalement pour rendre complète l'évacuation de l'urine et efficace les lavages vésicaux. Les saillies de la glande dans la vessie créent, en effet, des anfractuosités, des sinus, qui retiennent l'urine même après les sondages les plus régulièrement pratiqués et constituent des foyers d'infection que les liquides antiseptiques sont impuissants à déterger.

Sur 15 interventions faites par la voie sus-pubienne, M. Pousson a eu 3 morts attribuables à l'âge, à l'affaiblissement et aux altérations antérieures de l'appareil urinaire ; 1 prostatotomie lui a donné 1 succès passager, car les lèvres de la tranchée creusée au thermocautère dans la glande s'étant soudées, le malade fut obligé de recourir de nouveau à la sonde ; 11 prostatectomies lui ont fourni 4 succès complets au point de vue du rétablissement de la miction ; 7 insuccès fonctionnels, mais 7 résultats favorables relativement à la disparition de la cystite et de la purulence des urines.

M. Nimier présente un homme qu'il a **opéré d'un varicocèle** double par inclusion du cordon dans la vaginale retournée et suspendue au pubis, suivant la méthode de Parona. Il décrit ainsi sa manière d'agir :

« Voici le mode opératoire auquel je me suis arrêté.

Premier temps : Une incision de 6 centimètres est faite sur le trajet du cordon ; sa moitié supérieure remonte devant l'orifice inguinal externe, la moitié inférieure descend sur le collet de la bourse. Elle intéresse les téguments jusqu'à la tunique cellulo-fibreuse du cordon.

Second temps : Le testicule, chassé comme un noyau de cerise de sa loge scrotale, sort par l'incision. Pour que sa hernie soit complète, il convient de déchirer les tractus cellulo-fibreux et vasculaires qui relient la glande au fond et à la paroi postérieure de la bourse.

Troisième temps : L'opérateur a sous la main le cordon variqueux et le testicule plus ou moins masqué par le réseau veineux développé dans le tissu cellulaire sus-vaginal.

(1) 12 juillet.

Sur la face antérieure de la glande bien mise à nue, autant que possible à égale distance des deux extrémités de l'épididyme, il pratique à la séreuse une incision de 2 à 2 centimètres et demi.

Quatrième temps : Par cette boutonnière il fait sortir le testicule et la vaginale retournée remonte plus ou moins haut suivant ses dimensions, le long du cordon qui s'y engage comme dans un sac. Parfois, pour augmenter la profondeur du sac vaginal, il convient de déchirer quelques adhérences de la séreuse sur les bords de l'épididyme.

Cinquième temps : Le sac vaginal doit être fixé au pubis par trois points de suture : un postérieur traverse le tissu fibreux de la face antérieure de l'os ; deux latéraux s'engagent à travers le bord tranchant des piliers externe et interne. Les fils doivent d'abord être placés, puis, ils seront serrés successivement en commençant par le postérieur. Il est indiqué dans ce temps de placer les fils dans la vaginale sans imprimer au cordon de torsion sur son axe, et d'autre part, de les faire passer dans le tissu fibreux inguinal, assez bas pour que le testicule appendu au sac vaginal se trouve finalement un peu au-dessous de la racine de la verge.

Sixième et septième temps : Le testicule est ensuite rentré dans sa loge scrotale et la plaie fermée par quelques crins. »

M. Broca lit un rapport sur une observation de M. Chavannaz au sujet d'un **ostéo-sarcome du maxillaire inférieur** guéri après deux interventions.

Puis un second rapport sur une **imperforation anale** constatée le troisième jour, et opérée avec succès par résection du coccyx par M. Gestan (de Béziers).

Une petite discussion s'engage ici entre MM. Kirmisson et Broca sur les indications et les contre-indications de cette résection dans le traitement de ces imperforations anales.

M. Potherat présente ensuite des photographies d'un **anévrysme artério-veineux fémoral**, puis la photographie d'un malade atteint d'une **protubérance frontale produite par l'hypertrophie de la paroi du sinus frontal**.

M. Schwartz montre un homme atteint d'**épilepsie jacksonnienne**, qu'il a amélioré notablement par la trépanation.

M. Auvray présente à son tour un malade qu'il a opéré pour une **invagination prise pour une appendicite**. Le malade a bien guéri.

M. Tuffier clôture enfin cette longue série de présentations en montrant une jeune fille opérée il y a deux mois, avec succès, pour un **kyste hydatique du sein**, cas rare dont une observation a été rapportée dans nos colonnes par le docteur Psaltoff (de Smyrne) [voy. *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 1076].

LA MORT DU TAUREAU

NOTES ANATOMIQUES

Par le docteur Léon Imbert,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Sappey, parlant de l'espace occipito-atloïdien postérieur, dit : « C'est dans cette voie également périlleuse pour l'un et pour l'autre, que le matador glisse la lame tranchante de son stylet au moment où le taureau se précipite sur lui tête baissée. » (*Anatomie*, 1er vol., p. 559.)

Indépendamment des nombreuses inexactitudes d'art tauromachique, cette phrase renferme encore une grave erreur anatomique. J'ai eu récemment l'occasion, grâce à mon ami le docteur Massal (d'Uchaud), d'examiner le corps de quelques taureaux tués en course, et de faire à ce sujet des constatations positives qui ne sont pas sans intérêt en ces temps de vacances prochaines.

Quelques notions préalables d'abord pour les non-initiés et pour ceux qui n'ont puisé leurs documents que dans la phrase que je viens de citer.

Le dernier acte d'une course, la mise à mort, se réduit à un duel entre le matador et l'animal ; la brute, comme disent les journaux tauromachiques.

Dès l'instant où l'homme a saisi l'épée et la muleta, sorte de manteau qui se manœuvre d'une seule main, il ne sort plus de l'arène que son adversaire ne soit mort ou lui-même gravement blessé. Or, le coup d'épée, l'estocade, ne peut être donné efficacement que si la bête prend une attitude spéciale, si elle est « cuadrée », suivant l'expression technique. Tout l'art du matador consiste à la cuadrer au moyen de passes de muleta. Un moment arrive où le fauve, comme fatigué de ses coups de cornes inutiles, demeure en face de son adversaire, immobile, la tête basse, les quatre pieds symétriquement posés sur le sol, dans une sorte d'attitude défensive, rappelant celle du cheval « placé », et qui paraît être le résultat d'une fatigue évidente (1). C'est dans cette position que l'animal est dit cuadré ; c'est ce moment que le matador choisit pour précipiter le dénouement. La cape basse, afin que l'animal qui le regarde ne relève pas la tête avant l'heure, le bras droit replié, l'épée bien assurée dans la main droite, l'homme vise un instant, immobile en face de son adversaire, l'espace d'une seconde peut-être, puis il se porte rapidement en avant, en allongeant le bras. Si le coup est bon, l'arme pénètre tout entière dans le garrot de l'animal qui, en cet instant, relève la tête pour répondre à l'attaque. Mais déjà l'homme a fait un vif mouvement de muleta, il a « indiqué la sortie » au taureau qui, avec sa psychologie élémentaire, suit docilement l'étoffe et frappe dans le vide. La mort n'est jamais instantanée, loin de là, la bête, surexcitée par sa blessure, dessine encore quelques mouvements d'attaque, que les toréadors provoquent, dans le but probable de faire mouvoir l'épée et de produire des lésions plus considérables. Mais bientôt l'animal s'affaiblit progressivement, et cinq minutes ne sont pas écoulées que l'on voit ses jambes se dérober sous lui et la lourde masse s'écrouler sur le sol.

Quelquefois, le matador accélère la mort par une manœuvre toujours profondément émouvante, le « descabello » : le taureau est encore debout, mais ses forces commencent à le trahir ; l'homme demande alors une seconde épée, il en appuie l'extrémité en un point qu'il semble chercher immédiatement derrière l'occiput et, d'un coup sec, il pénètre de quelques centimètres, l'animal s'abat foudroyé. C'est un vrai coup de théâtre dont l'instantanéité est vraiment impressionnante.

Il n'est pas douteux que le descabello ne consiste en la section du bulbe ; c'est la manœuvre dont parle Sappey, mais on voit qu'elle est exceptionnelle et qu'elle exige avant tout l'immobilité de l'animal.

Mais quel est le trajet de l'estocade portée à fond dans le garrot et quels organes blesse-t-elle ? C'est le point que j'ai voulu éclaircir.

Les croyances communes parmi les « aficionados » sont assez variables à ce sujet : les uns penchant pour une plaie de la moelle, chose tout à fait improbable ; les autres affir-

(1) Il ne faut pas oublier que l'animal est dans l'arène depuis un quart d'heure environ et qu'il a épuisé ses forces à culbuter chevaux et picadors.

mant une plaie du cœur, hypothèse infiniment plus rationnelle, étant donné la lenteur relative de la mort.

Or, voici la constatation que j'ai pu faire à ce sujet, j'ai examiné les organes thoraciques de neuf taureaux tués le 2 juillet à Nîmes, dans une grande «corrida de competencia», par Guerrita, le roi incontesté de la muleta, et deux jeunes matadors déjà célèbres, Conchito et Montes.

Sur les neuf animaux, *aucun n'avait une plaie du cœur*.

Au reste, il semble qu'une lésion de cet organe, produite par un coup de pointe, ne produirait pas une mort aussi rapide en raison de son épaisse musculature. La mort était due à une hémorragie interne provoquée par l'ouverture de gros vaisseaux de la base du cœur et du médiastin postérieur. Les poumons étaient toujours atteints d'une plaie qui les traversait complètement, mais sur un de leurs bords ordinairement. Il arrive quelquefois que le taureau, avant de mourir, vomit du sang en abondance. C'est là un coup maladroit ou malheureux qui provoque généralement la désapprobation vigoureuse de l'assistance.

Des neuf taureaux que j'ai examinés, un seul était mort ainsi ; j'ai trouvé naturellement une plaie du poumon ayant intéressé une très grosse ramification bronchique.

Il me paraît bien difficile que le matador puisse prévoir à l'avance et par conséquent évite cette complication. Peut-être est-ce une affaire d'obliquité dans la direction de l'arme, mais en vérité je crois qu'il s'agit là plutôt d'une mauvaise chance que d'une maladresse.

Un dernier point reste à éclaircir : le trajet de l'épée. Il n'y a à ce sujet qu'une notion constante, l'arme pénèrte, à la gauche de l'animal d'ordinaire, entre le rachis et le bord spinal de l'omoplate : c'est un espace de 5 à 6 centimètres de largeur ; mais il est probable que l'épée peut, après avoir touché la colonne vertébrale, glisser sur elle et retrouver son chemin. Cet espace si étroit en largeur est grillagé en longueur par les côtes. Or, j'ai pu constater parfaitement que l'espace intercostal atteint n'est pas toujours le même ; c'est d'ordinaire le troisième ; mais quelquefois le deuxième et même le premier. Il semble que les coups dirigés suivant la règle doivent atteindre le troisième.

Je ne vois pas très bien, à vrai dire, la raison de ce fait, et peut-être s'agit-il là d'une simple convention, d'une règle d'art pur ; il est probable, en effet, que l'accès des organes médiastinaux serait plus facile par l'ouverture supérieure du thorax que par un espace intercostal, dont la largeur n'excède pas 3 ou 4 centimètres. Quoi qu'il en soit, on voit que, au moment où l'épée est enfoncée jusqu'à la garde, comme cela doit arriver, la main du toréador doit se trouver à peu près au niveau de la troisième côte ; l'homme lui-même est en face de l'animal dont il n'est séparé que par la longueur de son bras ; il faut donc que, sous le bras, trouvent place la partie supérieure du thorax, le cou, la tête et les cornes de l'animal. Quiconque verra un taureau de course se convaincra qu'il ne saurait y voir d'espace perdu sans grave danger pour le matador, qui doit nécessairement en profiter du mieux possible en arquant le corps. Encore est-il nécessaire que l'animal ait la tête basse, soit cuadré, et que la sortie lui soit nettement indiquée par une habile *passé* de muleta.

Conclusion. — Le taureau ne meurt, ni de plaie de la moelle, hypothèse inadmissible, ni de plaie du cœur, notion couramment admise, mais d'une lésion de gros vaisseaux du médiastin.

MÉDECINE PRATIQUE

Antitoxique général (1), par Ed. Crouzel, ex-préparateur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Le plus souvent, dans un empoisonnement, on ignore quelle est au juste la nature du poison dont on doit combattre les effets. Dans ce cas, un contrepoison capable d'empêcher l'action d'un grand nombre de substances toxiques rendrait de très grands services.

Plusieurs antidotes généraux ont été indiqués. Aucun d'eux ne réunit les avantages de celui que je propose et qui n'est autre chose que du lait additionné de 5 p. 100 de borate de soude ; au surplus, cet antidote ne présente aucun des inconvénients de ceux qui ont été recommandés jusqu'ici. En effet, le *borate de soude* précipite, à l'état de borates insolubles, toutes les bases minérales, à l'exception des bases alcalines peu ou point toxiques. Les acides toxiques le décomposent, pour s'emparer de la soude et mettre en liberté un autre acide *très peu toxique* et *peu soluble* : l'acide borique.

Le borate de soude réalise donc, à lui seul, des conditions générales très remarquables et assez étendues pour en faire un contrepoison général, mais malheureusement pas universel, ce qui ne peut être obtenu isolément avec aucun produit connu.

Le lait, par sa matière grasse (beurre) et par sa caséine, protège les muqueuses contre l'action corrosive des acides, des bases et des autres substances caustiques ou simplement irritantes. Le rôle chimique de la caséine est ici très remarquable et surtout très précieux. Elle est susceptible de remplir le double rôle d'acide et de base, en présence des composés avec lesquels elle est mise en contact. Tantôt elle se coagule sous l'action des acides, en se combinant avec eux ; tantôt elle donne un précipité avec la plupart des bases minérales, pour former des caséates insolubles. S'il n'y a pas eu précipitation immédiate avec un produit de réaction donnée (acide ou basique), ce précipité s'obtient par l'intervention d'un autre produit de réaction contraire : c'est une loi très importante en toxicologie et qui, je crois, n'a jamais été formulée, ni même signalée.

Le poison est donc précipité, d'une part, à l'état insoluble et, d'autre part, il est enveloppé par les autres éléments de l'*antitoxique*, qui empêchent ou tout au moins en diminuent les funestes effets : cet antidote est donc à la fois neutralisant et précipitant.

Les poisons métalliques à base alcaline suivants ne sont pas justiciables de mon antitoxique : *cyanures*, *ferrocyanures*, *ferricyanures*, *chlorates*, *azotates* ; *arsénites*, *arséniates*, *oxalates*.

Les cyanures, les ferrocyanures et les ferricyanures sont précipitables par un mélange de sulfate ferreux et ferrique ; les chlorates et les azotates alcalins ne peuvent être précipités par aucun réactif inoffensif. Les arséniates et les arsénites alcalins peuvent être éliminés par la magnésie (Bussy).

Mon antitoxique ne s'adresse toutefois de façon spéciale qu'aux *poisons minéraux*.

Les poisons végétaux (alcaloïdes, glucosides, diastases, etc.), et les poisons animaux (ptomaïnes, leucomaïnes, venins, etc.), ne peuvent être combattus aussi victorieusement par ce moyen.

Ces poisons, d'un effet à la fois rapide et énergique, sont difficilement annihilés par un contrepoison. Le plus sûr moyen de les combattre, lorsque cela est possible, consiste à en provoquer l'évacuation rapide par les vomitifs ordinaires et à faire prendre au malade une solution de permanganate de soude à 1 p. 1 000, qui décompose toutes les matières organiques en les oxydant.

Ainsi, même les *toxines* sécrétées par les microbes peu-

(1) *Répert. de pharm.*

vent être détruites ou modifiées, au point de devenir inoffensives pour l'organisme.

APPLICATION DU TRAITEMENT. — *Première période.* — La première indication à remplir est l'évacuation du poison. Ce moyen est indispensable, lorsque l'empoisonnement remonte seulement à quelques heures. On provoque les vomissements en donnant, par exemple, 5 centigrammes d'émétique dans un verre d'eau tiède ; on répète cette dose trois ou quatre fois, à quelques minutes d'intervalle. On peut aussi, accessoirement, avoir recours aux moyens mécaniques (titillation de la luette avec les barbes d'une plume, emploi de la sonde œsophagienne et de la pompe gastrique, du siphon laveur, etc.).

Deuxième période. — Quelques minutes après les vomissements ainsi obtenus on procède à l'administration de mon antitoxique, composé de *lait froid additionné de 5 p. 100 de borate de soude*, en vue de neutraliser chimiquement le poison ou de le transformer en un produit insoluble, dans lequel les propriétés délétères du poison sont nulles ou tout au moins bien affaiblies.

Dans le cas où l'accident aurait été produit par les poisons signalés spécialement plus haut, on aurait recours aux antidotes correspondants indiqués.

Troisième période. — Relever les forces du malade, qui a été affaibli par les vomissements et par l'effet du poison. Dans ce but, employer un mélange, à parties égales, d'infusions froides concentrées de café torréfié et de quinquina, qu'on sucrera et qu'on additionnera de quelques grammes d'éther sulfurique alcoolisé.

THÉRAPEUTIQUE

Rougeole anormale; forme hémorragique; accidents broncho-pneumoniques. D'après GRANCHER.

1° Les toniques seront employés sous toutes les formes, à l'exclusion de toute autre médication :

Extrait mou de quinquina . .	2 à 4 grammes.
Teinture de cannelle	2 à 4 —
Sirop d'écorce d'oranges . .	30 —
Vin tannique de Banyuls . .	70 —

2° L'éther en potion sera prescrit contre la faiblesse et la fréquence du pouls.

3° Simultanément, on prescrira la potion suivante :

Teinture de digitale.	XVI gouttes.
Vin de quinquina au malaga.	120 grammes.

par cuillerées à dessert.

4° Si l'enfant a atteint l'âge de dix à douze ans, on administrera, dans la matinée, trois à quatre des cachets suivants :

Antipyrine	30 centigrammes.
Sulfate de quinine	15 —

pour un cachet. F. S. A., cachets n° 12.

5° Isolement de l'enfant. Désinfection du lit et des linges. Licenciement des écoles au premier cas grave ou mortel (otite, broncho-pneumonie, diphtérie). (DAUCHEZ.)

FORMULAIRE

Angine de poitrine.

Iodure de sodium.	20 grammes.
Eau.	300 —

Deux cuillerées par jour. (Huchard.)

Asystolie.

Bien souvent, dans certains cas d'asystolie cardiaque avec oppression, jambes enflées, foie volumineux, urines rares, la digitale, la caféine, la théobromine se montrent inefficaces. M. Auvray père nous rapporte, dans l'*Union médicale de Caen*, que, dans un de ces cas, il a employé avec succès la convallaria maïalis. Il prescrit 1 gramme d'extrait aqueux de muguet. Trois jours après, urines abondantes et disparition de tous les symptômes asystoliques.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance (1), par J. COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le « Traité des maladies de l'enfance » de M. Comby est avant tout un livre pratique. C'est moins un traité de pathologie infantile, dans lequel se trouve exposé l'état actuel de la science, qu'une série de tableaux cliniques et d'impressions personnelles, que l'auteur peut nous rapporter, grâce à sa longue expérience des maladies de l'enfance.

Le livre est conçu sur le plan suivant :

Après un résumé d'hygiène infantile et quelques considérations de thérapeutique générale infantile, l'auteur aborde l'étude des diverses maladies. Celles-ci sont classées en deux parties : la première consacrée aux maladies générales, infectieuses ou dystrophiques; la seconde, aux maladies locales ou organiques.

Nous ne pouvons donner ici une analyse même succincte des divers chapitres de ce livre, nous signalerons seulement quelques-uns des chapitres, qui révèlent dans quel esprit le livre a été conçu.

Dans le premier chapitre, l'auteur prend l'enfant à sa naissance et le suit jusqu'à la fin de la première dentition, nous donnant chemin faisant des renseignements précis sur le poids, la taille de l'enfant, sur la dentition.

L'auteur aborde ensuite cette grosse question de pratique, l'hygiène infantile; il décrit minutieusement les soins à donner au nouveau-né, l'alimentation qu'il convient de lui prescrire, lait maternel, lait stérilisé, etc.; le sevrage, etc.

Dans la première partie de l'ouvrage signalons encore les chapitres sur la syphilis et la tuberculose infantile, dans lesquels la question de l'hérédité est nettement mise au point et les symptômes de la syphilis héréditaire précoce, décrits de main de maître.

Dans les chapitres des dystrophies héréditaires ou acquises, le lecteur lira avec le plus vif intérêt les chapitres sur la scrofule et sur l'arthritisme.

M. Comby, enfin, a consacré à l'étude des maladies de la peau, si fréquentes chez les jeunes enfants, des développements inusités dans les anciens livres de pathologie infantile ; les œdèmes, les érythèmes des nouveau-nés, les engelures, l'urticaire, les affections des glandes sudoriques sont minutieusement décrits.

Traité de chirurgie clinique et opératoire (2), par les docteurs A. LE DENTU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre DELBET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. (Tome VIII : *Maladies du pancréas, de la rate, du foie et des voies biliaires, de l'anus et du rectum, des reins.*)

Le « Traité de chirurgie clinique et opératoire », publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le huitième volume vient de paraître.

M. Villar, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, traite des « maladies chirurgicales, du mésentère, du pancréas et de la rate ». La chirurgie du pancréas est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne : la sécurité que donnent l'asepsie et le perfectionnement de la

(1) 3e édit., revue et considérablement augmentée. Prix : 20 francs. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-8° de 972 p., avec 123 figures. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

technique opératoire, permettent d'exécuter des opérations jugées naguère impraticables.

M. J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, s'est chargé des « Maladies du foie et des voies biliaires ». S'il y a un certain nombre de maladies du foie qui sont des affections essentiellement médicales, il en est d'autres qui sont du seul ressort de la chirurgie : tels sont les abcès et les kystes; d'autres siègent sur la limite de plus en plus incertaine qui sépare la médecine de la chirurgie. M. Faure étudie successivement les lésions traumatiques, les lésions infectieuses, les lésions organiques, les lésions de nutrition, enfin les lésions par parasites ou microbes. Il termine son article par un chapitre sur les indications et la technique des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires.

M. Pierre Delbet a écrit une excellente monographie sur les « Maladies de l'anus et du rectum », divisée en six chapitres : malformations, traumatismes, inflammations, déplacements, hémorroïdes et tumeurs.

M. A. Guinard, chirurgien des hôpitaux de Paris, s'est chargé du chapitre : « Anus contre-nature et fistules stercorales. »

Enfin, le volume se termine par un véritable traité des « Maladies des reins et de l'uretère, » dû à la plume si autorisée de M. le professeur agrégé J. Albarran. Après une introduction sur l'exploration du rein, l'auteur traite successivement des traumatismes, du rein mobile, des néoplasmes, des pyélo-néphrites, des périnéphrites, des rétentions rénales, des fistules de la tuberculose, de la lithiase et de l'anurie.

Un chapitre spécial est consacré aux opérations qui se pratiquent sur le rein. Le volume se termine par la chirurgie des uretères.

En somme, le huitième volume présente au plus haut point la caractéristique de ce traité, qui est avant tout d'être pratique.

Memento botanique (1), par C. Guyettant, ancien pharmacien à Paris.

Ce livre intéresse tous ceux qui s'occupent de botanique ou d'horticulture; mais c'est principalement aux jeunes gens de nos écoles qu'il est destiné.

Les étudiants qui suivent les cours de médecine ou de pharmacie trouveront, dans ce *Memento*, un résumé d'une grande utilité pour leurs études ou leurs examens. Il leur donnera, en effet, rapidement et sans recherches, non seulement les expressions botaniques des plantes, mais encore le nom des familles auxquelles chacune d'elles appartient.

La traduction française des noms latins, placés par ordre alphabétique, facilitera pour eux la lecture des traités de botanique parsemés, par leurs auteurs, de noms latins trop souvent incompréhensibles.

En résumé, le médecin et l'étudiant trouveront dans ce livre, d'un prix minime, des renseignements qu'ils chercheraient souvent en vain dans des ouvrages d'un prix élevé.

Nouveau formulaire magistral de consultations infantiles (2), par le docteur H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société médicale du VIe arrondissement.

Il est hors de doute que le praticien le plus expérimenté ne saurait avoir toujours présente à l'esprit la formule appropriée à l'âge, à la constitution et à la résistance individuelle des enfants pour lesquels il est consulté, clientèle intéressante et productive, s'il en fut, pour tout médecin occupé.

Connaissant par lui-même ces difficultés, et sachant d'autre part combien vague et inféconde est la lecture du minuscule paragraphe de traitement surajouté presque à regret à chacun des chapitres de tous nos traités classiques, l'auteur a pensé simplifier la besogne à des confrères en leur proposant un programme clair, précis et concis à suivre pendant les deux ou trois premières semaines.

En raison de la vaste étendue de la clinique infantile et de la spécialisation de quelques-uns de ses confrères, il a cru, par prudence et par déférence, devoir faire appel à l'expérience de la vieille Ecole représentée par Barthez, Roger, Archambault, Labric, A. Ferrand, J. Simon, le professeur Grancher, dont il fut l'élève, et de la jeune et brillante génération médicale avec laquelle il a vécu : le professeur Hutinel, Sevestre, Moncorvo, Blache, Marfan, Legroux, Variot, Legendre, J. Comby, Descroizilles, Guinon, Nogué, Mercier, etc., etc.

Enfin, le concours de plusieurs confrères français et étrangers adonnés à la dermatologie, MM. L. Jullien, Feulard, ou à l'ophtalmologie, ont permis à l'auteur de rendre ce « formulaire de poche » aussi complet que possible.

Un court paragraphe de séméiologie précède l'indication thérapeutique de certains syndromes et de quelques affections d'ordre médico-chirurgical, tels que l'ascite, l'appendicite, l'asthme, etc.

Ce nouveau et troisième volume, très portatif, complètera heureusement les deux premiers ouvrages de thérapeutique infantile du docteur Dauchez, édités par la Société d'éditions scientifiques.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1).

Par le docteur A. Corlieu.

III

In (2) *nomine sacrosanctæ et individuæ Trinitatis, cui laus, honor et gloria in æternum mandat : quod faustum, felix fortunatumq. sit, incipit*

Commentarius *primi decanatus Mag. Guidonis Patin, Bellovaci, doctoris medici Parisiensis a die Sabbathi, quinto novembris, anni millesimi sexcentesimi quinquagesimi, ad diem Sabbathi, quartum novembris anni millesimi sexcentesimi quinquagesimi primi.*

ACTES, ASSEMBLÉES, DÉCRETS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'an du Christ sauveur 1650, le samedi 5 novembre après la fête de la Toussaint, jour fixé par maître Jean Piètre, doyen, par lettre de convocation portée à tous les docteurs, selon l'usage, par Louis Delaroche, premier appariteur, et après le sacrifice de la messe, presque tous les docteurs se réunirent dans les Écoles supérieures pour délibérer sur l'élection du doyen et des professeurs de médecine, de pharmacie, de chirurgie et de botanique. D'abord cinq docteurs furent désignés par le sort pour élire le doyen et les professeurs, savoir trois du premier rang (anciens) maîtres Robert Tulloüe, Claude Liénard et François Desfrançois; deux du second rang, Claude Guérin et Toussaint Fontaine. Après avoir prêté le serment entre les mains de Jean Piètre, doyen sortant, de ne nommer à une fonction aussi importante qu'un homme très digne et fidèle observateur des Commentaires de la Faculté; d'après le règlement du 24 janvier 1643, ils se réunirent selon l'usage dans la chapelle pour implorer le Dieu très grand et très bon de leur

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 726.
(2) *Commentaires*, t. XIII, p. 438.

désigner un homme honnête, habile et excellent pour être à la tête de la Faculté. Après avoir discuté et mûrement réfléchi, ils revinrent, ayant choisi trois maîtres très dignes, savoir : du premier rang, maître Charles Lecler et maître Guy Patin ; du second rang, maître Nicolas Richard. Leurs noms écrits sur du papier ont été mis dans un bonnet par le très illustre maître Jean Riolan, l'ancien de la Faculté, et le nom tiré au sort par le doyen sortant, fut celui de Guy Patin, qui fut ainsi proclamé doyen aux applaudissements et à l'acclamation manifeste de tous les honnêtes gens (1). Aussitôt après avoir prêté serment, j'ai reçu de maître Jean Piètre, ancien doyen, le vieux registre des statuts, les deux petits sceaux d'argent, unis ensemble par une chaîne d'argent, la clé du coffre et quatre autres qui sont celles de la Faculté des états de l'Université de Paris.

Dans cette même assemblée, et avec le même mode d'élection, furent élus pour l'année suivante : les professeurs de physiologie, maître François Boujonnier, de chirurgie, maître Jacques Thévart, mais pour l'année présente, ceux de botanique, maître François Blondel, de pharmacie, maître Martin Akakia. Les mêmes électeurs avaient nommé pour censeur maître Nicolas Richard, bien qu'il soit d'usage dans l'Assemblée convoquée pour l'élection du doyen de nommer comme censeur celui qui était désigné par la pluralité des suffrages. Mais le nouveau doyen fut informé par Michel Delavigne qu'une pétition avait été déjà favorablement accueillie par la Faculté, et il demanda qu'on choisît pour censeur un homme très honorable et très instruit, maître Paul Courtois, du diocèse de Meaux, ce qu'il obtint facilement.

Le mardi 8 novembre 1650, j'ai reçu à mon domicile la visite de quatre chirurgiens jurés, venus pour me féliciter, savoir maîtres Claquenelle, Turbier, Turpin et Bénard. Quelques jours après, deux apothicaires jurés de Paris, maîtres Mathurin Lafontaine et Jacques Tartarin me rendirent le même devoir.

Le mardi 15 novembre 1650, dans les Écoles supérieures, eut lieu l'examen botanique, pendant un jour entier, examen qui aurait dû avoir lieu à la fin du mois de juin et qui a été ajourné à cause du petit nombre des bacheliers.

Le vendredi 18 novembre 1650, à dix heures du matin, fut célébré dans la chapelle des écoles, le service anniversaire de maître Guillaume Lusson, docteur en médecine de Paris, qui est mort ce même jour 18 novembre 1610. On distribua aux docteurs présents 25 livres tournois, que de son vivant il avait légués par testament à notre École.

ARGUMENTATIONS QUODLIBÉTAIRES

Le jeudi 24 novembre 1650, maître Pierre de Beaurains, docteur en médecine, présida d'après son tour une argumentation quodlibétaire. Maître François Landrieu, du diocèse de Laon, bachelier en médecine, lui répondit. La thèse avait pour sujet : *An sanguis sit animatus?* Cette thèse fut repoussée plusieurs jours par le doyen, qui ne voulait pas l'approuver pour deux raisons : d'abord parce qu'elle était presque une thèse de pathologie et de thérapeutique, tandis qu'elle devait être presque exclusivement physiologique, dans cette première année d'études médicales des bacheliers ; ensuite parce qu'elle paraissait animée d'un mauvais esprit, contre l'usage de la saignée, le principal et le meilleur agent dans la cure des maladies, et aussi un moyen héroïque (ἡγεμονικῷ, *remedio*) employé chaque jour pour le plus grand bien des malades, par les médecins de Paris, pour la guérison de presque toutes les maladies. Mais comme il n'y avait aucune thèse prête, et afin de ne pas laisser plus longtemps nos écoles vides et muettes, j'ai, comme doyen, pris conseil du président de l'acte, homme d'un esprit rigide, et j'ai consenti à l'impression de cette thèse, mais à la condition qu'elle serait retouchée, diminuée en beaucoup d'endroits, modifiée surtout dans ceux où l'auteur blâmait la saignée. (*A suivre.*)

(1) Les sorts sont jetés dans l'urne, mais c'est Dieu qui les règle. (Note de G. Patin.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — A la suite du concours qui vient de se terminer le 13 juillet, M. le docteur Chambrelent est nommé accoucheur-adjoint des hôpitaux.

Colonies. — Par décret, en date du 15 juillet 1899, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Chédan, médecin en chef de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. Sallebert et Simon, médecins principaux ; — Rimbert et Maclaud, médecins de première classe.

Mme Chantelu, en religion sœur Sainte-Ursule, supérieure principale des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul de Chartres à la Martinique, cinquante ans et demi de services dans les hôpitaux de la colonie.

Marine. — M. Battarel, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer à bord du *Pourvoyeur* (division de l'océan Indien), M. le docteur Rigaud.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bertin-Sans, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; — Catois, professeur à l'École de médecine de Caen ; — Chevrel, chargé de cours à l'École de médecine de Caen ; — Gémy, chargé de cours à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger ; — Guillet, professeur à l'École de médecine de Caen ; — Hédon, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; — Lagrange, chargé de cours à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; — Lefour, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; — Montfort, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes ; — Ogier, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris ; — Poncet, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon ; — Prenant, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; — Sandoz, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; — Tapie, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse ; — Tesson, professeur à l'École de médecine d'Angers ; — Vincent, professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger ; — Dagrève, médecin du lycée de Tournon ; — Laisney, médecin du lycée de Coutances.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Biraud, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; — Bosc, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; — Castex, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes ; — Charmeil, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille ; — Chassevant, agrégé près la Faculté de médecine de Paris ; — Condamin, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon ; — Doyon, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon ; — Fouriaux, chef de clinique à l'École de médecine de Clermont ; — Gilbert, agrégé libre, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris ; — Jacques, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; — Morel, chargé de cours à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse ; — Oui, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille ; — Penières, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse ; — Perriol, chargé de cours à l'École de médecine de Grenoble ; — Poisson, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes ; — Porte, professeur à l'École de médecine de Grenoble ; — Puech, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; — Rappin, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes ; — Sabrazès, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; — Thoury, chef de

travaux à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille; — Vallas, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon; — Bernasconi, médecin du lycée de Bourg; — Crochet, médecin du collège Sainte-Barbe; — La Saigne, médecin du lycée de jeunes filles à Tournon; — Reignier, médecin du lycée de Moulins.

Au grade de chevalier du Mérite agricole. — MM. les docteurs Gauchot (de Chambois); Bonnefous (de Randan); Chayron (de Villefranche-de-Longchapt); Dumolin (de Haubourdin); Trilhe (de Mazamet).

Souscription pour les nouvelles méthodes de traitement des maladies infectieuses. — M. Audiffred, député, fait un appel pour réunir les fonds nécessaires aux expériences des nouvelles méthodes de traitement des maladies infectieuses. Il est assisté d'un comité où se trouvent MM. J. Siegfried, sénateur; Aynard et le prince d'Arenberg, députés; G. Masson, président de la Chambre de commerce de Paris. — Sans publicité 73 500 fr. ont déjà été recueillis. Le trésorier est M. Labeyrie, gouverneur du Crédit foncier.

Intérêts professionnels. — Certains magistrats se font une singulière idée de la dignité des médecins. Un confrère ayant fait opérer un de ses clients de la cataracte par un oculiste, demande après guérison des honoraires pour soins consécutifs. Le client refuse, affirmant que dans le chiffre de 300 francs, fixé pour l'opération, tout est compris, opération et soins consécutifs. On va en justice de paix, et un jugement fixant les honoraires à 14 fr. 80, au lieu de 96 francs, prix réclamé, est rendu, « attendu que le prix des opérations se règle généralement sur la fortune et *d'après leur* (sic) *situation sociale*; que le prix d'une cataracte dans son ensemble varie de 200 à 300 francs, et que ce *prix est toujours partagé*, et le médecin ordinaire chargé des pansements et soins consécutifs, et ce, dans la proportion de deux tiers pour l'un et de un tiers pour l'autre. *Que tel est l'usage.* Attendu que le docteur X... a donc dû toucher sa part dans la somme de 300 francs, versée par G... »

Voici la dichotomie reconnue officiellement et légalisée. Nous sommes reconnaissants à M. Lereboullet de nous avoir communiqué ce petit chef-d'œuvre.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guerlain, décédé à Boulogne-sur-Mer, dans sa soixante-huitième année; Angéard (de Mareuil); Delavaux, de Dieue, près Verdun (Meuse); Dumas (de Vallers); Isaac Mayor (de Genève); Henry Peltier (de Paris).

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — JEUDI 20 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 20 JUILLET 1899. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris — L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juillet au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(18 JUILLET 1899)

La communication qu'a faite M. Lancereaux, dans l'avant-dernière séance, relativement à l'**aortite palustre**, avait, on se le rappelle, soulevé quelques protestations de la part de MM. Colin, Laveran et Leroy de Méricourt, qui ont déclaré n'avoir jamais constaté, dans leurs nombreuses observations, ces lésions aortiques d'origine paludique. M. Laveran est revenu sur cette question pour combattre de nouveau l'opinion de M. Lancereaux. Parmi les faits réunis sous le titre d'aortite palustre, ceux qui peuvent être retenus en faveur de l'opinion défendue par M. Lancereaux sont, d'après M. Laveran, peu nombreux; la plupart des malades chez lesquels l'aortite a été constatée ou bien n'avaient jamais été atteints de paludisme, ou bien étaient guéris de cette maladie quand les premiers symptômes de l'aortite ont été constatés.

L'existence d'une forme d'aortite relevant directement de l'agent pathogène du paludisme, et bien caractérisée au point de vue anatomo-pathologique, ne peut être considérée comme démontrée.

Si le paludisme joue un rôle dans l'étiologie de certaines aortites, il s'agit vraisemblablement d'un rôle secondaire. On peut admettre que l'état d'anémie et de faiblesse générale qui est souvent la suite du paludisme est une des causes prédisposantes de l'aortite en plaques comme de l'endocardite infectieuse.

Telles sont les objections présentées par M. Laveran dont la compétence, en matière de paludisme, est trop bien établie pour qu'on n'en tienne pas grandement compte.

M. Lancereaux n'est pas autrement surpris que MM. Colin et Laveran n'aient pas constaté l'aortite chez les nombreux paludiques qu'ils ont eu à observer. Ricord, dont la compétence en syphiligraphie est indiscutable, ne connut pas, sauf un cas de gomme du cœur, les manifestations syphilitiques des viscères, ce qui ne les empêchait pas d'exister. Il lui était difficile, en effet, d'observer les manifestations en question par le fait qu'il ne soignait que les individus atteints de désordres spécifiques initiaux ou secondaires. De même, MM. Colin et Laveran n'ont pas observé l'aortite paludique parce qu'ils ont observé le paludisme dans ses phases initiales et n'ont pas été à même de le voir dans sa phase avancée. D'ailleurs, ajoute M. Lancereaux, ce n'est pas seulement la fréquence de l'aortite chez les paludiques qui prouve la relation de cause à effet qui existe entre le paludisme et la lésion de l'aorte, ce sont aussi les caractères tout à fait spéciaux de cette lésion, à savoir son siège habituel à l'origine de l'aorte, son début par la tunique externe, les plaques de la surface interne de ce vaisseau et aussi la pénétration de toutes les tuniques par des éléments embryonnaires qui finissent par donner naissance à des tumeurs anévrysmales. Ces arguments invoqués par M. Lancereaux ne parviennent pas à convaincre ses contradicteurs, pas plus que MM. Kelsch et Cornil, qui prennent la parole pour se joindre à eux. Par contre, ils soulèvent de la part de MM. Fournier et Marey, de vives protestations en faveur de leur maître Ricord qui, disent-ils, connaissait parfaitement la syphilis viscérale.

Nous avons résumé en quelques mots l'intéressante observation de M. Rendu, relative à un cas d'**hérédo-syphilis** et les remarques qu'a faites, à son sujet, M. Fournier. M. Pinard vient à son tour aujourd'hui établir une distinction très nette entre la syphilis héréditaire vraie, et les stigmates dystrophiques d'hérédo-syphilis. Il aborde ensuite la question de l'avortement et fait observer qu'il est bien difficile de fournir une statistique quelconque, puisqu'il est impossible, en présence d'une femme offrant ces stigmates de dégénérescence, de savoir si on a affaire à une hérédo-syphilitique.

Cette grave question de l'hérédo-syphilis, si importante au point de vue pratique, mérite qu'on s'y arrête et qu'on l'étudie. Nous espérons que la discussion qui vient de s'élever à ce sujet, à l'Académie, se poursuivra et y apportera quelque lumière.

M. Hervieux communique son rapport officiel sur les **vaccinations** et **revaccinations**, pratiquées en France et dans les colonies françaises, pendant l'année 1898. Il appelle l'attention du ministre sur la question des revacci-

nations considérées au point de vue de leur importance et de leur nécessité.

Il rappelle l'époque où l'on proclamait l'infaillibilité de la préservation par le vaccin et la disparition complète possible du fléau variolique, double illusion qui fut bientôt détruite par les nombreuses épidémies qui se succédèrent en Europe depuis 1824, jusqu'à ces derniers temps.

On reconnut bientôt l'insuffisance d'une première vaccination et la nécessité de recourir aux revaccinations. On ne tarda pas à reconnaître leur efficacité pour restituer à l'organisme la somme d'immunité qu'il avait perdue. Plus tard la vaccine animale, son abondante production, la facilité de répandre le vaccin sur toutes les parties du globe démontrèrent la possibilité de supprimer les épidémies varioliques avec le secours de l'obligation vaccinale et des vaccinations réitérées. Ce qui se passe en Allemagne et dans notre armée ne laisse aucun doute à cet égard.

M. Hervieux complète cette démonstration de la nécessité des revaccinations, par l'exposé des avantages de l'obligation vaccinale et la réfutation des objections qu'on a faites à la mise en pratique de ce puissant moyen. Il termine son rapport par quelques considérations, sur la question de l'affaiblissement possible de la virulence du vaccin.

M. Cornil a fait connaître les résultats de recherches expérimentales intéressantes qu'il a faites avec M. Coudray sur la **réparation** et l'**ossification de la moelle des os**, après évidement de cette substance chez le chien.

Nous devons encore signaler plusieurs communications, car cette séance, l'avant-dernière avant les vacances, a été très particulièrement chargée :

C'est d'abord M. Javal qui a communiqué un travail sur la **physiologie de l'écriture au point de vue de l'enseignement.** Il insiste sur l'influence des mouvements variés qui interviennent dans l'acte d'écrire et qui peuvent modifier les caractères de l'écriture.

C'est ensuite M. Robin qui, en son nom et au nom de M. Leredde, a appelé l'attention de l'Académie sur les **rapports qui existent entre certaines affections de l'estomac et certaines dermatoses.** Sur 422 observations de dyspepsies diverses, les auteurs ont rencontré 129 cas de dermatoses. 30 de ces malades ont été suivis et étudiés au point de vue du chimisme stomacal. Chez tous a été constatée la présence d'acides de fermentation lactique et butyrique. Nous regrettons que le manque de place ne nous permette pas de suivre M. Robin dans ses ingénieuses déductions pathogéniques et thérapeutiques.

M. Delahousse a fait une communication sur la **stérilisation de l'air confiné.**

A la fin de la séance, la parole a été donnée à M. Morestin pour la présentation d'un petit malade très intéressant au point de vue d'un **traumatisme cranien.** Nous publierons prochainement l'observation de M. Morestin.

RECHERCHES
SUR LES FONCTIONS DES CAPSULES SURRÉNALES (1)

Par le docteur Boinet,
Agrégé, médecin des hôpitaux, professeur à l'École de médecine de Marseille.

Résultats observés a la suite de l'ablation complète et simultanée des deux capsules surrénales chez 59 rats d'égout. — 1° *Durée de la survie.* — Un jour (2 rats), deux jours (5 rats), trois jours (8 rats), quatre jours (2 rats), cinq jours (6 rats), de six à dix jours (5 rats), onze jours (5 rats); douze jours (3 rats), treize jours (1 rat), seize jours (5 rats), vingt jours (2 rats), vingt-huit jours (8 rats), trente jours (1 rat), cinquante jours (1 rat), soixante-trois jours (1 rat), cent soixante-trois jours (1 rat), cent quatre-vingt dix-huit jours (1 rat). A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de régénération des deux capsules surrénales; elles ont été complètement abrasées et elles ne se sont pas reproduites. Seul un rat, qui a survécu trente-deux mois et vingt-deux jours à une double décapsulisation, présentait une capsule surrénale dégénérée à gauche. Il avait, en outre, un foie très granuleux, dont la coloration était comparable à celle du cuir de Cordoue. Sa rate était plus rouge, plus dure, plus scléreuse et plus volumineuse que normalement. Ces altérations du *foie* et de la *rate* tiennent vraisemblablement à l'action de toxines qui s'accumulèrent dans l'organisme sous l'influence de l'insuffisance capsulaire; elles montrent encore le rôle vicariant de ces deux viscères (1). Il est partagé par le *thymus* (2), surtout chez les jeunes animaux et par le corps *thyroïde* (3). Nous avons recherché dans l'existence de *capsules surrénales accessoires* l'explication de cette survie anormale des rats doublement décapsulés. Nous n'avons trouvé autour des reins que trois à cinq petits organes rougeâtres, gros comme un grain de mil, plus durs et plus foncés que les ganglions lymphatiques, présentant une structure qui rappelle celle de la couche corticale des capsules vraies. Ils peuvent être considérés à la rigueur comme des capsules accessoires (4). Cependant, elles ne s'hypertrophient pas chez les rats privés de leurs deux capsules.

La résistance de rats d'égout à la double décapsulisation s'explique encore par la disposition spéciale de leurs capsules qui peuvent être extraites par la voie lombaire, avec un traumatisme opératoire assez léger.

2° *Phénomènes observés pendant la vie.* — Ces rats doublement décapsulés succombent avec tous les symptômes d'autocurarisation bien décrits par MM. Langlois et Abelous. Leurs mouvements sont lents, incertains, limités à un moment donné, la marche est impossible. Alors, ces rats restent couchés sur le flanc, font quelques petits bonds, puis retombent inertes. Avant la mort, la température rectale tombe à 34 degrés; la respiration est ralentie, pénible, difficultueuse, parfois entrecoupée de petits cris plaintifs. Les battements cardiaques sont mous, mal frappés, diminués de moitié. La sensibilité à la douleur est amoindrie (5). Parfois la contractilité électrique des muscles de la cuisse est diminuée, tandis que celle du sciatique est conservée.

3° *Lésions anatomo-pathologiques.* — Sur ces 59 nouvelles expériences, la *rate* était congestionnée 14 fois, assez volumineuse 27 fois. La congestion *pulmonaire* existait chez 29 de ces rats; elle s'accompagnait de suggillations hémorragiques dans 16 autres cas. Le *ventricule gauche* du cœur était toujours rétracté, en systole. Le *foie* était hyperhémié 5 fois. La congestion des *reins* a été notée 8 fois. Les *centres nerveux* étaient 5 fois atteints d'une forte hyperhémie; 7 fois la congestion était peu considérable. L'hypertrophie du *corps thyroïde* a été observée chez 6 rats, sa congestion a été constatée chez 7 autres. Le *thymus* était sensiblement hypertrophié dans 11 cas.

4° *Recherches sur la répartition de pigment noir.* — A. Il s'était

(1) Communication faite le 15 juillet 1899, à la Société de biologie.

(1) Boinet. IVe Cong. de méd., Montpellier, avril 1898.

(2) Hild, *Brit. med. Journ.*, 3 juin 1899, p. 1327.

(3) Boinet. Ier Cong. de méd., Lyon 1894, p. 611, et IVe Cong. de méd., Montpellier (loc. cit.).

(4) Voir la thèse inspirée à M. Bœuf (Montpellier, mai 1899).

(5) Boinet. Ier Cong. de méd., Lyon 1894, p. 608; Bordeaux 1895, p. 699; — Soc. de biol. de Paris, 1895, p. 162, 273, 325, 498, 646; 1896, p. 164, 344; 1897, séances des 8 et 15 mai; — Cong. des Soc. savantes, Paris 1897, p. 200.

déposé en grande quantité dans le tissu cellulaire sous-cutané de 3 rats, dans les ganglions lymphatiques sous-cutanés, lombaires, péri-rénaux de 2 autres (1). Il existait 26 fois dans la rate, 6 fois dans le foie, 4 fois dans le rein, 26 fois dans le sang du cœur où il était mélangé 12 fois avec le pigment *ocre*. Le foie contenait 7 fois cette association de pigment noir et ocre. La présence du pigment ocre *seul* n'a été notée qu'une fois dans la rate et dans les reins; elle n'a jamais été constatée, à l'état isolé, dans le sang du cœur.

B. Nous avons recherché aussi ces pigments chez 9 rats doublement *décapsulés*, qui avaient succombé à la suite d'une injection de suc *musculaire* ou *viscéral*, provenant de rats morts après l'ablation de leurs deux capsules. Le sang du cœur contenait du pigment noir en petite quantité chez 4 rats, et en assez grande abondance chez 2 autres. Il était mélangé avec du pigment ocre dans 3 autres cas. L'examen de la rate de ces mêmes animaux a montré 4 fois des grains de pigment noir; ils étaient 5 fois en proportion plus notable. Le pigment ocre a toujours fait défaut. En résumé, l'injection des sucs musculaires ou viscéraux des rats morts de double décapsulisation favorise la production de pigment chez des rats déjà privés de leurs deux capsules.

5° *Recherches sur les fonctions vicariantes de la rate chez les rats décapsulés.* — Elles complètent la communication que nous avons faite au Congrès à Montpellier, au mois d'avril 1898.

A. *Splénectomies faites sur 2 rats doublement décapsulés depuis quatre mois.* — L'un est mort le lendemain, le second huit jours plus tard. Ils présentaient, à l'autopsie, de la congestion pulmonaire avec suggillations, une augmentation de volume du thymus et du corps thyroïde, une abondante infiltration de pigment noir dans le tissu cellulaire sous-cutané des régions hypogastriques, dans les ganglions lymphatiques inguinaux, axillaires, cervicaux, lombaires, périrénaux.

B. *Ablation simultanée des deux capsules de la rate.* — 1. *A 3 vieux rats.* — Les deux premiers succombent le sixième jour avec une forte congestion pulmonaire. Le sang du cœur contient un pigment ocre, on le retrouve, en certaine abondance, dans le rein. Il n'existe aucune trace de pigment dans le foie. Le troisième rat meurt au bout de dix jours. Les poumons et le foie sont fortement congestionnés; les reins sont plus pâles qu'à l'état normal; ils ont un aspect graisseux, le thymus est hypertrophié. On n'observe ni pigment noir, ni pigment ocre dans le cœur, le foie, les reins. En résumé, la splénectomie détermine la mort des vieux rats en dix jours au maximum. Elle donne des résultats analogues chez des jeunes rats dont le thymus exerce, en s'hypertrophiant, un rôle compensateur.

2. *Double décapsulisation et splénectomie pratiquées simultanément à 6 jeunes rats, du même âge et du même poids.* — Un meurt le lendemain et présente, à l'autopsie, une faible congestion pulmonaire, une augmentation de volume du thymus. Le cœur est rétracté, le foie est moins rouge que normalement. Le sang de la veine porte renferme très peu de pigment noir et une quantité anormale de gros globules blancs. On trouve dans le sang du cœur du pigment noir en abondance.

Le *second* rat succombe au bout de quarante-huit heures. Les poumons sont congestionnés, le thymus est plus volumineux que chez les rats témoins.

A l'autopsie d'un *troisième* rat mort trois jours après cette opération, on constate de la congestion du thymus, du corps thyroïde, des poumons, des reins, du foie et des centres nerveux. Le sang du cœur renferme du pigment ocre et noir.

Les *quatrième* et *cinquième* rats meurent le cinquième jour. Les poumons sont le siège d'une forte congestion avec suggillation, les centres nerveux sont hyperhémiés. Pigment noir et ocre dans le sang du cœur et du foie. On ne trouve que du pigment noir dans le sang de la veine porte.

Le *dernier* de ces rats survit dix jours. Les poumons et le foie sont congestionnés, le thymus est sensiblement hypertrophié. Les reins sont gros, anémiés.

6° *Recherches sur la toxicité des sucs musculaires et viscéraux fournis par les 2 rats décapsulés et splènectomisés morts le cinquième jour.* — A. *Injection d'un centimètre cube de suc musculaire.* — 1. *A un rat du même poids doublement décapsulé* depuis quatre jours et en bon état. — Il meurt le lendemain. On trouve du pigment noir dans la rate, le foie; il est mélangé au pigment ocre dans le sang du cœur.

2. *A un rat sain.* — Il succombe quarante-huit heures après. Les poumons sont congestionnés, la rate est volumineuse, les capsules surrénales sont fortement hémorragiques; les capsules accessoires n'ont pas changé d'aspect.

B. *Injection de 1 centimètre cube de sucs viscéraux (foie, reins, cœur).* — 1. *A un rat, du même poids, doublement décapsulé depuis quatre jours.* — Il est en bon état vingt-quatre heures après, il meurt le lendemain. Les poumons sont congestionnés et parsemés de taches hémorragiques. Le cœur, le foie, la rate contiennent du pigment noir. Le volume de la rate est moins considérable que dans les cas où le suc viscéral provient de rats simplement décapsulés.

2. *A un rat normal.* — Il meurt vingt-quatre heures après avec tous les symptômes de l'autocurarisation. L'excitation directe du sciatique, faite immédiatement après la mort, au moyen de décharges électriques, ne produit aucune contraction musculaire; les muscles excités directement se contractent, au contraire, nettement et énergiquement; à l'autopsie, on trouve des poumons congestionnés, une rate hyperhémiée. Les capsules sont fortement hémorragiques tandis que les capsules accessoires n'ont pas subi de modifications appréciables.

7° *Etude comparative de la toxicité des sucs musculaires ou viscéraux fournis par des rats doublement décapsulés.* — I. Un centimètre cube de *suc musculaire* injecté sous la peau d'un rat doublement décapsulé depuis trois jours détermine, au bout de vingt-quatre heures, des phénomènes de curarisation.

II. Les mêmes symptômes se produisent vingt-quatre heures plus tard chez un rat doublement décapsulé depuis trois jours qui avait reçu 1 centimètre cube d'extrait viscéral. On trouve, à l'autopsie des poumons congestionnés, une rate assez volumineuse. Le cœur rétracté contient du pigment noir. On le retrouve dans la rate. Il existe des pigments ocre et noir dans le foie.

III. Nous injectons à 7 rats doublement décapsulés depuis sept jours 4 centimètres cubes de sucs musculaires ou viscéraux de rats morts à la suite d'une double décapsulisation. Les deux premiers reçoivent du suc musculaire, on injecte du suc cérébral à trois autres, du suc rénal est inoculé au sixième et du suc pulmonaire au dernier. Tous meurent en vingt-quatre heures. Le rat décapsulé qui a reçu le suc cérébral résiste trente heures et succombe; comme les autres, avec des symptômes de curarisation (résolution musculaire, torpeur, mouvements lents, incertains; respiration rare, état comateux). A l'autopsie des rats appartenant à ces quatre séries, on note une forte congestion pulmonaire avec suggillations hémorragiques, une hyperhémie très marquée des reins; elle est moins accentuée au niveau des centres nerveux; la rate est congestionnée, souvent hypertrophiée; le corps thyroïde, le thymus sont congestionnés dans la moitié des cas.

IV. Les *rats normaux* à qui on avait injecté 1 centimètre cube d'extraits musculaires ou viscéraux ont résisté mais ils ont pu supporter une dose de 4 centimètres cubes. L'autopsie révélait une congestion des poumons, des reins, des

(1) Boinet. *Rev. de méd.*, 10 fév. 1897, p. 136.

centres nerveux, de la rate, et surtout des capsules surrénales qui étaient livides, rouge foncé, hémorragiques. Dans les expériences communiquées au Congrès de Montpellier (avril 1898) les sucs hépatiques et musculaires des rats décapsulés ont eu une toxicité plus forte que celle des extraits des autres organes.

Les substances toxiques qui s'accumulent, après la décapsulisation, dans l'organisme et qui donnent lieu à ces phénomènes d'autocurarisation sont encore mal définies. Auld admet l'existence d'un poison alcaloïdal très probablement vaso-constricteur. John Abel aurait séparé cette substance sous la forme d'un benzoate qui a l'aspect d'une poudre brillante et dont la formule serait $Cl^7Hl^5NO^4$.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

L'Ecthol.

Par le docteur P.-L. LECTOURE.

Dans une précédente étude (1), nous avons dit que l'Ecthol était un « antipurulent » ou mieux un « antisuppuratif ». Nous nous proposions de prouver cette assertion par des observations indiscutables, tant par leur précision que par l'honorabilité de leurs auteurs.

Mais auparavant une question s'impose, dont l'importance est capitale. Peut-il exister des substances antisuppuratives, c'est-à-dire capables de rendre un organisme absolument réfractaire à la suppuration?

Une pareille question, il y a seulement quelques années, eût semblé plus qu'étrange. Le pus était un article de foi. On se bornait à se demander s'il était « louable » ou non.

Nous savons aujourd'hui, que non seulement la suppuration n'est pas fatale, mais qu'elle est même essentiellement évitable. Les immortels travaux de Pasteur nous ont également appris qu'il n'y a pas suppuration sans la pénétration de ses agents dans l'organisme. Nous savons, en outre, qu'il n'y a pas de microbes pyogènes spécifiques, et que la faculté de provoquer la suppuration appartient également à tous les staphylocoques, au streptocoque de Fehleisen, au bacille pyocyanique, aux bacilles d'Albarran et de Hallé, etc. On est allé plus loin en prouvant que de simples microbes saprophytes peuvent, dans certaines conditions qui nous échappent, devenir pyogènes.

Ces conditions, pour être diverses, n'en ont pas moins un caractère commun : elles affaiblissent l'organisme et le prédisposent au développement des infections.

Cette notion indiscutable à l'heure actuelle, nous le répétons, entraîne, au moins théoriquement, la déduction suivante : « Si les conditions qui diminuent la résistance de l'organisme permettent aux différents microbes de devenir pyogènes ou, en d'autres termes, font de l'organisme un terrain particulièrement favorable à la suppuration, on conçoit que cet organisme puisse, au contraire, sous l'action de certains agents thérapeutiques, devenir réfractaire et ne plus se prêter au développement de la fonction pyogène des microbes. »

Cette vue théorique, si rationnelle d'ailleurs, est surabondamment démontrée par l'action de l'Ecthol. Pour l'établir, nous n'aurions que l'embarras du choix, tellement les faits sont nombreux et probants. Au lieu d'une énumération fastidieuse, nous préférons donc donner quelques conclusions de la revue critique faite par le docteur Villard H. Moor sur l'Ecthol.

Dans cette revue, il recommande l'emploi de ce médicament intus et extra dès l'apparition de la moindre rougeur de la peau pouvant faire craindre un érysipèle ou un commencement de pyémie.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 724

Dans l'érysipèle, l'Ecthol rend des services signalés : « L'application doit déborder sur une petite zone de peau saine et doit être répétée plusieurs fois par jour. Dans les cas bénins, une seule application suffit. En même temps, on doit l'employer à l'intérieur avec des toniques stimulants. » La dose doit être alors d'une cuillerée à café quatre fois par jour.

Si la pyémie apparaît, l'Ecthol est indiqué concurremment avec le traitement classique. Il doit être également prescrit dans les ostéomyélites après l'intervention chirurgicale; on se sert alors d'une petite mèche imbibée d'Ecthol.

Le soulagement est souvent immédiat, et son action, s'ajoutant aux efforts du chirurgien, vient parachever la guérison.

Il en est de même à plus forte raison des furoncles : « Il est évident, dit-il, que l'Ecthol amène leur terminaison par résolution, avec un soulagement rapide et très appréciable de la douleur. Je le conseille tout à fait au début. »

Dans la gangrène, le traitement par les applications locales d'Ecthol est à la fois prophylactique et curatif.

Dans le décubitus prolongé, on peut prévenir les eschares en frottant les parties exposées une ou deux fois par jour avec l'Ecthol.

Ces citations suffisent grandement pour démontrer que l'Ecthol prévient et arrête les suppurations de la peau. Son rôle n'est pas moins énergique et précieux dans les affections suppuratives des muqueuses, comme nous aurons prochainement l'occasion de le montrer.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des alopécies consécutives aux états morbides généraux.

La première indication qui se pose est de traiter l'état général et de tonifier le malade, avec des médicaments appropriés à l'affection dont il vient d'être atteint et à sa constitution.

Les préparations arsénicales et phosphatées rendent de grands services quand l'estomac les tolère. Nous n'avons pas à insister sur ce point qui est du ressort de la médecine générale. Mais nous devons préciser ce que l'on doit faire au point de vue local.

Si la chevelure est trop compromise, il ne faut pas hésiter à la raser complètement : on répète cette opération tous les quatre ou cinq jours, pendant deux ou trois semaines. Ce procédé radical est d'ordinaire fort mal accepté par les malades, mais il est de beaucoup le plus efficace, et il rend les applications des divers topiques beaucoup plus faciles et plus rapides.

Si les cheveux ne tombent que d'une manière relativement modérée, on doit essayer de les conserver, surtout lorsqu'il s'agit de femmes et de jeunes filles. Il faut, dans ce cas, les démêler et les peigner avec précautions pour ne pas arracher et casser ceux qui ont encore de la vitalité. Par contre, on ne doit pas craindre d'enlever tous ceux qui n'adhèrent que faiblement et qui sont à bulbes pleins, car ils constituent autant de corps étrangers dont il faut débarrasser le cuir chevelu.

Si l'état du malade le permet, on fait un léger savonnage pour enlever tous les détritus qui encrassent la tête. On sèche soigneusement le cuir chevelu et les cheveux avec des linges chauds, puis on fait une friction excitante que l'on répète tous les jours. Voici quelques formules dues à divers auteurs et qui nous paraissent recommandables.

Alcoolé de citron	150 grammes.
Acide chlorhydrique . .	4 —

Faire une friction légère du cuir chevelu, matin et soir.

Ou bien :

Alcool à 80 degrés . . . . 80 grammes.
— camphré . . . . . }
Rhum. . . . . } ââ 5 —
Teinture de cantharides }
Glycérine . . . . . . }
Essence de santal . . . } ââ v gouttes.
— Wintergreen. . . }
Chlorhydrate de polycarpine . . . . 50 centigrammes.

Une friction légère sur le cuir chevelu une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de jaborandi. . . 25 grammes.
— cantharides au 10e 25 —
Liniment savonneux . . . 100 —

M. S. A., et agiter avant de s'en servir.

Faire une friction une fois par jour.

Ou bien :

Teinture de cantharides. }
— de romarin . . } ââ 20 grammes.
— de jaborandi . }
Alcoolat de Fioravanti . } ââ 50 —
Alcool camphré . . . . }
Rhum. . . . . 100 —

Il est, d'ailleurs, parfaitement inutile de se servir de ces formules toutes faites; chacun peut prescrire des lotions excitantes alcooliques renfermant du rhum, de l'eau-de-vie, de l'alcool camphré, aromatisées soit avec de l'alcoolat de mélisse, soit avec de l'alcoolat de romarin. Si on veut les rendre plus efficaces, on y incorpore un peu de quinine, de pilocarpine, de teinture de jaborandi, de capsicum, de noix vomique, de cantharides, du chloral, du formol, du sublimé, etc.

Si les cheveux sont trop secs ou cassants, on peut substituer les pommades aux lotions, ou tout au moins combiner ces deux moyens, faire par exemple une lotion le matin, appliquer le soir un peu de pommade sur le cuir chevelu, ou inversement.

Hardy recommandait de se servir de la pommade de Dupuytren ou bien de pommade au tannin ou à l'acide gallique :

Moelle de bœuf . . . . . 20 grammes.
Huile de ricin . . . . 10 —
Acide gallique. . . . . 1 —

On peut remplacer dans cette formule la moelle de bœuf par de la vaseline et aromatiser avec v gouttes d'essence de lavande. (Monin.)

Bazin employait une préparation analogue (20 gr. de moelle de bœuf préparée, 10 gr. d'huile d'amande douce; parfois, il y ajoutait 2 gr. de sulfate de quinine et 1 gr. de baume du Pérou pour aromatiser).

Parmi les autres produits qui ont été préconisés pour faire repousser les cheveux, citons encore la pommade Philocome à base d'extrait mou de quinquina, de moelle de bœuf et d'huile d'amande douce, la pommade de Schneider, la teinture de Cauderer, la pommade de Boucheron, etc.

Quand on ne fait usage que des lotions excitantes, il faut mettre de temps en temps sur les cheveux, dès qu'ils semblent être trop secs, soit un peu d'huile d'amande douce, soit un peu d'huile de ricin parfumée, soit un peu d'huile antique, soit le mélange suivant que nous prescrivons fréquemment :

Huile de ricin. . . . . . 20 grammes.
Teinture de quinine . . }
— de romarin . . . } ââ 10 —
— de jaborandi . . }
Rhum . . . . 100 —

Agiter violemment avant de s'en servir.

Lorsque les alopécies consécutives aux grandes pyrexies se compliquent soit de pityriasis capitis, soit de séborrhée grasse, il faut modifier la médication locale de manière à combattre ces dermatoses. (Brocq. In *Arch. de th. clin.*)

Les appareils orthopédiques en celluloïd.

MM. les docteurs Henri de Rothschild et Ducroquet, dans un récent article du *Progrès médical*, montrent les inconvénients que présente le plâtre en chirurgie orthopédique, à cause de son poids, et exposent les avantages des appareils en celluloïd. Déjà expérimentés en Allemagne par Landerer et Kirsch, ces appareils joignent à une grande légèreté une élasticité et une imperméabilité complètes. Ils sont, en outre, d'une grande solidité. Un autre avantage, d'après Valvarens (1), réside dans la propriété que possède le celluloïd de se ramollir à une chaleur un peu forte. Ainsi, on peut donner à l'appareil la forme que l'on désire.

Technique. — « Le seul liquide dans lequel il soit possible de dissoudre le celluloïd est l'acétone.

Un mélange d'éther ou d'alcool permet également d'arriver à la dissolution, mais le résultat est beaucoup moins bon. On prend trois parties d'acétone pour une de celluloïd; on obtient ainsi une bouillie pâteuse, assez liquide pour pouvoir être facilement étendue sur des bandes de tarlatane acétonées. Pour être complète, la dissolution demande une demi-heure à trois quarts d'heure, sinon l'évaporation dure trop longtemps. Il faut compter quatre à six jours avant que l'appareil soit complètement sec.

Pendant la fabrication de l'appareil, il est bon de se protéger les mains en se servant de gants très haut. La solution de celluloïd, une fois sèche, adhère fortement aux mains et ne s'en détache que très difficilement. La fabrication de l'appareil en celluloïd est un peu compliquée et fort longue. Un des inconvénients est que l'acétone, étant très volatil, répand, pour plusieurs jours, une odeur fort désagréable et très pénétrante. L'extrême inflammabilité du produit le rend très dangereux quand on le met entre les mains de personnes peu prudentes. On peut toutefois parer à cet inconvénient en préservant le jersey avec une étoffe ininflammable. Avant de faire l'appareil en celluloïd, il faut faire un moulage et un contre-moulage en plâtre. Si l'on fait une faute dans la construction de l'un d'eux, l'appareil définitif sera défectueux. Après avoir fait un moulage en plâtre puis un contre-moulage, on applique sur ce dernier des bandes de tarlatane imbibées de celluloïd. Sans vouloir entrer dans le détail du moulage, nous devons dire qu'il suffit de faire un appareil en ouate et en tarlatane fortement empesée, moulant bien le corps du sujet. Lorsque celui-ci est sec, on l'enlève et on le remplit de bouillie plâtrée, après en avoir rapproché les bords avec une bande de tarlatane. Sur le contre-moule, nous avons l'habitude d'appliquer un jersey, trempé au préalable dans l'acétone, sur lequel on applique la solution de celluloïd en couche assez mince. On recouvre ensuite d'une ou deux bandes de tarlatane enduites à leur tour de bouillie de celluloïd. On peut, si l'on veut, supprimer le jersey et ne se servir que de bandes de tarlatane.

Il faut avoir bien soin de serrer fortement les bandes de tarlatane; sans cette précaution, l'appareil, en séchant, présenterait des saillies irrégulières. L'appareil en celluloïd est un appareil à prise très lente; il ne peut donc être question de l'employer quand il s'agit de fixer rapidement une position déterminée. »

Les inconvénients sont les dangers de la manipulation, le prix de revient fort élevé, 20 francs le kilo en France au lieu de 4 à 5 francs le kilo de déchets en Allemagne. L'acétone coûte 8 francs le litre.

(1) *Ann. Soc. Belg.*, 1898.

D'autre part, le celluloïd étant imperméable la sueur ne peut s'évaporer.

Malgré ces inconvénients, on voit les services que le celluloïd est appelé à rendre dans certains cas.

FORMULAIRE

Méningite tuberculeuse.

1° Eau. 300cc
Iodure de potassium . . . . . 10 grammes.

Deux cuillerées le premier jour, quatre le second, six le troisième, huit le quatrième, et continuer à huit par jour.

2° Tous les deux jours, donner le matin 50 centigrammes de calomel en deux paquets.

3° Appliquer un vésicatoire : d'abord à chaque jambe, puis à chaque bras, puis à la nuque.

Puis raser les cheveux et appliquer de l'huile de croton tiglium, étendue d'huile d'olives à égales parts sur tout le cuir chevelu.

4° Nourrir avec du lait glacé et du champagne frappé.

Si c'est supporté, joindre des œufs, des purées avec du bouillon et des purées de viande crue. (Grasset.)

Chalazion.

Frictionner légèrement avec :

Iodure de potassium. . . . 50 centigrammes.
Lanoline. . . . . 5 grammes.
Vaseline. . . . . 10 —

M. S. A.

VARIÉTÉS

Un laboratoire d'Apothicaire au XVIIe siècle (à Paris).

Par M. Eug. Toulouze, archéologue.

En novembre 1898 (1), je publiais ici la découverte d'une *officine d'apothicaire* au XVIIe siècle, explorée par moi dans la vieille rue du Plâtre, à Paris.

Dans un des récipients composant l'ensemble des ustensiles de l'officine se trouvaient encore des restes d'un onguent, dont mon illustre ami, M. le professeur Deneffe, de l'Université de Gand, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, vient de m'adresser l'analyse.

Une deuxième analyse non moins curieuse a été faite par lui d'un onguent gallo-romain du IIIe siècle, trouvé dans un tube de bronze découvert dans mes recherches du VIe arrondissement de Paris.

Fouilles de la rue du Plâtre, officine d'un apothicaire du XVIIe siècle. Pommade ou onguent provenant d'un vase à émail stannifère : plaques grisâtres, dures, se rayant difficilement par l'ongle, se brisant facilement par flexion, cassure droite. La surface d'attache est convexe et luisante. Se pulvérise facilement, poudre grisâtre.

Perte au rouge, 18,44 p. 100. Résidu fixe 81,56 p. 100, renfermant des traces de chlorures, de sulfates, un peu de magnésium ; 37,23 d'anhydride phosphorique ; 51,82 d'oxyde de calcium et 1,43 de matière insoluble.

Selon toute probabilité, les fragments sont constitués par des os pulvérisés, agglomérés, soit par le temps, soit par une cause quelconque.

Fouilles de la rue du Four, époque gallo-romaine, poudre provenant d'un étui à onguent.

Poudre granulée, à points brillants, métalliques, fragments verdâtres.

Perte au rouge, 4,33 p. 100. Résidu fixe 95,67 p. 100, renfermant 40,6 p. 100 de plomb métallique, 1,93 de cuivre métallique, 1,405 de matière insoluble (silice, etc.), énormément de soufre sous forme de sulfure de plomb et de cuivre, du carbonate et du sulfate de ces métaux.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1259, 1267.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours du prosectorat de l'amphithéâtre des hôpitaux s'ouvrira le 20 juillet, à quatre heures. Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Quénu, Peyrot, Guyon, Berger, Hayem et Gilbert.

— Le Conseil municipal vient d'inviter l'Administration à établir des devis détaillés pour la reconstruction de la Pitié, Cochin et Aubervilliers.

Faculté de Paris. — Le concours du clinicat des maladies mentales s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Roques de Fursac et Manheimer.

Nomination. — M. le docteur Bourrillon est nommé directeur de l'asile national de Vincennes.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Poncet (de Cluny), médecin principal de l'armée en retraite.

Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale. — Un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, institué par arrêté ministériel, en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris, au cours de l'Exposition universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Outre les communications faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter six rapports qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes :

1° Des principes fondamentaux de la déontologie médicale ;
2° Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales ;
3° Des œuvres de défense professionnelle ;
4° Relations des médecins avec les mutualités ;
5° Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent ;
6° Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie.

Pour tous renseignements en ce qui concerne le Congrès, s'adresser ou écrire au secrétaire général : M. Jules Glover, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris.

Une grève médicale. — Les médecins oculistes de Cassel (Allemagne) se sont mis en grève pour protester contre la diminution du tarif des honoraires, décidée par le comité directeur de la Caisse des malades de cette ville.

Tous les autres médecins ont fait cause commune avec leurs confrères oculistes.

Encore les conserves. — Avant-hier, une centaine de militaires du 4e escadron du train des équipages, après avoir mangé des viandes de conserve, ont été pris de coliques violentes.

Plusieurs ont dû être dirigés sur l'hôpital de Chartres.

La peste en Orient. — Aucun nouveau cas de peste n'avait été constaté à depuis le 10 juillet à Alexandrie. Aujourd'hui, 4 nouveaux cas se sont produits, dont 2 suivis de mort.

Le total des cas se trouve ainsi porté à 72, sur lesquels on a constaté 27 décès et 28 guérisons.

— Pendant la deuxième semaine de juillet, on a signalé à l'île Maurice 20 cas de peste et 14 morts.

Odeur de la terre. — Elle est bien connue et caractéristique, l'odeur de la terre fraîchement remuée, l'odeur de la terre mouillée par une pluie d'orage. A quoi est-elle due ?

D'après M. Clarke Nuttol, l'odeur de la terre fraîche est en rapport avec le développement d'une bactérie, la *cladothrix odorifera*, qui, en se multipliant sur les matières végétales en décomposition, détermine a formation d'une substance volatile odorante. (*Lyon méd.*)

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise avec le concours de l'Agence des voyages économiques :

1° *Une excursion en Savoie et en Suisse*, du 18 au 31 juillet.

Prix : 1re classe, 510 fr.; 2e classe, 470 fr. (tous frais compris).

2° *Une excursion en Savoie, Dauphiné, Italie et Suisse*, du 29 juillet au 9 août.

Prix : 1re classe, 400 fr.; 2e classe, 355 fr. (tous frais compris).

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anæmia and some of the blood-formings organs and duct-less glands (De l'anémie et de quelques maladies des organes hématopoiétiques et des glandes internes), par le docteur Byrom BRAMWELL, médecin de l'Infirmerie royale d'Édimbourg, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 12 s. 6 p. — Édimbourg, Oliver et Boyd, éditeurs.

Collection Scientia, section de biologie (Carré et Naud, édit.). — Viennent de paraître : N° 3. *Les fonctions rénales*, par A. FRENKEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

N° 4. *Les actions moléculaires dans l'organisme*, par H. BORDIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

N° 5. *La coagulation du sang*, par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie et de chimie physiologique à l'Université de Fribourg.

Chaque fascicule in-8° écu cartonné : 2 francs.

Emplois thérapeutiques de l'acide cacodylique et de ses dérivés, par M. Armand GAUTIER, de l'Institut. Un vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.



N° 82. — SAMEDI 22 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 22 JUILLET 1899. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Sur la nature du cancer.

Par le docteur G. CARRIÈRE, professeur agrégé des Facultés de médecine, chef du laboratoire des cliniques à l'Université de Lille.

De tout temps on s'est préoccupé de la nature intime du cancer, et il semble que, depuis quelques mois surtout, la lutte soit devenue plus vive, les discussions plus tendues, les travaux destinés à élucider cette question de plus en plus nombreux. Aussi n'est-ce pas sans une hésitation fort compréhensible que j'aborde ce sujet épineux. J'essaierai, dans cette revue, de dissimuler, autant que possible, mes idées et mes convictions personnelles, que je me propose d'exposer quand le moment sera venu, et je me bornerai à faire un exposé aussi net que possible de l'état actuel de cette question passionnante.

A l'heure actuelle, deux grands partis sont en présence : celui qui soutient les théories philosophiques, anatomiques et histologiques du cancer; celui qui défend au contraire la théorie parasitaire. Nous allons voir, maintenant, quels sont les arguments qu'ils avancent, quelles sont les preuves sur lesquelles ils se basent et quelles critiques on peut leur appliquer.

I

Et d'abord, qu'entend-on par cancer?

Rien de plus vague que ce terme. La définition même de l'affection étant vagne, comment sa pathogénie ne le serait-elle pas?

D'une façon générale, cependant, on désigne sous ce nom tout tissu de néoformation susceptible de s'accroître indéfiniment et de tuer le malade, soit par sa prolifération indéfinie, soit par métastase, soit par cachexie.

C'est de la pathogénie de ces tumeurs que nous nous occuperons ici.

II

Envisageons d'abord les théories cellulaires philosophiques ou histologiques.

L'une des premières en date est, à coup sûr, celle dont Cohnheim s'est fait le défenseur.

D'après Cohnheim, tout cancer a pour origine une inclusion fœtale anormale. Quelques débris des feuillets embryonnaires restent inclus au sein même des tissus. A un moment donné, ces débris récupèrent leur activité proliférative un instant suspendue : la néoplasie évolue.

Les partisans de cette théorie ont essayé de l'étayer sur l'expérimentation : ils ont greffé, dans les tissus des animaux, des débris embryonnaires d'animaux de même espèce.

Or, à part les expériences de Ferré qui, inoculant des blastodermes de poulets à des individus adultes, dit avoir obtenu des tumeurs persistantes, toutes les autres sont absolument négatives.

Léopold, Kaufmann, Zahn, Masse ont en effet constaté qu'après s'être légèrement accrues, ces greffes s'étaient résorbées : ce n'était donc point de tumeurs cancéreuses qu'il s'agissait.

Les partisans de cette théorie ont encore invoqué à l'appui de leur thèse les faits de transmission secondaire des nœvi. On pourrait leur objecter qu'un nœvus n'est point un cancer, mais ils pourraient à leur tour nous répondre que la transmission héréditaire des cancers est aujourd'hui certaine.

Eh bien, cette notion même n'implique point fatalement une malformation congénitale; les partisans de la nature parasitaire peuvent tout aussi bien l'invoquer : le cancéreux transmet à ses enfants la prédisposition à devenir cancéreux, comme le tuberculeux transmet aux siens la prédisposition à la tuberculose.

Cohnheim et ceux qui l'ont suivi avancent encore un nouvel argument puisé dans l'histoire pathogénique de certains kystes et tumeurs dentaires qui, le fait semble aujourd'hui prouvé, semblent dus à l'évolution de quelques débris épithéliaux paradentaires.

Nous leur objecterons qu'on constate bien souvent dans

les autopsies des débris paradentaires qui n'ont jamais donné naissance à des kystes.

D'autre part, pourquoi de semblables débris récupèrent-ils leur activité proliférative endormie pendant dix, quinze, vingt ans, quelquefois davantage ? Quel est le primum movens de ce réveil? Ne serait-ce point un parasite ?

Comment expliquerait-on, si l'on adoptait la théorie de Cohnheim, la production d'un cancer au lieu d'une brûlure, au niveau d'une plaque de frottement ou d'une plaie pénétrante ? L'inclusion fœtale se trouvait donc précisément à l'endroit de cette brûlure, de ce frottement, de cette plaie pénétrante? Quelles singulières coïncidences!

Est-il admissible enfin qu'une inclusion fœtale soit épidémique, contagieuse, transmissible ou inoculable? Cela me semble bien difficile.

La théorie de l'inclusion fœtale ne saurait donc expliquer les notions étiologiques du cancer; les preuves sur lesquelles elle se base ne sauraient résister à une critique un peu serrée : nous la rejetterons donc.

M. Critzmann, à côté de la théorie de l'inclusion fœtale, en a édifié une autre qui s'en rapproche beaucoup : celle de l'inclusion ovulaire. Le germe, d'après lui, proviendrait de l'inclusion dans un ovule fécondé ou dans un embryon d'un second ovule. La tumeur qui se développe ultérieurement serait donc à ce compte « le frère ou la sœur de celui qui la porte ».

Cette théorie, qui ne se base sur aucune constatation précise, est une simple vue de l'esprit bien facile à détruire. En l'admettant, en effet, il nous faudrait admettre que l'ovule inclus, qui deviendra tumeur, ne renferme absolument que des éléments cellulaires d'une seule espèce glandulaires, malpighiens ou autres. C'est là une notion contraire à tout ce que nous savons de l'embryologie; aussi la théorie de Critzmann, justiciable du reste des mêmes objections que la précédente, ne nous arrêtera pas.

La théorie du blastème de Broca ne saurait nous arrêter davantage.

Envisageons maintenant les théories qui soutiennent que les cancers ne sont que des malformations cellulaires.

Tiersch, le premier, pense qu'à l'état normal, il y a toujours une lutte incessante, un antagonisme permanent entre les cellules épithéliales et les tissus sous-jacents. Ces derniers viennent-ils à faiblir (comme cela se produit dans la vieillesse), les éléments épithéliaux vont continuer à proliférer; ils envahiront les seconds et la néoplasie cancéreuse est constituée.

A côté de la théorie de Tiersch, je placerais volontiers celle qu'a soutenue M. le professeur Bard. D'après lui, l'organisme exerce normalement une action inductive régulatrice sur chacun des éléments cellulaires qui le constituent. Supposons que cet organisme perde ce pouvoir ou qu'encore une cellule anarchiste, révoltée, refuse de s'y soumettre, l'harmonie proliférative est troublée, la cellule prolifère d'une façon désordonnée : le cancer est constitué.

Ces deux théories sont extrêmement ingénieuses, il faut l'avouer, mais elles ne reposent pas sur des preuves irréfutables.

Comment admettre, avec Thiersch, que la sénilité puisse frapper les tissus sous-épithéliaux à l'exclusion des cellules épithéliales?

Pourquoi la cellule n'obéit-elle plus à l'influx régulateur de Bard? Pourquoi l'organisme perd-il cet influx? Quel est, en un mot, le primum movens de toutes ces révolutions cellulaires? Ne serait-ce pas un parasite introduit dans nos tissus? une infection générale?

Comment expliquer, d'autre part, si l'on accepte les hypothèses indémontrables de Tiersch et de Bard, l'épidémicité, la contagiosité et l'inoculabilité du cancer?

Nous rejetterons donc ces théories diverses!

La théorie de la malformation cellulaire généralisée est passible des mêmes reproches. Ses partisans admettent, qu'à l'état normal tout élément cellulaire possède deux aptitudes fonctionnelles bien déterminées : le dédoublement et la multiplicité. Ces deux processus s'accomplissent normalement dans un œuf fécondé et aboutissent à la formation de l'embryon, si sous l'influence de causes indéterminées, la multiplicité prédomine sur le caractère dont le dédoublement eût dû normalement les priver, nous assistons alors à la formation d'un être dont toutes les cellules auront gardé en partie la complexité dévolue aux cellules sexuelles. Mais ces caractères de complexité sont loin d'être aussi parfaits que chez ces dernières, d'autant moins que le dédoublement aura été poussé plus loin, et nous aurons alors un individu en puissance de néoplasie, dont les cellules, sous l'influence de causes locales secondaires, pourront donner naissance à une tumeur.

Ici encore nous nous trouvons en présence d'une hypothèse indémontrable, et qui n'explique nullement les faits de contagion, de transmission, d'inoculabilité des causes. Serait-elle donc contagieuse et inoculable, cette malformation cellulaire généralisée?

Les théories de la malformation cellulaire acquise se basent sur la fameuse expérience de Balbiani qui, en mésotomisant des paramœcius obtenait des monstruosités.

Fabre-Domergue, dans son beau livre sur les cancers épithéliaux, incrimine ce qu'il appelle la désorientation du plan de division cellulaire normalement, lorsqu'on examine la structure histologique du revêtement épidermique, on constate que les éléments cellulaires qui le constituent se divisent et prolifèrent toujours dans le même sens des couches profondes vers la périphérie, de la couche basilaire au stratum corneum.

Supposez que, sous l'influence de causes secondaires (traumatisme, irritation), le plan suivant lequel se fait cette prolifération soit désorienté; il se forme alors des assises cellulaires qui, au lieu d'évoluer vers la périphérie, constitueront des boyaux epithéliaux pénétrant dans les couches sous-jacentes : voilà le cancer installé.

La théorie de M. Fabre-Domergue, comme toutes les précédentes, suppose une cause première. Quelle est cette cause première? Pourquoi ne serait-ce pas un parasite? Supprimez cette cause première et la théorie de Fabre-Domergue tombe sous le coup des mêmes reproches que celles dont je vous ai entretenus jusqu'ici.

Il y a huit jours à peine, M. Hallion a émis une nouvelle hypothèse que je vais maintenant exposer : c'est celle du rajeunissement karyogamique. M. Hallion se base sur les recherches de M. Maupas, sur la multiplication des infusoires ciliés.

M. Maupas, en étudiant la multiplication des infusoires ciliés en décrivit deux modes :

1° La division scissipare. L'infusoire se divise en deux organites semblables.

2° La conjugaison. Deux individus A et B se conjuguent,

c'est-à-dire s'accolent. Une partie du noyau de A passe en B et s'unit avec ce qui reste du noyau B; l'autre partie de B étant passée en A et s'étant unie avec ce qui reste du noyau A. C'est le mariage nucléaire, la karyogamie.

Cette conjugaison des infusoires ciliés dépend de trois conditions très précises :

a. De l'évolution des cycles des générateurs;

b. De la maturité karyogamique;

c. De la fécondation croisée.

Étudions chacune de ces conditions :

1° Le mode de division scissipare ne peut se prolonger indéfiniment. Après quelques divisions l'organisme se détériore, s'use, meurt de vieillesse : c'est la senescence. Il lui faut donc, à un moment donné, se revivifier. C'est à ce moment qu'intervient la reproduction karyogamique.

2° L'organisme des infusoires ciliés n'est pas apte à ce mode de reproduction à chacun des moments de son existence : il y a une période de maturité spéciale.

3° Enfin, pour que la karyogamie ait lieu, il faut deux générateurs issus de deux ancêtres distincts. Voilà un individu A qui par division scissipare donne naissance à deux descendants B et C. Eh bien! B et C ne peuvent se reproduire par karyogamie ; ils le pourront, au contraire, avec E et F, issus par division scissipare de D.

En résumé, il y a, dans la vie des infusoires ciliés, quatre stades bien distincts :

1° Un stade de stérilité juvénile;

2° Un stade de puberté;

3° Un stade de maturité;

4° Un stade de stérilité sénile.

Chez l'homme, dit M. Hallion, il se passe quelque chose d'analogue. Les cellules de l'organisme humain une fois constitué, se multiplient toujours de la même façon, si rien ne les fait dévier. Mais au fur et à mesure qu'elles avancent en âge elles s'usent, elles se reproduisent plus difficilement : c'est la senescence et la mort.

Tout à coup, sous l'influence de causes inconnues la cellule perd ses caractères essentiels, elle se rajeunit par karyogamie, et ce rajeunissement se traduit par sa fougue de prolifération indéfinie, par son exubérance, sa richesse en glycogène : tous attributs des éléments jeunes. Le cancer est constitué.

Cette théorie est admissible, mais indémontrable. Admettons-la! Quelle est alors « la cause inconnue », le primum movens de la karyogamie? Ne serait-ce pas un parasite?

Sans cause première, la théorie de M. Hallion tombe sous le coup des mêmes reproches que nous adressions il y a un instant à peine à toutes ses congénères. Admettrez-vous un rajeunissement karyogamique contagieux, épidémique, transmissible ou inoculable? Non, sans aucun doute.

En résumé, parvenu au terme de l'étude critique des diverses théories histologiques ou philosophiques du cancer, je crois que l'on peut dire que *les théories des malformations congénitales mises de côté et réfutées, chacune des autres est admissible en soi, à la condition d'évoquer en même temps, comme cause première, l'intervention d'un parasite.*

III

Les théories cellulaires étant impuissantes à nous convaincre, trouvons-nous dans la théorie parasitaire l'explication pathogénique du cancer?

Je le crois. J'en suis même fermement convaincu, et ma conviction profonde se base sur les arguments suivants, que je vais maintenant passer successivement en revue. Je les tirerai des notions suivantes :

Le cancer est épidémique, contagieux, inoculable, héréditaire.

1° Le cancer est-il épidémique? Sans doute, le terme épidémie est peut-être un peu gros. Et cependant, il est indéniable que, dans certains cas, le cancer a pu revêtir des allures vraiment épidémiques. Vous en faut-il des exemples?

Arnaudet relate l'observation de la petite ville de Cormeilles. En huit ans il y eut 14,8 p. 100 de cancer, alors qu'à la même époque, la mortalité par cancer à Paris n'était que de 4,16 p. 100. Le Gros (d'Argenteuil) y observa 80 cas de cancer en seize ans. Rebulet nota à Bourgthéroude, du 10 janvier au 1er avril 1888, 12 cas de cancer, contre 3 cas de tuberculose. Fiessinger, à Oyonnax, petit bourg de 2000 habitants, compte 20 cas de cancer en dix ans. Le même auteur rapporte un fait très instructif : à Sainte-Claude, la ville basse, sise au bord d'une petite rivière, la Bume, renferme un grand nombre de cancéreux, alors qu'on n'en observe jamais dans la ville haute. Mathieu, à Cormoranches, observe, dans huit maisons voisines, neuf cas de cancer en quatorze ans.

A côté des épidémies de localités, un mot des épidémies de maisons. Elles sont non moins probantes.

Mollière rapporte le cas d'une maison habitée en dix ans par quatre familles étrangères les unes aux autres et dans lesquelles il y eut 4 cas de cancer. Fiessinger nous raconte aussi que, dans une maison, habitait une personne qui mourut de cancer du sein ; un locataire mourut peu de temps après d'un cancer de la verge, un autre d'un cancer de la jambe.

Ces exemples pris entre tant d'autres nous semblent bien démonstratifs.

Coïncidence! dira-t-on. Je le veux bien, mais coïncidence singulière et telle qu'il n'en a pas fallu davantage pour affirmer la nature contagieuse de quelques maladies infectieuses, tuberculose ou lèpre.

2° Le cancer est contagieux. α. La contagion peut se faire de l'homme à l'animal. Budd vit un chien favori qui léchait constamment la lèvre de son maître, rongée par un cancer, mourir lui-même d'un cancer. Combien de poules et de chiens, séjournant dans des laboratoires où l'on déposait des pièces de cancer qu'ils picoraient, léchaient ou mangeaient, furent atteints de cancer!

β. La contagion peut encore se faire de l'animal à l'homme. Kühne vit une femme atteinte d'épithélioma du doigt, contracté en pansant un bœuf cancéreux. Gross relate les observations de deux hommes devenus cancéreux en pansant des bœufs atteints de sarcome. Meissmer a noté un cas de transmission du cancer d'un cheval à un homme et Jurgens eut un cancer au lieu d'une piqûre qu'il se fit à l'autopsie d'une poule cancéreuse.

γ. La transmission peut enfin se faire de l'homme à homme. Zacutus Lusitanus rapporte le cas d'une mère atteinte de cancer de sein qui couchait avec ses trois fils. Ces trois derniers eurent aussi des cancers du sein ; fait compliqué, puisqu'ici on peut invoquer la notion de l'hérédité.

Tulpius raconte l'histoire d'une femme qui mourut d'un cancer du sein contracté en soignant son maître cancéreux. Peyrelles a vu un mari qui, pour soulager sa femme atteinte

d'un cancer du sein, lui suçait le mamelon : il eut un cancer de la gencive. Budd dit qu'une bonne qui soignait sa maîtresse atteinte d'un cancer utérin eut un cancer de l'aisselle. Alibert s'inocule le cancer et meurt cancéreux. Smith relate l'observation d'un chirurgien de Saint-Thomas Hospital qui eut un cancer de la langue pour avoir goûté de la sanie cancéreuse. Damaschino a vu le mari d'une femme atteinte de cancer utérin mourir de cancer de l'œsophage. Michaux et Brouardel rapportent des cas analogues.

Guénot a rassemblé 28 observations de maris qui furent atteints de cancer de la verge après que leurs femmes eurent été frappées de cancer utérin. Hall en a réuni 5 cas analogues, Langenbeck 3, Demarquay, Thomas, Czerny, Duplouy chacun un cas.

Réciproquement Watson et Hays, Mac Ewen ont observé 8 cas de maris atteints de cancer de la verge et dont les femmes furent frappées de cancer utérin.

Dans un autre ordre d'idées, Mollière a vu dans un cas la transmission du cancer se faire par la pipe. Dève a observé une femme qui, lavant le linge de son maître cancéreux, eut un épithélioma du doigt.

Morau raconte qu'un pharmacien qui soignait sa belle-mère atteinte de cancer de la face, fut lui-même victime d'un épithélioma du nez.

La contagion frappe souvent aussi le personnel des hospices de cancéreux, et Budd, en dix ans, a vu 5 chirurgiens de l'hospice des cancéreux, mourir. Et, du reste, combien de fois la corporation médicale a-t-elle été frappée par la terrible maladie ? Combien de malheureux confrères ont été les victimes de cancers contractés en donnant leurs soins à des cancéreux ? Je citerai le cas d'Emsom, mort de cancer huit mois après s'être coupé dans une opération faite à un cancéreux, et celui d'un médecin frappé dans les mêmes conditions, dont Guermonprez a rapporté l'observation.

Pour clore cette liste déjà longue, je vous rappellerai les exemples si probants, mais de moralité si douteuse, dans lesquels on a essayé l'inoculation expérimentale de cancer d'homme à homme. Hahn en a rapporté un exemple. Il y a quelques années, le professeur Cornil lut à l'Académie de médecine le récit d'une semblable tentative, au nom d'un chirurgien anonyme. Chez une femme atteinte de sarcome du sein, ce chirurgien enleva le sarcome et en greffa une parcelle dans le sein du côté opposé. Il s'y développa un nouveau sarcome.

Je ne qualifierai pas la moralité d'une semblable tentative. Heureusement pour le corps médical, elle ne s'est point renouvelée. Au point de vue qui nous occupe, elles nous semblent suffisantes, avec toutes les précédentes, pour établir que le cancer est une maladie contagieuse.

Les auto-inoculations d'un cancer chez le même individu me semblent venir encore à l'appui de la théorie parasitaire. Un patient a un cancer de la langue et fait une greffe sur la gencive, la joue ou le palais, précisément au point de contact de la néoplasie. Waldeyer et Quincke ont vu le cancer s'infiltrer au niveau du trajet d'un trocart enfoncé dans l'abdomen pour évacuer une ascite cancéreuse. Sippel vit des nodules cancéreux se former à chacun des points de suture d'une laparotomie pour un kyste ovarique rompu dans le péritoine. Kaufmann a rapporté le cas d'une vieille femme atteinte d'épithélioma du dos de la main, puis de l'angle de l'œil.

J'invoquerai encore en faveur de la théorie parasitaire qu'en bien des cas on peut saisir la porte d'entrée du cancer. Dans l'observation de Fiesinger, c'est une piqûre de ronce, dans celle de Forgue, il s'agit d'un cancer développé au point où, quelques mois auparavant, le sujet avait écrasé une mouche qui le piquait. Dans un cas de Bosc, le cancer se développa dans la langue, au point où, quelque temps avant, s'était engagée une arête de poisson.

Du reste, cette notion de la porte d'entrée est si réelle qu'on voit presque toujours le cancer se développer dans les régions en rapport avec l'air extérieur ou les agents venant de l'extérieur : tube digestif, téguments, organes génitaux.

A ce propos, il convient de dire qu'on peut bien se rendre compte du rôle de la transmission, quand on considère les communautés religieuses. Le cancer utérin y est exceptionnel. Cependant, l'endométrite y est fréquente, ce qui prouve qu'une inflammation à elle seule ne peut expliquer la pathogénie du cancer.

On peut encore invoquer, à l'appui de la théorie parasitaire, l'évolution vraiment infectieuse de certaines carcinoses. Il y a des carcinoses aiguës comme il y a des bacilloses aiguës : il n'est pas nécessaire d'insister.

Me faut-il vous citer encore, comme nouvel argument, les preuves tirées de l'hérédité du cancer ? Gohier a vu des chevaux et des juments transmettre la mélanose à leurs poulains. Leblanc a vu une chienne atteinte de cancer du sein transmettre le cancer à plusieurs de ses descendants. Morau a constaté que les souris, issues de souris cancéreuses, contractaient le cancer avec une extrême facilité.

Chez l'homme, cette notion de l'hérédité est devenue une constatation banale et le vulgaire s'écrie bien volontiers : « Un tel mourra cancéreux comme son père ou sa mère. »

Enfin, on a cherché à asseoir la théorie parasitaire sur les bases de l'expérimentation.

Dans le cancer des animaux, on a bien pu, et même très aisément, inoculer la tumeur d'un animal à un autre de même espèce. Il n'en est plus de même lorsqu'on veut opérer de l'homme à l'animal.

Hanau, Eiselberg ont pu transmettre le cancer de rat à rat.

Morau a transmis de souris à souris un épithélioma cylindrique. Il a même pu inoculer des souris isolées à l'aide de punaises provenant de souris cancéreuses. Merinsky, Weber ont inoculé le cancer de chien à chien, Klincke, de cheval à cheval.

Chez l'homme, au contraire, l'expérimentation a donné des résultats bien moins satisfaisants. Les inoculations positives de Langenbeck, de Follin et Lebert, de Goujon, de Cohn, de Billroth, de Firket et de Mayet sont des plus contestables. Tous décrivent à l'autopsie de leurs animaux des nodules plus ou moins volumineux « d'apparence ou d'aspect cancéreux », aucun ne donne de ces nodules une description histologique véritablement probante. Aucun n'a décrit l'exemple d'un épithélioma cylindrique ou pavimenteux qui, inoculé à l'animal, ait reproduit chez ce dernier une tumeur de structure identique.

Tous ont opéré sur des sarcomes et, lorsqu'ils ont fait un examen histologique, ils ont trouvé, disent-ils, des tumeurs fibro-plastiques. Or, rien ne ressemble à du sarcome comme un nodule d'infiltration embryonnaire ?

Quant aux nodules décrits, faut-il les admettre comme de nature cancéreuse ?

Je ne le crois point. Ne connaissons-nous pas, en effet,

les amas folliculaires décrits autour des corps étrangers divers introduits dans le torrent circulatoire.

Le corps étranger est ici, en l'espèce, la cellule cancéreuse.

Bosc, qui s'est fait le grand champion de l'origine parasitaire des cancers a apporté à l'appui de sa thèse, quelques observations d'inoculation positive de tumeurs humaines à l'animal.

En étudiant soigneusement le récit de ces expériences, on remarque cependant que les tumeurs obtenues expérimentalement chez l'animal avaient un centre *caséeux*. Ceci n'est guère l'apanage d'un cancer, mais bien plutôt d'un abcès. D'autre part, quelle que soit la nature de la tumeur inoculée, Bosc a toujours obtenu chez l'animal des tumeurs (?) d'un type uniforme et ne rappelant que de fort loin la tumeur humaine.

Dans ses expériences sur les cobayes, il injecte du sarcome mélanique et retrouve des tumeurs mélaniques. Qui nous dit qu'en ce cas il s'agit de sarcome ? Ne s'agit-il pas plutôt de nodules embryonnaires développés autour de granulations mélaniques embolisées ?

Ses expériences sur le chien sont peut-être plus probantes, mais elles sont, hélas ! trop peu nombreuses, pour entraîner la conviction. Elles réclament une vérification histologique plus précise.

M. le professeur Curtis, il y a quelques mois à peine, a apporté les résultats de 18 inoculations de tumeurs de l'homme à l'animal. Même en faisant varier les procédés d'inoculation, M. Curtis n'a jamais obtenu que des résultats négatifs.

M. le professeur Dubar et moi, nous avons systématiquement inoculé toutes les tumeurs cancéreuses (sarcomes, épithéliomas, carcinomes), non ulcérées du service de clinique chirurgical de la Charité. Sur 15 inoculations ainsi pratiquées, nous n'avons eu, jusqu'à l'heure actuelle, aucun résultat positif, et cela même en employant toutes sortes d'artifices pour rendre le terrain des animaux réceptif.

L'expérimentation ne semble donc pas à l'heure actuelle, nous donner la preuve attendue de l'inoculabilité du cancer. Faut-il pour cela rejeter systématiquement la théorie parasitaire ? Assurément non, car les autres arguments invoqués tout à l'heure nous restent bien acquis. Et puis, niez-vous la nature infectieuse de la lèpre ou de la syphilis, que, cependant, on n'a jamais pu inoculer ? Non, n'est-ce pas ?

A l'heure actuelle, nous devons donc dire : nous ne connaissons pas d'animal susceptible de devenir cancéreux après avoir reçu une inoculation de suc cancéreux.

L'avenir nous apprendra peut-être un jour à tourner cette difficulté, à trouver une espèce réceptive ou à rendre certains animaux réceptifs.

Pour toutes les causes précédemment énumérées, je crois donc fermement que le cancer est de nature parasitaire.

Quel est le parasite en cause ? Telle est la question qu'il nous faut maintenant élucider.

On a incriminé tour à tour des microbes, des sporozoaires et des champignons. Quelles sont les différences qui séparent ces divers organismes ?

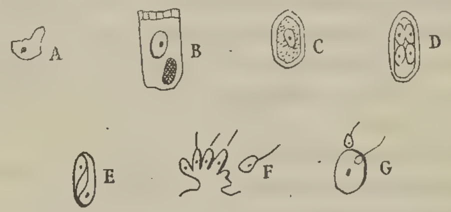
Un microbe est un organisme inférieur dont le corps ou thalle est ovoïde (coccus), filamenteux (spirilles) ou en bâtonnet (bactéries, bacilles). Il se reproduit ordinairement par spores endogènes.

Les champignons sont des végétaux inférieurs dont le thalle est ordinairement filamenteux, se renfle à son extrémité pour constituer les asques qui renferment les spores. Je n'envisage ici que les ascomycètes, seule variété incriminée dans le cancer.

Les levures, accusées par quelques auteurs d'être la cause du cancer, ont un thalle en chapelet et se multiplient par spores renfermées dans un grain terminal de ce chapelet.

Les sporozoaires, eux, sont non plus des végétaux, mais bien des animaux dont le cycle évolutif est bien déterminé. Prenons comme type la coccidie oviforme du lapin. La coccidie pénètre dans l'estomac du lapin sous forme de sporoblaste ; elle se dépouille de son enveloppe chileneuse, chemine sous forme de cap amœboïde (fig. A) dans l'intestin et les voies biliaires, pénètre dans les voies biliaires, dans une cellule épithéliale chez laquelle elle produit des altérations manifestes. A ce moment, la coccidie se compose d'une enveloppe d'un contenu protoplasmique, d'un noyau, *sans réseau chromatique*, et d'un nucléole (fig. C). Puis le protoplasma cellulaire se segmente en quatre spores nucléées (fig. D). Chacune de ces spores se segmente en sporoblastes qui, déjetés à l'extérieur et avalés par d'autres lapins, donneront naissance à un nouveau cycle.

Voilà ce que l'on connaissait jusqu'à ces derniers temps. Il s'agissait donc d'une reproduction asexuée endogène.



Il est vrai qu'à côté on plaçait une reproduction exogène dans laquelle ces spores semblaient se développer à l'intérieur du corps de la coccidie (fig. B), En réalité, ce second mode n'existe pas. Les figures qui y correspondent représentent la reproduction sexuée des coccidies. La figure F représente l'élément mâle et les corps qui s'en détachent, sporozoïtes, ne sont que les agents fécondateurs mâles. Détachés, ils se rendent autour de l'élément femelle, le pénètrent (fig. G), leur noyau s'unit au noyau femelle, se conjugue. L'élément femelle se divise alors (fig. D) et donne naissance à des spores qui donnent les sporoblastes.

Tels sont les divers organismes que l'on a successivement accusés d'être la cause du cancer. Voyons quel est le bien fondé de ces diverses hypothèses.

Les microbes que l'on a rencontrés dans les tumeurs cancéreuses sont de deux sortes. Les uns sont banals, les autres sont considérés comme spécifiques par les auteurs qui les ont étudiés.

Parmi les premiers, Babès a placé des microcoques divers, des streptocoques et des staphylocoques.

Parmi les seconds, Scheuerlein, Rappin, Domingos Freire, Kousbassoff isolent différents microbes qu'ils cultivent et inoculent avec résultats positifs. Que dire de ces résultats ?

Les recherches de Ballance et de Baumgarten les ont confirmées. Curtis, nous l'avons vu, n'a jamais obtenu que des résultats négatifs. Nous-même, nous avons très souvent vu nos ensemencements stériles ; quelquefois, il est vrai, ils ont été positifs, et nous avons eu des staphylocoques et des streptocoques.

S'agissait-il, en ce cas, d'un vice de technique, de mi-

crobes vivant en saprophytes dans les organes ou les tumeurs? Nous ne saurions conclure, nous signalons les faits.

Plus souvent, c'est la classe des sporozoaires que l'on a accusée, et, parmi celle-ci, ce sont les coccidies qui ont été mises en cause.

Darier et Wickham, comme Malassez leur maître, ont décrit et représenté des formes spéciales, ressemblant vaguement à des coccidies. Les formations de Darier et Wickham ne sont que des fausses coccidies. Elles s'en distinguent, en effet, par la présence d'un réseau chromatique qui manque toujours dans le noyau des coccidies. Les fausses coccidies de Darier et Wickham sont des formations cellulaires endogènes restées dans la cellule où elles finissent de dégénérer et mourir. Supposez qu'une cellule, au lieu de se diviser et de donner naissance à deux cellules différentes, se divise, mais donne naissance à une cellule qui reste incluse dans la cellule; voilà la fausse coccidie de Darier-Wickham.

Nils-Sjröbing a décrit, dans les cellules cancéreuses, de petites masses hyalines qu'il considère comme des coccidies. Ce n'en sont pas. Il suffit, en effet, de quelque attention pour se convaincre qu'il s'agit de masses de dégénérescence muqueuse. Il est aisé de s'en convaincre lorsque l'on emploie des réactions électives comme celle de la thionine et que l'on compare les figures obtenues avec celles que l'on rencontre dans une muqueuse intestinale en activité.

Sawtschenko a encore décrit de fausses coccidies qui ne sont que des débris cellulaires inclus dans une autre cellule.

Les mêmes reproches peuvent s'adresser aux travaux d'Albarran, Borrell, Podwysotsky et Hache.

M. Bosc, dans ces derniers temps, s'est fait le champion de la théorie coccidienne du cancer. Il a isolé, par des cultures de suc cancéreux, diverses formes de sporozoaires; il les a colorés à l'état frais et après fixation, et les a inoculés. Il a ainsi inoculé divers sporozoaires parasites banals de l'escargot, du lombric, etc.

Nous avons vu quelle objection on pouvait faire à ses inoculations de cancer de l'homme à l'animal.

Ses exemples de culture ne sont pas plus probants, et les formes qu'il nous y décrit manquent des caractères capitaux des coccidies véritables. Quant à ses inoculations de sporozoaires, étudions ce qu'elles valent.

Avec la coccidie oviforme, il n'a jamais rien obtenu ni chez le cobaye, ni chez le lapin. Sur dix chiens inoculés, un seul a présenté une tumeur dont l'auteur ne nous donne aucune description histologique véritablement convaincante.

Avec la klossia de l'escargot, il obtient chez deux lapins et un cobaye des tumeurs à cellules embryonnaires qui ne nous offrent que des analogies fort lointaines avec des sarcomes. Chez un chien, il trouve une tumeur qui offre des caractères tels qu'on se croirait en présence d'un sarcome mélanique.

Avec ces sporozoaires du lombric, Bosc n'a rien obtenu.

Ces expériences n'entraînent aucunement notre conviction, et notre première objection à la théorie coccidienne sera celle-ci : on n'a jamais observé dans les tumeurs cancéreuses de véritables coccidies; on n'a jamais pu obtenir de tumeurs expérimentales à l'aide de coccidies typiques injectées à l'animal.

En second lieu, nous objecterons que, lorsqu'on a rencontré des coccidies chez l'homme, jamais ce n'était dans des cas de cancers. Grübler, Pitres et Künsker ont trouvé des coccidies dans des collections purulentes.

En troisième lieu, on a pu suivre parfois dans certaines cellules tous les stades d'inclusions cellulaires qui simulent les coccidies (Fabre-Domergue), et on peut affirmer aujourd'hui que ces fausses coccidies ne sont que des débris de kératine, d'éléidine, de substance muqueuse, des monstruosités cellulaires, ou ce que Russell a décrit sous le nom de corpuscules safranophiles.

Les injections faites avec de la coccidie du lapin chez l'homme restent sans effet. Je l'ai expérimenté sur moi-même.

Enfin, il y a un argument que je considère comme définitif. C'est celui que je tire de l'application du procédé électif de Vlascovitch. Vlascovitch a constaté que des sporozoaires traités pendant quarante-huit heures par une solution de soude, puis passés dans la solution d'iode iodurée et dans un acide organique concentré, se colorent en violet.

Balbiani accorde à cette méthode une valeur réelle au point de vue électif.

J'ai systématiquement traité par cette méthode toutes les tumeurs cancéreuses que j'ai eues entre les mains (soit 15). Pas une seule fois je n'ai trouvé un seul corpuscule affectant la forme d'un sporozoaire et présentant la coloration élective. Il n'y a pas de sporozoaires dans les cancers. C'est là, me semble-t-il, un argument véritablement décisif.

Enfin, nous devons nous demander si ce ne sont pas les champignons qui sont ici en cause.

S'agit-il de levures?

San-Felice, en 1894, ayant inoculé des levures à des cobayes, rencontra à l'autopsie des tumeurs qu'il considère comme cancéreuses. Je ne saisis pas, je l'avoue, les preuves de leur nature cancéreuse. Plus tard, il décrivit un saccharomyces neoformans véritablement spécifique des cancers.

Bune a trouvé des levures dans la sanie d'un sarcome ramolli du tibia, cas qui nous semble histologiquement très douteux.

Il suffit, pour écarter les assertions de ces divers auteurs, de rappeler les patientes et minutieuses recherches du professeur Curtis sur un saccharomyces parasite de l'homme. Elles sont absolument négatives en ce qui concerne le cancer. Celles de Cazin sont aussi négatives.

Roncale, en 1895, a, le premier, décrit dans le cancer un champignon appartenant à la classe des blastomyces. Les figures qu'il décrit sont les mêmes que celles de Sawtchenko : elles reçoivent donc la même interprétation.

M. Bra, tout récemment, dans des travaux qui, chose curieuse, ont eu plus de retentissement dans la presse politique que dans la presse médicale, prétend avoir découvert le champignon cause du cancer. Dans les tumeurs, dans le sang des cancéreux, il dit avoir rencontré et cultivé un champignon de la classe des ascomycètes. Il se présente sous forme de sphérules réfringentse, souvent agglomérées. Ces sphérules comprennent une membrane d'enveloppe et une masse splasmique.

M. Bra a vu les formes de reproduction de ce parasite qu'il décrit et figure.

Inoculés aux animaux, les bouillons de culture lui ont presque constamment donné des résultats positifs : il a obtenu, chez eux, non seulement des sarcomes, mais encore des épithéliomas.

M le professeur Curtis ayant apporté contre les expériences de M. Bra ses résultats négatifs, ce dernier refusa

de les accepter en disant que M. Curtis ne s'était pas servi de sa technique.

M. Chevallier vient tout récemment de confirmer les conclusions de M. Bra, et Plimmer a donné les résultats de 1200 observations dans lesquelles il dit avoir constamment isolé des levures.

Je ne voudrais point me prononcer trop prématurément, mais je crois utile de mettre en présence des assertions de ces auteurs quelques-uns des résultats de mes recherches.

J'ai, du jour où la technique de M. Bra m'a été connue, employé rigoureusement sa méthode et ses milieux. A l'heure actuelle, j'ai eu quelques cultures; mais il s'agissait de microbes banals. Jamais je n'ai rencontré une seule figure rappelant celle de M. Bra. Jamais je n'ai eu, jusqu'ici, une seule inoculation positive.

Nous rappelant que les champignons possèdent des réactions micro-chimiques spécifiques et bien connues, j'ai voulu y avoir recours pour trancher cette question.

On sait que les myxomycètes bleuissent au contact du chloro-iodure de zinc, après action de la potasse; que les ascomycètes bleuissent directement au contact de l'iode.

J'ai employé ces deux réactifs sur le suc cancéreux frais, sur les coupes, sur le sang, jamais je n'ai rien obtenu de semblable (1).

Je pense donc qu'à l'heure actuelle il n'est pas permis de se prononcer.

Nous ne connaissons pas, jusqu'ici, d'animal réceptif aux inoculations de cancer humain, nous ne connaissons pas de milieu de culture favorable à la pullulation du parasite qui en est la cause, nous ne connaissons pas ce parasite.

Je dirai donc, en résumé, que le cancer est dû à une prolifération cellulaire exagérée, anormale, monstrueuse, due à une infection parasitaire encore inconnue.

Peut-être diverses espèces microbiennes peuvent-elles arriver au même résultat; l'anomalie de prolifération.

M. le professeur Bard disait qu'en admettant la théorie parasitaire, il fallait admettre alors autant de parasites divers que de types de tumeurs. Ce n'est nullement nécessaire.

Supposons qu'un ou des parasites, microbiens ou autres, envahissent un tissu épithélial, conjonctif ou autre. Ils peuvent bien, en irritant ces tissus, amener une prolifération cellulaire, telle que le type cellulaire produit de la prolifération ne soit pas modifié. Une cellule épithéliale irritée par ce microbe donnera naissance à des cellules épithéliales, une cellule endothéliale à des cellules endothéliales, une cellule conjonctive à des cellules conjonctives. Ce n'est nullement inadmissible.

IV

On vient de voir les problèmes que soulève cette question de la pathogénie du cancer, l'obscurité qui règne encore sur leurs solutions, les voiles qui nous masquent encore la vérité absolue. J'ai essayé de montrer les arguments qui plaident en faveur de la théorie parasitaire, les critiques que l'on peut adresser aux théories cellulaires.

Quel est le fil d'Ariane qui nous guidera dans ce labyrinthe au bout duquel se trouve la vérité? Je ne saurais le dire.

C'est au prix de patientes recherches que s'achètent toutes les découvertes de l'humanité. Espérons qu'un jour prochain, les efforts des chercheurs recevront la juste récompense d'une persévérance à toute épreuve, pour le plus grand bien de l'humanité, délivrée d'un des plus terribles fléaux qui la décime à l'heure actuelle.

(1) En résumé, j'ai soigneusement ensemencé sur différents milieux quinze tumeurs cancéreuses, et jamais je n'ai obtenu que des résultats négatifs. Dans quelques cas rares, j'ai trouvé des microbes banals (streptocoques, staphylocoques et cocci divers). Les milieux ensemencés ont été : tous les milieux classiques, le liquide de Raulin, celui d'Ouctchinsky, le bouillon de mamelle seul ou glycériné. Le liquide de kyste ovarique seul ou additionné de glycérine, d'acide urique et urée, le chou, le bouillon de raisin sec, etc.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(19 JUILLET 1899)

La Société a repris la discussion sur l'**hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus.** Quelles sont les limites de l'intervention chirurgicale en présence d'un cancer utérin? Dans quelles circonstances vaut-il mieux recourir à la voie vaginale ou à la voie abdominale? Quels sont les résultats que donne l'intervention au point de vue de la survie? La récidive est-elle fatale, toujours prochaine, ou y a-t-il des cas dans lesquels on puisse obtenir une guérison durable, sinon définitive? Telles sont les diverses questions qui, dans cette séance, ont été soulevées et discutées par MM. Ricard, Segond, Terrier et Poirier.

Analysons rapidement chacune de ces communications.

M. Ricard apporte sa statistique d'hystérectomie abdominale : 9 cas lui ont donné 8 succès et 1 mort. Ses cas ont été choisis parmi les plus graves et néanmoins, en ne tenant compte que des cas opérés depuis longtemps, il note 2 guérisons parfaites de seize mois et de treize mois.

Quant à M. Segond, avec sa précision habituelle, il a nettement distingué les cas dans lesquels aucune intervention chirurgicale n'était justifiée, en raison même de l'étendue des lésions, de ceux dans lesquels il était préférable de recourir à la voie vaginale et de ceux qui étaient plutôt justiciables de la voie abdominale. Il est bien entendu que, lorsque le cancer a détruit le col, envahi le vagin, la vessie ou le rectum, ou les ligaments larges, le chirurgien n'a plus rien à faire. D'après certains renseignements que nous avons pu recueillir, dans ces cas désespérés, les injections sous-cutanées de sérum de chien cancérisé auraient le grand avantage de calmer les douleurs. Il est probable que nous aurons à revenir prochainement sur cette question de pratique. Mais revenons au rôle du chirurgien en présence d'un cancer de l'utérus. Celui-ci n'a-t-il encore envahi que le col? Nous pensons avec M. Segond que c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut avoir recours. Auparavant, il sera bon de s'assurer qu'on pourra trouver sur les ligaments larges et sur le corps de l'utérus, des tissus suffisamment indemnes et résistants. Le cancer a-t-il envahi le corps de l'utérus ou a-t-il débuté par celui-ci, c'est à la voie abdominale qu'il faut donner la préférence. Telles sont, pour M. Segond, les règles fondamentales de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus.

M. Terrier est nettement partisan de l'intervention par la voie abdominale. Sur 9 opérations qu'il a pratiquées par cette voie, il a eu 6 succès opératoires et 2 morts.

M. Terrier ne s'explique pas bien ce que l'on entend par limites à l'intervention chirurgicale dans le traitement du cancer utérin.

Dans certains cas où les lésions sont très étendues et où le chirurgien a en quelque sorte la main forcée pour intervenir, on obtient parfois des résultats immédiats étonnants.

Il a pu ainsi, chez quelques malades, réséquer le vagin, enlever tout ce qui était pris, enlever les ganglions et obtenir, après ces larges opérations, possibles seulement par l'abdomen, des résultats surprenants au point de vue de la cessation des douleurs et de tous les symptômes, et d'une certaine survie. Malheureusement, pour M. Terrier, celle-ci est toujours bien limitée et la récivive est toujours fatale à plus ou moins brève échéance.

M. Terrier est convaincu que les cas de guérison définitive qui ont été publiés ont été des erreurs de diagnostic, non seulement des erreurs cliniques, mais même des erreurs histologiques. Il n'a jamais pu, quant à lui, enregistrer un seul cas de guérison persistante, quelle qu'ait été l'étendue de l'intervention. Quoi qu'il en soit, les résultats immédiats post-opératoires et la survie relative qu'on peut obtenir après ces larges interventions suffisent pour les justifier.

Cette opinion si nettement exprimée par M. Terrier sur la fatalité de la récidive a ému quelque peu M. Poirier qui, ayant obtenu des guérisons durables dans les cas de cancers du sein, se demande s'il faut réellement renoncer à l'espoir d'obtenir les mêmes résultats pour le cancer de l'utérus. M. le professeur Terrier n'a voulu laisser aucun espoir à M. Poirier à ce sujet.

Parmi les présentations, signalons un cas d'**occlusion intestinale grave pour un anneau fibreux circulaire en dedans de l'anneau inguinal interne, occlusion intestinale liée à une hernie pro-péritonéale.** Ce malade a été opéré et guéri.

M. Walther a présenté une **tumeur osseuse volumineuse de la partie latérale droite de la colonne vertébrale.**

M. Chaput a montré une radiographie qui a permis de faire le diagnostic d'une **fracture verticale de la partie inférieure du tibia**, qui avait été méconnue.

M. Broca communique une observation d'**otite et de mastoïdite chroniques avec abcès extra-dural de la fosse cérébelleuse, opération par la voie mastoïdienne, guérison.** Voici cette observation :

« J'ai l'honneur de présenter à la Société en général et à M. Picqué en particulier une enfant guérie d'un abcès de la fosse cérébelleuse après opération par voie mastoïdienne, que j'appellerai « procédé transmastoïdien total de Mignon », si cela fait plaisir à notre collègue.

P... (Germaine), âgée de sept ans et demi, est une enfant débile qui, sans maladie causale caractérisée, est atteinte depuis plusieurs années d'une otorrhée bilatérale. L'écoulement est à droite très peu abondant et intermittent; à gauche il est plus abondant. Le traitement n'a jamais consisté qu'en des lavages d'oreille.

Aucun incident n'avait marqué la marche des lésions lorsque dans les derniers jours de février 1899 commencèrent des douleurs dans l'oreille gauche et des maux de tête; néanmoins, l'enfant alla en classe jusqu'au 4 mars; le 6 mars, un lundi, elle dut rester couchée, souffrant de céphalée frontale; le 7 mars, les maux de tête sont plus violents, tout essai d'alimentation amène des vomissements, et dans la soirée le père constate qu'il y a de la perte de l'équilibre dans la station debout. C'est dans ces conditions que le 8 mars l'enfant me fut adressée à l'hôpital Trousseau par le docteur Bresset.

Je constatai un écoulement abondant et fétide par l'oreille gauche; la région temporo-mastoïdienne était œdémateuse, avec rougeur et douleur rétro-auriculaire; le pavillon était repoussé en avant, mais je ne sentis pas de fluctuation dans l'empâtement. Il n'y avait plus de vomissements depuis quelques heures, mais la céphalée frontale persistait et la malade, mise debout, avait une démarche indécise, titubante. Température 38°4.

Quoique la céphalalgie fût frontale et non occipitale, j'en savais assez pour diagnostiquer un abcès intra-cranien de la fosse cérébelleuse; et j'entrepris l'opération bien décidé à entrer dans cette fosse, à aller au besoin jusqu'au cervelet. J'estime, en effet, que les troubles de l'équilibre ont une valeur diagnostique considérable et ils ont à mes yeux bien plus d'importance que la symptomatologie complexe mais un peu diffuse, dont M. Picqué nous a entretenus. L'événement m'a donné raison, car je dus ouvrir de parti pris la cavité cranienne.

L'enfant avait été apportée à l'hôpital à midi, au moment où je quittais le service. Comme le cas me parut urgent, je revins pour opérer à deux heures de l'après-midi. Dès que j'eus incisé les parties molles, un jet de pus sous forte pression me gicla à la figure, pus aussi fétide que celui de n'importe quelle appendicite. Par le procédé habituel j'ouvris l'antre, les cellules apophysaires, la caisse, tous remplis de pus, et cela fait je constatai qu'il y avait sûrement de l'ostéite du rocher vers l'oreille interne, mais nulle part un pertuis, un point ramolli attaqué à la curette ne me conduisit à la dure-mère. Comme les symptômes me paraissaient suffisants pour justifier l'exploration de la fosse cérébelleuse, je la fis selon les règles que j'ai cherché à faire prévaloir devant vous.

En quelques coups de burin je mis à nu le sinus, puis, comme les lésions me semblaient provenir plutôt de l'oreille interne, j'attaquai d'abord à la pince gouge la face postérieure du rocher, en avant et au-dessus du coude du sinus. En deux ou trois coups j'entrai ainsi dans un abcès extra-dural, gros environ comme une noisette; j'abrasai l'os dans toute l'étendue de la collection pour la mettre largement à jour, et au fond je vis nettement la dure-mère jaunâtre, mais non perforée.

Tamponnement iodoformé.

Le 9 mars, la température fut de 37°2 le matin, 37°8 le soir. La céphalalgie avait diminué, les vomissements avaient cessé. Le pouls resta à 120.

L'amélioration fut rapide, quoique jusqu'au 14 mars au soir, la température vespérale ait oscillé entre 38 degrés et 38°5. A partir du 15 mars, matin et soir le thermomètre marqua 37°2 et le 18 mars l'enfant quittait l'hôpital en fort bonne voie de guérison.

Depuis, elle a été pansée régulièrement par le docteur Bresset, et hier elle est venue me voir, entièrement cicatrisée, avec une cavité rétro-auriculaire largement béante, pouvant contenir à peu près un pois chiche. L'écaille occipitale est absolument intacte, et je crois que vous trouverez, comme moi, que c'est un avantage important du procédé que je préconise. »

M. Robert a appelé l'attention sur un cas de **luxation de l'épaule non réduite avec fracture de la tête de l'humérus**, qui avait été méconnue. Il a dû faire l'incision, et la résection de la tête pour pouvoir la réduire. Ce malade avait été soumis au procédé de Kocher pour la réduction de sa luxation.

Une petite discussion s'engage à ce sujet, M. Lucas Championnière condamnant absolument cette méthode de

Kocher dont il ne connaît que des méfaits, et M. Routier n'en ayant obtenu, au contraire, que de très bons résultats, à condition qu'elle soit appliquée aux cas auxquels elle convient et non aux fractures de la tête de l'humérus.

M. Delorme a fait connaître un cas analogue à celui de M. Robert, dans lequel la résection d'une certaine étendue de la tête humérale lui a permis une réduction facile de cette tête luxée.

M. Segond a montré un **râtelier** qu'il a enlevé d'un œsophage par **l'œsophagotomie externe**, avec suture complète de la plaie œsophagienne. C'est la radiographie qui a permis le diagnostic et l'intervention au point précis où se trouvait le corps étranger.

Enfin, M. Berger a présenté trois malades chez lesquels il a pratiqué le cerclage de la rotule pour fracture de cet os. Ces malades marchent très bien.

VIOLENT TRAUMATISME CRANIEN CHEZ UN ENFANT

FRACTURE DU TEMPORAL ET DISJONCTION DE LA SUTURE ÉCAILLEUSE TEMPORO-PARIÉTO-SPLÉNOÏDALE ; HÉMATOME SOUS-PÉRICRANIEN ET INTRA-CRANIEN ; TRÉPANATION ; GUÉRISON (1).

Par H. Morestin, chirurgien des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un petit garçon de huit ans, Roberto P..., auquel j'ai fait avec succès la trépanation pour un traumatisme cranien grave. Le 8 juin j'ai été appelé auprès de cet enfant, qui, récemment arrivé de la Colombie, avait été la veille renversé par une bicyclette lancée à toute vitesse.

Les circonstances de l'accident sont assez difficiles à reconstituer; l'enfant ne parle pas français et les gens qui l'entourent n'ont pas assisté à la scène. Relevé sans connaissance, le blessé est revenu à lui assez rapidement. Mais il est resté très abattu, pâle, somnolent, couché en chien de fusil, répondant avec lenteur et ennui. Il a présenté, en outre, un signe alarmant. Il a vomi plusieurs fois dans la nuit et la journée suivante; il a rendu tout ce qu'on a essayé de lui faire prendre, et aussi vomi de la bile.

C'est dans cet état que je l'ai trouvé le 8. J'ai pu m'assurer immédiatement qu'il n'avait rien du côté des membres, ni du tronc, à part une contusion peu importante au niveau de la crête iliaque gauche. Du côté de la tête l'attention était d'abord attirée par le gonflement des paupières, de la joue et de la région temporale droites. Sur cette tuméfaction on voyait une longue ecchymose, et une éraflure en bande verticale au niveau de l'angle externe de l'orbite et de la pommette. Mais un examen moins sommaire montrait que sous les paupières tuméfiées l'œil était intact, qu'il n'y avait aucun point douloureux, aucune irrégularité sur les diverses pièces du squelette de la région. Il n'y avait donc là qu'une assez forte contusion, paraissant avoir été produite par le passage d'une roue, où le frottement contre un corps dur qui aurait ainsi râpé les téguments, pour laisser cette ecchymose et cette excoriation en bande.

La lésion véritable siégeait en un point presque opposé, du côté gauche du crâne. Une tuméfaction assez prononcée s'étend depuis l'oreille presque jusqu'au sommet du crâne ; d'avant en arrière elle couvre la région temporale, presque tout le pariétal gauche et la partie supérieure de l'écaille de l'occipital. La région soulevée est grande à peu près comme la paume de la main; le maximum de la tuméfaction répond à une ligne qui passerait verticalement immédiatement derrière le pavillon de l'oreille. Dans toute son étendue on constate une fluctuation évidente, très nette, qui indique à n'en pas douter la présence d'une collection abondante. Cette collection, sanguine, cela ne fait pas de doute, siège sous le périoste, car les téguments ne sont pas infiltrés et on perçoit tout autour le bourrelet habituel en pareil cas. Le centre est dépressible, et il semble qu'il y ait un certain degré de réductibilité. Je me suis d'abord défendu contre cette impression, mais je pense maintenant qu'il y avait bien réellement de la réductibilité. A la partie inférieure de la zone tuméfiée, au-dessus du conduit auditif, l'exploration fait reconnaître encore une saillie irrégulière, et en arrière de cette saillie une sorte d'encoche. Mais comme ces détails étaient relevés dans le voisinage immédiat du bourrelet, qui en rendait la constatation fort délicate, il était difficile d'affirmer d'après les données fournies par l'exploration qu'il existait un déplacement osseux.

Une douleur très vive était réveillée par la pression dans toute la région malade, mais principalement au niveau de la portion sus-auriculaire du crâne. Il y avait donc lieu de songer très sérieusement à une lésion cranienne, enfoncement ou fissure, d'autant plus que les vomissements répétés et l'état d'abattement du blessé indiquaient un choc cérébral assez prononcé. Mais il n'y avait aucune paralysie des membres, de la face ou des yeux, aucun écoulement par l'une ou par l'autre oreille. A l'orifice de la narine gauche on voyait une goutte de sang séché. Les parents affirmaient que l'enfant n'avait point saigné du nez depuis l'accident. Il arrive que le sang puisse en pareil cas couler dans le pharynx et l'estomac en ne laissant dans les narines que de faibles traces. Ce n'était pas le cas, car l'enfant ayant vomi tout ce qu'il avalait, on en aurait eu la preuve immédiate. Il est probable qu'il s'était contusionné le nez dans sa chute et déchiré quelque petit vaisseau, car dans les jours suivants il a mouché plusieurs fois un peu de sang.

Devant ces symptômes et admettant comme infiniment probable l'hypothèse d'une fracture, je pensai qu'il était nécessaire comme l'on dit « d'y aller voir », de faire une intervention qui serait d'abord exploratrice, mais qui presque sûrement nous conduirait sur des lésions auxquelles nous appliquerions le traitement convenable.

Cette opinion fut fortement appuyée par mon excellent maître, M. le professeur Le Dentu, dont l'autorité fit taire les hésitations de la famille.

Le 9 juin je pratiquai cette opération. Je traçai un grand lambeau à base inférieure, ayant à peu près l'étendue de la zone fluctuante. L'incision donne issue à une quantité assez considérable de sang encore liquide qui était accumulé entre le crâne et le périoste. A la partie inférieure de la poche étaient des caillots noirs. Leur ablation nous permit de voir la lésion cranienne. L'écaille du temporal était disjointe du pariétal, elle en était écartée d'un ou deux millimètres. Cet écartement pouvait être augmenté ou diminué, car cette pièce osseuse présentait une certaine mobilité. Elle était par rapport au crâne comme un vasistas entr'ouvert. A travers cette mince lame qu'est l'écaille temporale, on voyait transparaître d'autres caillots noirs accumulés à sa face profonde, aussi aisément qu'on distingue le sang épanché sous l'ongle. La mobilité de l'écaille impliquait outre la disjonction saturaire une solution de continuité dans l'os, et en effet le temporal était brisé. Un trait de fracture antéro-postérieur détachait toute l'étendue de la portion écailleuse. Étant donné la mobilité de celle-ci, il est probable qu'avant l'opération, l'écartement était plus grand que nous ne l'avons constaté au cours de celle-ci, la collection sanguine profonde s'était vidée en même temps que la superficielle, ne laissant que les caillots, et l'écaille, par suite de la disparition de la tension, ayant tendance à reprendre sa position naturelle.

Il est certain aussi que le sang de la collection superficielle pouvait refluer dans le crâne par cette fissure, et que cela

(1) Communication à l'Académie de médecine.

expliquait cette réductibilité observée au cours de notre examen, et qui nous avait semblé une apparence.

L'écaille fut réséquée avec la pince gouge; il y avait entre le crâne et la dure-mère une cavité ayant à peu près le diamètre d'une pièce de 5 francs. Il est difficile de juger de la profondeur qu'elle avait avant que le sang liquide n'ait été évacué; elle contient encore des caillots sanguins d'une épaisseur de 8 à 10 millimètres. Ils sont ôtés avec des éponges. La dure-mère est rouge, tomenteuse. Aucun vaisseau ne donne plus de sang. Il n'y a pas de solution de continuité à la dure-mère, et à travers cette membrane on ne perçoit ni coloration anormale, ni changement de consistance. L'intervention doit donc se terminer là. Une mèche de gaze iodoformée est laissée dans la brèche osseuse et sort par un orifice de drainage pratiqué à travers la base du lambeau. Celui-ci, relevé, est suturé avec des crins de Florence sur tout son pourtour.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Dans la soirée le petit garçon a encore eu un vomissement, mais dès le lendemain il était mieux. L'abattement a persisté encore deux ou trois jours, quoique moins profond. A aucun moment il n'y a eu d'élévation de la température, ni de modification du pouls. La mèche de gaze a été enlevée le troisième jour et les fils le neuvième.

La réunion du lambeau s'est effectuée par première intention, et quelques jours après la petite plaie de drainage s'est oblitérée. Ultérieurement il y a eu un peu de conjonctivite de l'œil droit; on se souvient qu'il y avait eu de ce côté une contusion assez forte, avec infiltration et œdème des paupières. Cette légère inflammation a guéri très rapidement par la simple application de compresses boriquées. Dès le dixième jour Roberto P... commençait à se promener dans le jardin de la Maison de santé, et une semaine après il avait déjà repris ses jeux habituels. Son état est des plus satisfaisants. Il a retrouvé sa bonne mine et sa gaieté.

A travers la perte de substance cranienne, un peu plus grande qu'une pièce de deux francs, on sent les battements du cerveau, qui augmentent d'intensité quand l'enfant s'est livré à une marche rapide ou à quelque exercice violent. En raison de son jeune âge, on peut espérer qu'il se produira une ossification au moins partielle qui rétrécira cet orifice osseux. Mais restât-il en cet état, il n'en résulterait sans doute aucun dommage dans une région dissimulée sous les cheveux, et, il faut l'espérer, le pauvre enfant n'aura pas l'occasion de se soumettre à de nouveaux traumatismes.

Les traumatismes craniens présentent chez l'enfant une physionomie particulière, non seulement dans la première enfance, mais même dans la deuxième. A cette période de la vie, le crâne est mince, plus élastique et plus souple que celui de l'adulte. Les os, unis d'une manière moins intime, sont susceptibles de se séparer à leurs points de contact. La marche des traits de fracture, leur irradiation de la voûte à la base ne sont pas applicables à l'enfant, ou du moins ne s'observent pas aussi rigoureusement que chez l'adulte. Les enfoncements sont plus fréquents, les lésions cérébrales au point percuté plus communes.

Le petit malade que je viens de montrer à l'Académie est un exemple de ces dispositions particulières à l'enfant. Le temporal a été brisé transversalement à la partie inférieure de sa portion écailleuse, et toute la suture écailleuse a été disjointe. L'écaille du temporal était ainsi détachée, écartée du reste du crâne. L'hématome extra-cranien communiquait par cette voie avec la collection sanguine intra-cranienne, formant ainsi un épanchement en bouton de chemise.

Cette disjonction suturaire est fort intéressante à noter. Les sutures se séparent surtout dans les traumatismes à grand fracas, et sont alors des éléments accessoires d'une lésion complexe.

Il n'en est pas ainsi dans notre cas. La disjonction coïncide, au contraire, avec une fracture limitée, et se montre comme l'élément principal de la lésion. Il semble qu'il se soit produit une fracture par cause directe, comme si un corps dur et d'un petit volume, une pierre, un angle de trottoir, avait été heurté par la tête de l'enfant, et que l'écartement se soit produit ensuite par le mécanisme de l'enfoncement et la bascule de l'écaille brisée à sa base.

Outre son intérêt anatomo-pathologique, cette observation est encore instructive au point de vue de la conduite à suivre dans ces cas difficiles. Elle montre qu'il peut y avoir grand avantage à intervenir, même quand on n'est pas absolument fixé sur la nature exacte de la lésion, et qu'une incision exploratrice, sans danger en elle-même, peut être opportune pour vérifier ce que l'examen clinique permettait seulement de soupçonner.

En pareille circonstance, la sagesse et la prudence véritables consistent dans un peu de hardiesse.

Quand il existe des lésions sérieuses, guidé par ces lésions mêmes, on relève ou on extrait des fragments osseux, on ouvre, on vide les collections, on nettoie les cavités, on fait ce que l'on peut ou ce que l'on doit faire. L'exemple de ce petit garçon montre le résultat très heureux que l'on peut attendre d'une intervention pratiquée de bonne heure, quand les lésions ne sont ni trop étendues ni trop profondes.

THÉRAPEUTIQUE

Médicaments interdits aux nourrices.

M. Marfan, dans son récent *Traité de l'allaitement*, étudie quels médicaments il faut éviter chez les nourrices.

L'opium, la morphine, l'atropine, la jusquiame, le colchique, la cocaïne, l'arsenic, le chloral, les sels de plomb passent dans le lait, et peuvent incommoder ou intoxiquer le nourrisson. La digitale, l'ergot de seigle, l'antipyrine peuvent être prescrits sans inconvénients. La quinine peut être employée *à condition que la nourrice la prenne aux repas*, car la glande mammaire ne l'élimine abondamment que si le médicament a été pris à jeun. La cocaïne et le camphre restreignent la sécrétion lactée, le fer paraît l'augmenter. Il n'y a pas d'inconvénients à laisser les nourrices manger de la salade. (*Journ. de méd. int.* et *Union pharm.*)

Lavements d'ipéca dans la constipation habituelle chez les femmes.

M. Blondel prescrit un lavement de 150 grammes (un grand verre d'eau) où l'on ajoute une cuillerée à café (une demie pour commencer) d'une solution aqueuse d'extrait d'ipéca.

Extrait aqueux d'ipéca. . . . 10 grammes.
Eau distillée . . . . 50 —

Le lavement renferme donc de 40 à 80 centigrammes d'extrait, ce qui correspond à 2 ou 4 grammes de poudre. Cette dose a paru exagérée à quelques-uns. Elle est toujours admirablement supportée. Garder le lavement jusqu'à absorption, une demi-heure environ. (*Rev. de thér.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. Audibert, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Pourvoyeur*, au lieu et place de M. le docteur Battarel.

Guerre. — Par décision présidentielle, en date du 12 juillet 1899, M. Bonnet, médecin-major de première classe, en non-activité, a été rappelé à l'activité à dater du 20 juillet 1899, et désigné pour occuper un emploi de son grade au 2e tirailleurs algériens.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Baudry, profes-

seur à la Faculté de médecine de Lille, a été promu officier de l'Instruction publique.

Statistique. — Mortalité à Paris du 9 au 15 juillet, 887 décès, chiffre inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de juillet (896). — La fièvre typhoïde a causé 13 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente; la rougeole, 25; la scarlatine, 6; la coqueluche, 5; la diphtérie, 7. Tous ces chiffres sont voisins de la moyenne. Il n'y a eu aucun décès par variole. La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 79 décès de 0 à 1 an, au lieu de 54 pendant la semaine précédente.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence des voyages économiques, une excursion aux Gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne, du 23 *juillet* au 2 *août* 1899.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 francs; 2e classe, 245 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'Agence des voyages économiques, 17, rue Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les expertises médicales devant les tribunaux civils. — Guide pratique du médecin expert, avec formules, par le docteur M. Moye, avocat, docteur en droit, lauréat des Facultés de droit et de médecine de Bordeaux. Un vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Larose et Forcel, éditeurs.

NEUROSINE PRUNIER — *Reconstituant général.*
AMÉNORRHÉE — *Apiol Joret et Homolle.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 83. — MARDI 25 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. MARDI 25 JUILLET 1899. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(21 JUILLET 1899)

Un mot encore sur l'origine hydrique de la fièvre typhoïde et la recrudescence de cette affection, à Paris, depuis le commencement de cette année.

M. Lancereaux rappelle et prouve qu'il a été le premier à démontrer l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Il avait vu dès 1876, puis en 1882, le rôle joué dans la propagation de la maladie par les eaux de l'Ourcq et de la Seine. Il rapporte, fort spirituellement, que déjà à cette époque, cherchant à se rendre compte de l'origine de l'épidémie à Paris, il eut maille à partir avec messieurs les ingénieurs, et en particulier avec leur roi, qui avait nom Alphand. Cet homme illustre, devant lequel tout le monde s'inclinait, avait simplement donné l'ordre d'ouvrir le robinet d'eau de Seine, sans en prévenir personne. Quinze jours après environ, et d'une façon presque mathématique, l'épidémie apparaissait, exerçait de terribles ravages. C'était péremptoire comme conclusion, et dès lors M. Lancereaux fut convaincu de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde.

Mais Alphand vécut encore de longues années, tranquille, heureux et omnipotent !

M. Netter a étudié, chiffres en mains, l'augmentation du nombre des fièvres typhoïdes dans son service de l'hôpital Trousseau.

Sa statistique est fort instructive.

Depuis 1882, le chiffre des admissions pendant le premier semestre, n'a dépassé celui de 1899 que deux fois, en 1884 (169 cas) et en 1894 (178 cas). Il l'a approché seulement en 1887 (131 cas).

Depuis 1887, le chiffre des admissions avait été successivement : 80, 67, 64, 42, 79, 69, 178, 45, 37, 30 et 34. En 1899 il est de 141, et le mois de juillet ne paraît pas devoir marquer le terme de la recrudescence, car, le 21 juillet, il y a déjà 49 cas signalés, alors que pour les mois d'avril, mai et juin on n'a compté que 31, 31 et 39 admissions.

En reportant les cas de fièvre typhoïde à leur domicile, on trouve que les enfants desservis en eau de Vanne fournissent 73,1 p. 100 des cas ; ceux en Avre, 14,1 ; en Dhuys, 12,8. Pendant les cinq années précédentes, les cas se répartissent ainsi : Vanne, 70 p. 100 ; Avre, 17,3 ; Dhuys, 12,7. L'augmentation dans la fréquence des typhoïdes a porté sur les consommateurs des trois principales eaux de sources fournies aux Parisiens. S'il y a une eau plus touchée, c'est celle de la Vanne.

En regard de ces faits, il faut marquer que les cas de fièvre typhoïde dans la banlieue semblent en voie de diminution marquée : 1899 donne le chiffre le plus bas, 5,6 p. 100 ; en 1898, il y avait 9 p. 100 ; en 1897, 10 p. 100 ; tandis qu'en 1896, la proportion était de 24,3 p. 100, en 1895 de 20 p. 100. La qualité de l'eau desservie à la banlieue va en s'améliorant, cette eau est en effet filtrée.

M. Launois présente un malade, entré dans son service il y a quinze mois, dans un état de cachexie profonde. La plupart de ses articulations étaient le siège d'**arthropathies déformantes** ; ses membres atrophiés ne présentaient plus aucun relief musculaire ; les téguments recouvrant les membres inférieurs étaient le siège de proliférations épidermiques énormes, disposées sous forme de stratification. Ces croûtes cornées étaient analogues à celles qui ont été décrites par Vidal, Jeanselme, Jacquet et Chauffard.

La cause de ces troubles si graves n'est autre que la **blennorragie**.

MM. Rendu, Lancereaux, Jacquet, Achard et Antony prennent la parole à propos de ce cas, dont ils confirment l'intérêt par leurs observations personnelles.

M. Fernet étudie un **syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique.** Dès le début de cette affection, les lésions du sommet d'un poumon sont accompagnées d'une adénopathie trachéo-bronchique et d'un engorgement de la partie inférieure du poumon du même côté. La clinique permet de constater trois foyers de signes physiques en rapport avec cette altération : 1° au sommet, vers la partie externe de la fosse sus-épineuse et dans le sillon pectoro-deltoïdien, les signes habituels de la tuberculose commençante ; 2° dans l'espace inter-scapulaire, du côté malade, de la submatité avec résistance au doigt et un souffle à timbre creux, surtout expiratoire, phénomènes indiquant l'adénopathie ; 3° à la base, du même côté, de la diminution de la sonorité à la percussion et quelques râles sous-crépitants à l'auscultation.

MM. L. Jacquet et Regnault lisent une note sur **l'alcool et le cyclisme.** La croyance populaire que l'alcool « donne

de la force » est une des causes de l'alcoolisation progressive de ce pays. Les médecins ont donc le devoir de combattre cette erreur, qu'ils ont d'ailleurs jadis contribué à répandre.

Les auteurs ont eu l'occasion de demander à quelques cyclistes connus leur opinion sur les effets de l'alcool au point de vue *professionnel*. Ce sont MM. Milles (de Chicago), Calmettes et Garin (de Paris), Monachon (de Genève), Fischer (de Mulhouse).

Leur réponse a été invariable : tous sont d'une grande sobriété en dehors même des périodes d'entraînement, fuient les apéritifs et l'absinthe.

Quant à la course proprement dite, leur opinion peut se résumer en une formule d'une saisissante netteté : « L'alcool coupe les jambes. »

MM. Béclère et Lesage communiquent l'observation d'un cas de choléra nostras à évolution rapide, ayant entraîné la mort en quatre jours, et dû à l'entérocoque décrit par M. Thiercelin.

DE LA RARETÉ DES INDICATIONS OPÉRATOIRES CHEZ LES PROSTATIQUES (1)

Par le docteur A. Guépin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les indications opératoires chez les malades atteints d'hypertrophie sénile de la prostate sont très exceptionnelles; depuis mes premières communications à l'Académie sur ce sujet (1895), le temps et l'expérience ont confirmé cette opinion invariable. Il ne s'agit point, et bien au contraire, de condamner les petites interventions, telles que ponction vésicale, stricturotomie, etc., quelquefois absolument de mise et toujours innocentes lorsque pratiquées à bon escient par une main habile, mais de montrer encore combien sont rares chez les vieux prostatiques les circonstances qui réclament l'emploi de la grande chirurgie. Les ressources énergiques paraissent cependant ne pas faire défaut. Il y a les tailles vésicales avec fistulisation consécutive de la vessie temporaire ou définitive (cystostomie), la castration, la vasectomie, les prostatotomies et prostatectomies, depuis l'incision valvulaire de Mercier jusqu'à l'exérèse galvanocaustique de Bottini, pour ne parler que des plus connues. Le praticien doit éprouver un réel embarras quand il lui faut choisir entre ces procédés également héroïques, également infidèles, puisqu'ils sont si nombreux, et dont l'utilité reste à démontrer, sauf exception. En attendant mieux, nous possédons des procédés thérapeutiques logiques, inoffensifs (sonde à demeure, compression digitale, etc.), bien connus depuis longtemps, dont l'association raisonnée conduit à des résultats incontestablement meilleurs, sans présenter aucun des graves inconvénients des opérations énumérées plus haut. Pour leur préférer ces dernières, il faudra donc d'excellentes raisons; je les cherche et certains chirurgiens les trouvent :

1° Dans les *difficultés du cathétérisme*. — Deux cas sont à envisager : *a*. Le malade est sous le coup d'une rétention d'urine aiguë. En prenant le soin de faire précéder le cathétérisme des petits moyens usuels à juste titre (bain, évacuation du rectum, saignée locale) et de se servir d'instruments appropriés (sondes coudées, sonde à grande courbure, etc.), celui-ci est toujours possible à effectuer sans traumatisme. A défaut de sondes convenables, la ponction aspiratrice sus-pubienne, régulièrement faite, n'offre pas de dangers et elle permet d'attendre que l'urèthre reposé redevienne facilement franchissable. En consultant mes notes depuis 1888, je vois que jamais un vieux prostatique atteint de rétention aiguë n'a pu être sondé dans les délais prévus; que jamais même il n'a été nécessaire de recourir à la ponction ; les grandes difficultés du cathétérisme résident dans la petite expérience de celui qui le pratique et il est plus urgent d'apprendre aux étudiants à se servir d'une sonde (au besoin d'un aspirateur) qu'à faire une taille et à ouvrir une vessie qui très ordinairement gagnera tout à n'être jamais incisée.

b. On se trouve en présence d'un cathétérisme habituellement pénible (difficultés d'introduction de la sonde, saignement du canal). Le calibrage de l'urèthre, l'emploi de cathéters bien choisis, au besoin une période de sonde à demeure, une antisepsie à la portée de tous, ont suffi à rendre aux vieux prostatiques des conditions de vie satisfaisantes et, à coup sûr, préférables à celles qui accompagnent les fistules urinaires et suivent les mutilations génitales.

2° La *prostatomégalie*, c'est-à-dire l'augmentation de volume de la prostate, ne justifie-t-elle point les interventions sérieuses?

Il faut se souvenir qu'aux deux premiers stades anatomo-pathologiques de l'évolution des lésions prostatiques, la prostate peut revenir sur elle-même et perdre de son volume anormal (on dit parfois à tort qu'elle s'atrophie), sous l'influence du traitement logique de l'hypersécrétion et de la stagnation glandulaires avec dilatation des culs-de-sac et sclérose périglandulaire commençante; la miction volontaire se rétablit alors plus ou moins complète. Au troisième stade, période de sclérose absolue, véritable cicatrisation, l'appareil urinaire est altéré dans sa totalité. Aucun traitement, aucune opération indirecte ne réduira le volume de l'organe et les prostatectomies laisseront subsister tels les troubles fonctionnels urinaires. A cette époque, où la vessie est vidée trois ou quatre fois par jour par la cathétérisme, où elle reste absolument passive, très résistante à l'infection, la prostatomégalie n'est plus rien. Aux deux premiers stades, la congestion prostatique a parfois temporairement disparu après la castration, la cystotomie, la vasectomie; mais de quel prix le malade a-t-il payé une amélioration qu'il était si facile d'obtenir à peu de frais! Les opérations indirectes destinées, dans l'esprit des chirurgiens qui les pratiquent, à faire rétrocéder la prostatomégalie, tomberont bientôt dans un oubli mérité. Les opérations directes (prostatotomies, prostatectomies) sont, et pour cause, presque abandonnées. Un noyau prostatique venant obturer le col vésical et seul mettre obstacle à la miction, serait une condition favorable à la prostatectomie partielle; mais combien peu fréquente est cette indication!

3° *L'infection des voies génito-urinaires?* Quand la sonde à demeure convenablement choisie, mise en place et fixée, fonctionnant régulièrement, bien tolérée comme elle l'est lorsqu'on fait le nécessaire pour l'obtenir, associée à un ensemble de soins médicaux longuement décrits ailleurs, ne suffit point à arrêter les accidents infectieux, il ne reste que la taille, et encore est-ce une ressource bien précaire. L'intervention n'est que palliative; elle ne peut donner ses pleins effets que si elle draine absolument la vessie et l'urèthre. Donc, en pareil cas, on devra toujours choisir la taille périnéale — qu'il y ait ou non des calculs dans la vessie — dont la fistule se referme tout aussi bien qu'une autre. On

(1) Communication à l'Académie de médecine.

n'objectera point les difficultés opératoires comparées à celles de la cystotomie sus-pubienne; ces opérations ne sont jamais si urgentes que l'on n'ait le temps de prendre toutes les précautions indispensables et de s'entourer du nombre d'aides suffisant pour les conduire à bonne fin.

Il est juste de reconnaître que chez les malades pauvres se présentant à l'hôpital alors que les accidents offrent une gravité immédiatement menaçante, les choses ne se passent pas tout à fait comme dans un milieu aisé ou riche. Mais les règles générales, indiquées précédemment d'une façon rapide quoique suffisante, restent toujours vraies : les grandes interventions, dont les bienfaits trop souvent douteux vont avec des inconvénients certains et des complications ordinaires, sont à réserver pour des circonstances très spéciales et, en fait, se résument à la taille périnéale qui seule établit un drainage efficace de l'urèthre et de la vessie; jamais ces opérations ne revêtent un caractère d'urgence absolue. Le chirurgien n'est autorisé à y avoir recours qu'après l'échec bien constaté des autres procédés thérapeutiques, moins brillants en apparence, plus modestes, mais aussi plus certains, logiques toujours et irresponsables de fautes qui ne relèvent que de leur mauvaise application.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Les égols, nouveaux antiseptiques généraux (1), par E. Gautrelet. (*Extrait.*)

Lorsqu'on nitrose les dérivés parasulfonés des phénols en général, on arrive à faire assez facilement absorber aux acides orthonitro { phénol / crésol / thymol } parasulfoniques une quantité de mercure égale à un demi-atome par atome du phénol primitif employé dans la réaction.

On obtient ainsi les homologues orthonitro { phénol / créosol / thymol } parasulfonates de mercure et de potassium, auxquels nous avons donné le nom générique d'Égols, les différenciant par les dénominations particulières de *phénégol*, *creségol*, *thymégol*, d'après le phénol radical.

... Les égols sont des composés très stables; le mercure ne peut y être décelé que par la calcination avec la chaux sodée, ou par attaque à chaud du produit par le chlorate de potasse et l'acide chlorhydrique, et encore très difficilement; c'est la dernière méthode qui a été employée pour l'analyse élémentaire.

Par calcination, il y a décomposition des égols, formation tout d'abord de sulfocyanure de mercure se manifestant sous forme de *serpent de Pharaon* et finalement de sulfure de mercure.

L'ébullition avec le sulfate ferreux réduit les égols à l'état de sels amidés incolores.

Les égols se combinent avec l'iode comme avec l'arsenic, atome par atome du phénol radical.

Propriétés générales. — Les égols se présentent sous forme de poudre rouge brun; ils sont difficilement cristallisables, par évaporation des solutions hydro-alcooliques diluées, dans le système rhomboédrique.

Ils sont solubles dans l'eau en toute proportion et à froid; ils sont insolubles dans l'alcool concentré.

Les solutions aqueuses des égols sont sans odeur ni saveur particulières : elles sont neutres et ne sont ni caustiques, ni irritantes; elles ne coagulent pas les albumines, ne sont pas décomposées par les matières organiques et précipitent les toxines.

Les égols ne sont ni volatils, ni inflammables, ni explosifs.

Ils ne sont pas toxiques, puisqu'il en faut au moins 2 grammes par kilogramme de poids d'animal pour déterminer la mort, quand on les introduit par la voie hypodermique. Par la voie stomacale, ils sont émétiques.

L'élimination des égols est rapide car les animaux qui reçoivent deux fois la dose toxique répartie en vingt jours consécutifs, n'éprouvent aucune altération de la santé et même engraissent fortement.

Les égols sont des bactéricides forts (troisième classe de Miquel), puisque, à la dose de 4 grammes pour 1000, ils entravent dans les milieux de culture toute prolifération bactérienne, et qu'ajoutés à la même dose à des bouillons stériles, ils en maintiennent la stérilisation.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

MÉDECINE PRATIQUE

Le sérum antidiphtérique et la coqueluche.

En 1897, le docteur G. Lotti (de Lecço) soignant une angine diphtérique survenue chez une petite fille ayant la coqueluche, vit les deux affections céder à la fois sous l'action du sérum antidiphtérique.

En 1898, le docteur Cerioli (de Broni) observa les mêmes faits au cour d'une épidémie de coqueluche.

Un médecin suisse, le docteur Gilbert, vient de publier, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, un travail que rapporte le *Bulletin médical* et dans lequel il relate les bons effets thérapeutiques qu'il a obtenus de son côté en employant le sérum antidiphtérique chez des enfants ayant à la fois la diphtérie et la coqueluche.

« Chez tous les enfants inoculés, la marche de la maladie, à partir de l'injection, a été sensiblement la même; sa durée a été considérablement réduite et la deuxième période ou période des quintes n'a jamais duré plus de huit à dix jours.

Le nombre des quintes a rapidement diminué; avant l'injection il était de vingt à trente par vingt-quatre heures, mais il est tombé, en six à sept jours, à trois ou quatre seulement, avec disparition presque complète de la reprise.

La violence de la quinte a aussi subi une heureuse modification.

Dix jours après l'injection, la véritable quinte a fait place à deux ou trois coups de toux dont la thérapeutique courante, et en particulier le bromoforme, ont eu très vite raison. Les vomissements ont toujours cessé après les injections.

La quantité totale de sérum employé n'a jamais dépassé 10 centimètres cubes, c'est-à-dire un flacon officiel, excepté dans les deux cas de diphtérie où la dose a été plus élevée.

La quantité par injection a varié entre 2 et 5 centimètres cubes à deux ou trois jours d'intervalle.

On n'a jamais observé le moindre accident local, bien que le flacon n'ait pas été utilisé en entier dans la même séance.

Les accidents secondaires à l'injection de sérum ont été aussi fréquents que dans les cas de diphtérie; deux fois on a noté de l'urticaire, une fois de l'arthralgie avec érythème noueux, une fois un érythème étendu des fesses et de l'abdomen, une fois une éruption scarlatiniforme, une fois une éruption morbilliforme. Dans trois cas sur neuf, il n'est survenu aucune manifestation secondaire.

Quoi qu'il en soit, ces accidents ne paraissent avoir eu aucune influence bonne ou mauvaise sur la marche de la maladie. »

L'auteur cite en parallèle de petits malades qu'il n'a pas inoculés et qui lui ont servi de témoins. La durée n'a pas été inférieure à trois ou cinq semaines et la durée totale de la

maladie a été de deux à trois mois alors que le sérum donnait de bons résultats en quelques jours.

D'autres cas analogues sont cités par le docteur Maillard. Le professeur Revilliod a pu également dans son service observer les bons effets de cette méthode. Il semble, cependant, jusqu'à nouvel ordre que les injections doivent être réservées pour les cas de coqueluche grave.

FORMULAIRE

L'acide cinnamique dans la tuberculose pulmonaire.

Landerer (de Stuttgard) commence le traitement avec 1 milligramme de cinnamate de soude en solution à 1 p. 100 en injections intra-veineuses. Les faire le matin, les renouveler tous les deux jours, en augmentant la dose de un demi-milligramme chaque fois. Au bout de cinq à six semaines on arrive à injecter 25 milligrammes, chiffre qu'il ne faut pas dépasser.

Landerer emploie encore, en frictions, l'émulsion suivante dont nous donnons la formule à titre de document :

Acide cinnamique finement pulvérisé . . . . 5 grammes.
Huile d'amandes douces . . . . 10 —
Sel marin en solution (à 0,7 p. 100). . . . . Q. S.
Jaune d'œuf. . . . . Nº 1

pour faire une émulsion de 100 grammes.

L'ichthyol dans la sciatique.

1° Donner 6 à 8 capsules d'ichthyol de 10 centigrammes par jour.

2° Faire cinq à six fois par jour des frictions avec un liniment comme le suivant :

Ichthyol . . . . 50 grammes.
Glycérine. . . . . 20 —
Eau . . . . 30 —

(Crocq. In *Journ. de neurol.*)

Balanite.

Lavages et bains à l'eau boriquée tiède. Isoler le gland du prépuce avec de l'ouate hydrophile ou un peu de gaze stérilisée.

Lotions avec :

Chlorate de potasse. . . . . . 4 grammes.
Eau distillée. . . . . 140 —

Sécher puis saupoudrer avec :

Tannin pur. . . . . . } *āā* 7 grammes.
Amidon pur. . . . . . }

Constipation.

Aloès . . . . } *āā* 5 grammes.
Extrait de rhubarbe . . . . }
— alcoolique de noix vomique. . . . . 2 —

Pour vingt-quatre pilules. Une le soir. (G. Lyon.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel des maladies vénériennes (1), par le professeur Mracek. Édition française par le docteur Emery, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

La collection d'Atlas-manuels dont MM. J.-B. Baillière et fils ont entrepris la publication constitue une innovation des plus heureuses comme méthode d'enseignement par les yeux. En publiant ces Atlas en dix langues, on a pu établir des aquarelles irréprochables au point de vue scientifique et artistique, et les reproduire par les procédés les plus perfectionnés. La dépense étant répartie sur dix éditions, on a pu, tout en employant les procédés les plus coûteux, établir chaque atlas à un prix dix fois inférieur à ce qu'aurait coûté toute publication du même genre isolée.

« L'Atlas-manuel des maladies vénériennes » qui vient de paraître se compose de deux parties.

La première comprend : 1° cinq chapitres consacrés aux trois périodes classiques de la syphilis, à l'hérédo-syphilis, au traitement général de la syphilis ; 2° deux chapitres où l'auteur traite successivement du chancre mou et de la blennorragie.

La seconde partie est consacrée à l'Iconographie. Soixante et onze aquarelles présentent une reproduction fidèle des affections les plus fréquentes et les plus importantes à connaître.

M. Emery a exposé dans de nombreuses notes additionnelles, les travaux des maîtres de l'Ecole syphilographique française.

Successivement interne et chef de clinique de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis, il a été autorisé par son maître à puiser dans son enseignement et dans ses ouvrages les éléments de ce manuel dont les élèves et les praticiens apprécieront l'utilité pour la diffusion des doctrines et de la pratique de l'Ecole française.

(1) In-16 de 420 p., avec pl. noires et col. Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Aide-mémoire de dermatologie et de syphiligraphie (1), par M. Paul Lefert.

L' « Aide-mémoire de dermatologie » de M. P. Lefert s'adresse aux étudiants comme aux praticiens.

L'étudiant y trouvera rapidement l'histoire instructive des malades que les maîtres lui auront montrés, soit à la consultation, soit dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, les éléments du diagnostic, et les termes du traitement.

Le praticien, si fréquemment embarrassé par le client qui lui montre « des boutons qui le démangent, l'inquiètent et le défigurent », trouvera dans ce petit livre l'étiquette à mettre sur ces manifestations cutanées et même la formule du traitement, c'est-à-dire la guérison.

Les maladies rares ont été négligées de parti pris et les maladies fréquentes sont décrites avec détails. La syphilis y occupe une large place.

De la gastro-entérite aiguë des nourrissons. Infections et intoxications digestives [pathogénie et étiologie (2)], par A. Lesage, médecin des hôpitaux de Paris (nº 17 de l'*Œuvre médico-chirurgical*).

La monographie qui vient de paraître est la mise au point classique d'une des maladies les plus fréquentes et les plus meurtrières de la première enfance. L'auteur y étudie tous les facteurs étiologiques et pathogéniques de cette maladie, et savants comme praticiens y trouveront de précieuses recommandations pour combattre cette grave affection. Les modalités cliniques que revêt la gastro-entérite des nourrissons dépendent de l'agent pathogène et sont par conséquent très nombreuses. Le docteur Lesage les étudie minutieusement et sous leurs différents points de vue.

En résumé, cette monographie tendant à faire connaître au monde médical une affection qui contribue pour beaucoup à la dépopulation de la France, présente un intérêt sur lequel nous ne saurions trop attirer l'attention.

(1) In-16 de 288 p., cart. toile en 2 coul. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8º. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1).

Par le docteur A. Corlieu.

[Ici, nous reprenons le texte des Commentaires.]

« Le jeudi, 22 décembre 1650, thèse quodlibétaire argumentée hors tour par Me Pierre Perreau, docteur en médecine : Répondant Me François Lopes, de Bordeaux; bachelier en médecine. La question fut la suivante : *An a sterilitate tarda senectus ?*

Le jeudi, 19 janvier 1651, thèse quodlibétaire argumentée hors tour par Me Robert Patin, docteur en médecine : Répondant Me Charles Baralis, de Paris, bachelier en médecine. La question fut la suivante : *An fortes creantur fortibus ?*

Le jeudi, 9 février, argumentation hors tour d'une thèse quodlibétaire par Me Michel Delavigne, docteur en médecine : Répondant Me Daniel Arbinet, de Beaune (?), bachelier en médecine. La question fut : *An principes aliis generosiores ?*

Le jeudi, 16 février, argumentation hors tour d'une thèse quodlibétaire par Me Jean de Bourges, fils, docteur en médecine : Répondant Me Antoine De Sarte, de Paris, bachelier en médecine. La question fut : *An certus unus graviditatis index motus ?*

THÈSES CARDINALES

Le jeudi, 2 mars 1651, argumentation sur une thèse cardinale par Me François Landrieu, de Laon, bachelier en médecine, sous la présidence de Me Thomas Gamare, docteur en médecine. La question traitée fut : *An cœna prandio salubrior?*

Le jeudi, 23 mars 1651, argumentation sur une thèse cardinale par Me François Lopes, de Bordeaux, bachelier en médecine, sous la présidence de Me Antoine Charpentier, docteur en médecine. La question traitée fut : *An tuendæ valetudini frequens balneum ?*

VESPÉRIES

Le jeudi, 10 novembre 1650, Me Michel Delavigne, de Paris, argumenta sur une question de vespéries, sous la présidence de Me Jacques Gavois, docteur en médecine, qui proposa cette question au candidat : *An aquæ calidæ potus ex usu?*

Me Michel Mares, docteur en médecine, proposa cette autre question à Me Michel Delavigne, licencié : *An aquæ gelidæ potus ex usu?*

Le jeudi, 1er décembre 1650, Me Robert Patin, de Paris, argumenta sur une question de vespéries, sous la présidence de Me Denis Joncquet, docteur en médecine, qui proposa cette question au candidat : *Estne in medico vultus index improbitatis?*

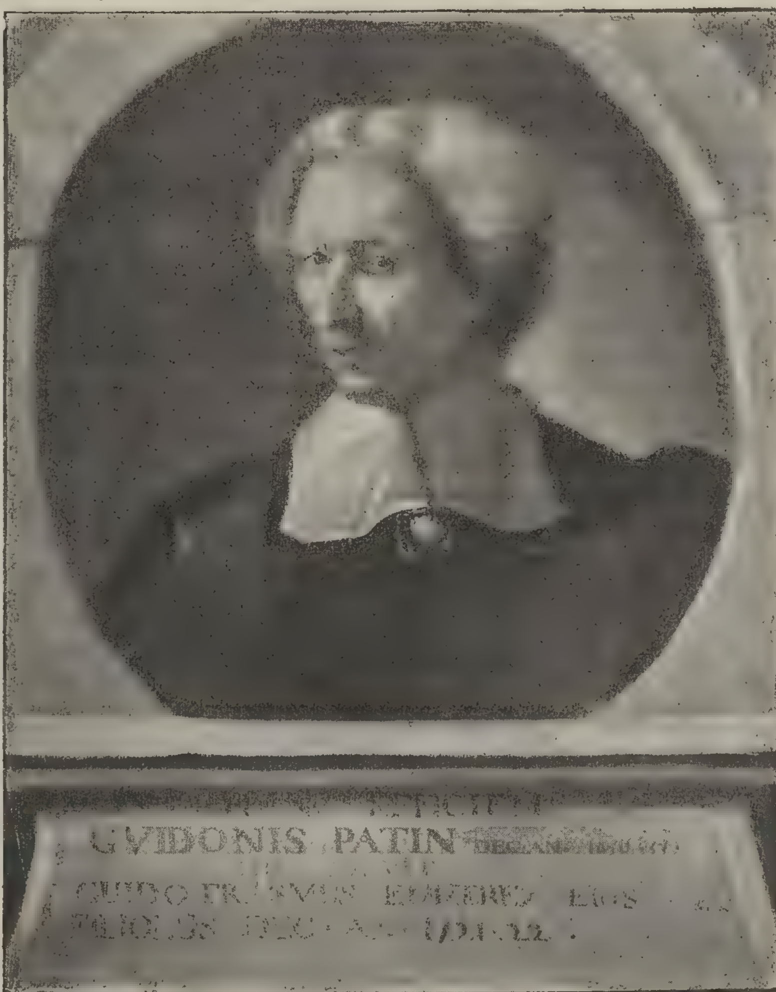
Me Jacques Gavois, docteur en médecine, proposa cette seconde question à Me Robert Patin, licencié : *Estne in medico vultus index inscientiæ?*

Le lundi, 2 janvier 1651, Me Jean de Bourges, de Paris, argumenta sur une question de vespéries, sous la présidence de Me Claude Levasseur, docteur en médecine, qui proposa cette question au candidat : *An medici senioris auxilium ægris optabilius?*

Me Denis Joncquet, docteur en médecine, proposa au même Jean de Bourges, licencié, la question suivante : *An chirurgi junioris auxilium ægris optabilius?*

Le lundi, 11 septembre 1651, Me Germain Hureau, de Paris, argumenta sur une question de vespéries sous la présidence de Me Florimond Langlois, qui proposa au candidat cette question : *An a retento menstruo melancholia?*

Me Claude Levasseur, docteur en médecine, proposa au même Germain Hureau, licencié, cette autre question : *An a retento semine mania?*



D'après la photographie de MM. Braun, Clément et Cie, éditeurs, 18, rue Louis-le-Grand, Paris. (Cliché prêté par M. Gonnon, pharmacien à Lyon, et par MM. Protat, imprimeurs à Mâcon, et dû à l'obligeance de M. le docteur E. Le Maguet.)

DOCTORAT

Le mercredi, 23 novembre 1650, Me Michel Delavigne est proclamé docteur sous la présidence de Me Jacques Gavois, docteur en médecine. Le nouveau docteur proposa cette question à discuter à Me Jean Piètre, docteur en médecine : *An saccharata medicamenta non conditis præstantiora?*

Me Jean Gavois proposa cette autre question à discuter à Michel Mares : *An saccharata medicamenta mellitis præstantiora ?*

Le lundi, 19 décembre 1650, Me Robert Patin est proclamé docteur, sous la présidence de Me Denis Joncquet, docteur en médecine. Le nouveau docteur Robert Patin proposa à Me Jean Chartier la question suivante : *Facitne medici famam aura popularis ?*

Me Denis Joncquet, président, proposa cette autre question à Me Jacques Gavois : *Facitne medici famam Magnatum favor?*

Le mercredi, 18 janvier 1651, Me Jean de Bourges, fils, est proclamé docteur sous la présidence de Me Claude Levasseur, docteur en médecine. Le nouveau docteur proposa cette question à Me Pierre Légier : *An serum sanguinis lacteum in febribus malignitatis indicium ?*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 741. — Nous avons passé les f. 440 à 443, qui ne contiennent que les noms des 112 docteurs régents en 1650.

Le président, Mᵉ Claude Levasseur, proposa cette autre question à Denis Joncquet, docteur en médecine : *An serum sanguinis lacteum in febribus putredinis soboles ?*

QUESTIONS ANTIQUODLIBÉTAIRES, APPELÉES VULGAIREMENT PASTILLAIRES

Le mardi 20 décembre 1650, Mᵉ Pierre Perreau, docteur en médecine, argumenta sur la question pastillaire et proposa au candidat Meda cette question à discuter : *An arctati propius dentes vitæ diuturnioris indicium?*

Mᵉ Michel Mares proposa à Mᵉ Claude Germain, docteur en médecine, cette autre question : *An proceritas corporis vitæ diuturnioris indicium ?*

Le lundi 26 janvier 1651, Mᵉ Robert Patin, docteur en médecine, argumenta sur la question pastillaire, et proposa au candidat cette question : *An epileptici epilepticos progenerent ?*

Mᵉ Denis Joncquet proposa cette autre question à Jean Chartier, docteur en médecine : *An calculosi calculosos progenerent ?*

Le mercredi 8 février 1651, Mᵉ Michel Delavigne, docteur en médecine, argumenta sur la question pastillaire, et proposa cette question au candidat en médecine : *An homo* μοῖραν πεπρωμένην *devitare possit?*

Mᵉ Jacques Gavois proposa cette autre question à Mᵉ Jean Piètre, docteur en médecine : *An homo parentum vitia devitare possit ?*

Le mercredi 15 février 1651, Mᵉ Jean de Bourges fils, docteur en médecine, argumenta sur la question pastillaire, et proposa au candidat en médecine cette question : *An fœtus in utero tantum generetur ?*

Mᵉ Claude Levasseur proposa à Mᵉ Pierre Légier cette autre question : *An fœtus in utero vivat, more plantæ ?*

(*A suivre*.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Émile Mathieu, décédé à Thui-le-Moutier (Ardennes), dans sa 78ᵉ année. M. le docteur É. Mathieu était le père de notre collaborateur et ami M. le docteur Albert Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, à qui nous adressons, ainsi qu'à sa famille, l'expression de notre très douloureuse sympathie.

Colonies. — Par décision ministérielle, en date du 21 juillet 1899, M. Dubois, médecin de 2ᵉ classe des colonies en non-activité pour cause de santé, a été rappelé à l'activité pour compter du 1ᵉʳ juillet 1899.

Distinctions honorifiques. — La médaille militaire a été accordée, par décret présidentiel, à la sœur Sainte-Geneviève, à l'hôpital général de Rodez.

Conseil municipal. — Le Conseil municipal vient d'approuver la création d'un service d'ophtalmologie dans l'un des hôpitaux de la région sud-ouest de Paris, et invite l'administration à organiser ce service dans les locaux qui seront laissés libres à l'hôpital Necker par le transfert du service Civiale à l'hôpital Lariboisière, et ce, tout en maintenant les dépenses dans les limites du crédit prévu pour la même installation à l'hôpital Laënnec.

Congrès français de médecine (Vᵉ session, Lille, 28 juillet 1899). — Le Congrès est assuré du succès ; la liste des adhérents montre que cette réunion scientifique exerce son attraction sur les travailleurs de l'étranger et des extrémités de la France.

Nous croyons néanmoins devoir convier une dernière fois nos lecteurs et leur communiquer les derniers renseignements qui suivent :

Les listes ne sont pas closes et les adhésions seront reçues jusqu'au dernier moment ; mais on ne peut plus, dès maintenant, garantir la faveur du demi-tarif que les Compagnies de chemin de fer (Nord, P.-L.-M., Est, Orléans) ont consenti aux participants ; en ce qui concerne les excursions, les réceptions et le banquet par souscription, nous assurons cependant aux futurs adhérents que leur désir d'y prendre part sera réalisé.

Pour ceux des congressistes qui désirent faire de la photographie, pour ceux aussi qui, pour une démonstration, croiraient devoir avoir recours aux projections, deux chambres noires, un appareil à projection seront mis à leur disposition dans les locaux du Congrès.

Pour la reproduction des résumés des communications ou des discussions destinés à la presse, une machine à écrire, servie par un employé compétent, rendra ce service, moyennant la faible rétribution de 1 franc la page pour six exemplaires, perçue par le Congrès.

Comme les rapports seront distribués à tous les titulaires huit jours au moins avant l'ouverture du Congrès, la Commission d'organisation a décidé que, l'opinion de chacun ayant pu ainsi être faite, dans les séances consacrées à la discussion des rapports, le rapporteur, au lieu de donner dès l'abord le résumé de son travail, attendrait pour prendre la parole que toutes les objections se soient produites.

En se présentant au secrétariat général, 1, place Philippe-le-Bon, dès leur arrivée, les congressistes recevront leur carte, leurs insignes, leurs invitations personnelles et leur courrier.

Le logement dans l'hôtel choisi par le congressiste reste toujours subordonné à la demande parvenue audit hôtel deux jours avant au moins.

Nota. — Le montant de la cotisation sera recueilli : pour les adhérents lillois à domicile, par les soins de M. le docteur Looten, trésorier ; pour les étrangers, au secrétariat général, lorsqu'ils se présenteront pour retirer leur carte, ou par la poste s'ils étaient empêchés de se rendre au Congrès.

Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. — Ce Congrès sera tenu du 8 au 12 août 1899 à Amsterdam.

Les questions qui seront discutées seront les suivantes :

« La valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. »

« L'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. »

« Le traitement chirurgical des fibromes. »

« L'indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. »

Exercice illégal de la médecine. — La 10ᵉ chambre devait juger vendredi un sieur V..., courtier en huiles, qui, pendant trois ans, a exercé la médecine à Lariboisière. Déjà en 1885, V... avait été condamné pour faits analogues.

V... s'est empressé de ne pas comparaître, mais a cru devoir adresser au président, M. Fabre, une lettre où il y parlait de ses hautes influences, le menaçant de faire agir contre lui la protection dont il dispose si la remise qu'il demandait était refusée.

M. Fabre faisant de cette lettre le cas qu'elle méritait a passé outre, et a condamné V... par défaut à 1000 francs d'amende.

Hygiène. — On poursuit l'alcoolisme un peu partout en ce moment, avec une louable ardeur ; une enquête qui vient d'être faite chez nos voisins, à Bonn, nous montre que le mal sévit dès la plus tendre enfance, et que le danger ne doit pas être dénoncé seulement chez les adultes.

Sur 247 élèves des écoles primaires, âgés de sept à huit ans, on n'a pu en trouver aucun qui n'ait jamais bu du vin, de la bière ou de l'eau-de-vie. Le mal n'est pas grand, dira-t-on, si ces boissons ne sont pas habituelles ; mais elles étaient malheureusement habituelles chez 25 p. 100 de ces enfants ; et même 8 p. 100 recevaient quotidiennement de leurs parents un petit verre d'eau-de-vie, *afin de devenir forts*.

On voit qu'il y a beaucoup à faire pour vulgariser, dans les classes laborieuses, certaines notions élémentaires de saine physiologie.

Mais une constatation encore plus inquiétante a été faite, et nous voudrions croire qu'elle est spéciale à la ville de Bonn ; c'est qu'il y a plus de jeunes filles que de jeunes gens qui tuent le ver, le matin, par le simple moyen d'un verre d'eau-de-vie. Le nombre des cas d'alcoolisme féminin observés dans nos hôpitaux, nous fait craindre que semblable observation puisse aussi être faite chez nous. (*Memor. Lib. franç.*)

A vendre par suite de décès. — La maison de santé et d'hydrothérapie médicale du docteur Guillaume-Émile Duval, sise, 15, rue Chateaubriand (Champs-Élysées).

Pour tous renseignements, s'adresser à la maison même, 15, rue Chateaubriand, tous les jours à partir de midi.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 6 août 1899.*

Départ de Paris, 9 h. 15 matin ; retour, 10 h. 51 soir. Prix (tous frais compris) : 1re classe, **20** fr. ; 2e classe, **17f50** ; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Un siècle de vaccination et ce qu'il nous enseigne, par W. Scott Tebb. Un vol. in-8° de 452 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Londres, Swan Sonnenschein and Co.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 84. — JEUDI 27 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 27 JUILLET 1899. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(25 JUILLET 1899)

Avant d'entrer en vacances, l'Académie a voulu accomplir le plus de besogne possible. Elle a d'abord nommé une commission permanente composée des membres du bureau et d'un membre de chaque section, puis elle a entendu le rapport de M. Bergeron sur le service de la bibliothèque au cours de l'année 1898. La bibliothèque s'est enrichie, dans cette année, de 5759 ouvrages. Elle en possède actuellement 125694. C'est là une riche collection, et M. le secrétaire perpétuel n'a pas manqué de profiter de cette circonstance pour féliciter, comme il le mérite, le dévoué et zélé bibliothécaire, M. Dureau. L'Académie tout entière a manifesté son approbation, et nous ne doutons pas que tous les représentants de la presse médicale que leurs fonctions appellent à l'Académie ne se fussent joints à elle s'ils avaient été consultés pour adresser aussi à notre sympathique confrère toutes leurs félicitations.

L'Académie a entendu ensuite une série de communications, dont quelques-unes d'un réel intérêt.

C'est d'abord notre vénéré maître, M. Potain, qui a pris la parole, à propos de la discussion sur l'**aortite paludique**, pour relater l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui avait contracté des fièvres intermittentes en Algérie et qui, sans aucun autre antécédent pathologique, au cours d'un nouvel accès de fièvres intermittentes, a présenté tous les caractères d'une ampliation de l'aorte. En suivant de très près, et au jour le jour, ce malade, M. Potain a pu constater que ces signes d'aortite aiguë très nets ont exactement coïncidé avec la fièvre, et que celle-ci ayant cédé, après quelques jours, à de hautes doses de sulfate de quinine, les phénomènes observés du côté de l'aorte se sont simultanément amendés et ont fini par disparaître. La conclusion que M. Potain croit devoir tirer de ce fait est qu'il y a lieu d'admettre une aortite aiguë, transitoire, d'origine paludéenne.

Sous ce titre : **Tuberculose ganglionnaire, pseudo-lymphadénie (lymphome tuberculeux)**, M. Paul Berger, en son nom et au nom de M. F. Bezançon, a fait une intéressante communication dont voici le résumé :

L'étude systématique des tumeurs lymphadéniques faite au point de vue histologique et bactériologique, dans le but de vérifier leur origine infectieuse, a abouti au démembrement de l'ancien groupe du lymphadénome, tel qu'il était compris autrefois. A côté du lymphadénome proprement dit, caractérisé au point de vue histologique par une hyperplasie du tissu réticulé, affection dont la nature reste toujours obscure, on doit décrire des hypertrophies ganglionnaires d'origine infectieuse qui n'ont du lymphadénome que les apparences.

Le bacille tuberculeux est peut-être l'agent le plus commun de cette variété d'adénite infectieuse ; il peut déterminer dans les ganglions, en outre des formes banales d'adénite suppurée, une variété de tumeur simulant le lymphadénome au point de vue clinique, et qui ne peut en être distinguée que par l'examen histologique et l'inoculation aux animaux.

C'est cette forme, décrite par les Allemands sous le nom de *lymphome tuberculeux*, par MM. Sabrazès et Ducléon sous le nom de *tuberculose hypertrophique méconnue*, dont MM. Berger et Bezançon apportent trois observations détaillées.

La tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique a les allures cliniques du lymphadénome ; il s'agit de tumeurs bien circonscrites, indépendantes les unes des autres, mobiles sur le plan profond, non adhérentes à la peau, rénitentes, non fluctuantes, du volume d'une noix à une grosse poire. On croit à un début de lymphadénome, et ce n'est que l'examen histologique qui décèle la nature tuberculeuse de la tumeur. L'examen microscopique du ganglion malade ne donne aucun renseignement ; le plus souvent on ne voit à la section ni foyer caséeux, ni ramollissement, et le ganglion a l'aspect d'un ganglion lymphadénique.

Le diagnostic de cette forme est délicat, même au point de vue bactériologique et histologique, par suite de la possibilité de l'envahissement secondaire de ganglions lymphadéniques par des bacilles tuberculeux.

L'inoculation au cobaye peut être accompagnée de résultats positifs, alors qu'il s'agit simplement de ganglions lymphadéniques infectés secondairement par le bacille de Koch. Elle peut être négative alors qu'il s'agit cependant de lésions tuberculeuses, mais de tuberculose à bacilles très atténués.

L'examen histologique seul peut trancher le diagnostic en montrant, selon les cas, une hyperplasie du tissu réticulé typique ou métatypique, avec des cellules anormales et de nombreuses cellules éosinophiles, une disparition de

l'architecture normale du ganglion, ou bien, dans le cas de tuberculose, de nombreux follicules tuberculeux élémentaires.

A propos de cette communication, M. Cornil a rappelé qu'il a étudié cette question depuis 1878. Il a fait connaître les caractères anatomiques de ces tuberculoses ganglionnaires qui forment de grosses tumeurs, dont la coupe est jaunâtre, sèche, sans suc au râclage, sans nodules caséeux histologiquement elles contiennent des cellules géantes en quantité. Ces ganglions tuberculeux forment des tumeurs uniques et souvent très grosses. On n'y trouve pas de bacilles, parce que ce sont des lésions anciennes, à marche très lente et, en général, bénigne. Toutefois, il est des cas où la généralisation tuberculeuse peut se faire très rapidement, comme par exemple dans celui qu'a cité M. Fournier et qui est relatif à un homme ayant été atteint, pendant plusieurs années, d'adénopathie axillaire, prise par les uns pour du cancer, par les autres pour de la syphilis, et qui s'est rapidement compliquée d'infection tuberculeuse ganglionnaire sus-claviculaire, parotidienne, thoracique et pulmonaire, à laquelle le malade a succombé en très peu de temps.

M. Budin a eu l'ingénieuse idée de créer dans les divers services d'accouchements qu'il a dirigés une **consultation de bébés**, et communique à ce sujet une note dont voici le résumé :

En juillet 1893, il a signalé à l'Académie l'existence d'une consultation de nourrissons qu'il avait créée l'année précédente à la Charité. Il désire aujourd'hui rapporter les résultats qu'il a obtenus et indiquer l'établissement de consultations analogues à Paris et en province.

M. Budin résume d'abord l'organisation des consultations qu'il a installées successivement à la Charité et à la Maternité, où elles continuent de fonctionner, puis en 1898, à la clinique Tarnier. Au mois de juin 1899, 79 enfants suivaient cette dernière : 49 étaient exclusivement nourris au sein ; 27 avaient été successivement au sein, à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel ; 4 avaient reçu d'emblée l'allaitement artificiel.

Donc, à cette consultation, on encourage le plus possible l'allaitement au sein, et on utilise tout le lait que les mères sont capables de fournir.

Quand on doit recourir à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel, on distribue aux femmes du lait pur, stérilisé à l'hôpital, dans de petits flacons qui contiennent la quantité nécessaire pour une tétée ; on évite avec soin la suralimentation.

Les résultats obtenus ont été excellents ; on n'observe ni la prétendue dyspepsie du lait pur, ni le rachitisme, ni l'eczéma, ni le scorbut.

La mortalité totale a été, pour 435 enfants, qui ont été suivis, pendant un mois au moins à deux années au plus, de 7,3 p. 100 ; les causes ont été la broncho-pneumonie, la méningite, la syphilis, etc. Un enfant est mort de diarrhée ; il était nourri au sein ; sa mère, malgré nos conseils, l'avait placé pendant la journée dans une crèche de la ville ; il y reçut du lait altéré et fut emporté, en vingt-quatre heures, par le choléra infantile.

M. Budin montre la courbe de la mortalité par diarrhée, en 1898, dans la ville de Paris ; on voit que, pendant les mois d'été, cette mortalité est devenue considérable, en deux semaines, par exemple du 14 au 27 août, 550 enfants ont succombé.

L'ascension brusque extraordinaire de la courbe rappelle l'aspect de la Tour Eiffel.

Pendant ces mois d'été, aucun enfant n'est mort à la consultation de la clinique Tarnier, pas un non plus n'a succombé dans quatre crèches de Paris sérieusement surveillés par les docteurs Ganchon, Laborde, Belluze et Bouquet, où l'on a distribué du lait stérilisé : 282 enfants ont suivi ces quatre crèches, la morbidité par entérite y a été de 15,5 p. 100, la mortalité a été nulle.

M. Budin montre que, depuis 1892, d'autres consultations de nourrissons ont été fondées : en 1893, M. le docteur Variot en a établi une au dispensaire de Belleville, M. Henri de Rothschild, rue Picpus, et M. le docteur Dubrisay, rue Jean-Lantier. Le Conseil général de la Seine et le directeur général de l'Assistance publique en ont successivement organisé cinq dans les maisons de secours. En province il en a été de même et celui qui a fait le plus dans ce sens, est le docteur Dufour (de Fécamp) qui a créé une consultation de nourrissons sous le vocable heureux et pittoresque de la « Goutte de lait ». M. Dufour distribue du lait qu'il humanise et stérilise aux enfants pauvres, aux enfants des ouvriers et aux enfants riches : 156 enfants ont suivi la Goutte de lait, du 1er juillet 1898 au 1er juillet 1899.

Des tables et des tracés montrent que la mortalité par diarrhée est tombée, dans cette consultation, à 6,8 p. 100 en 1895-96, à 3 p. 100 en 1896-97, à 2,26 p. 100 en 1897-98 et à 1,28 p. 100 en 1898-99, tandis que, pendant ces mêmes années, elle était dans la ville de Fécamp de 18, 9,5 12 et 9,67 p. 100.

En août 1898, la mortalité a été effroyable dans les principales villes de Normandie ; elle a été de 76,6 p. 100 à Rouen, de 66 p. 100 à Bolbec, et de 51 p. 100 au Havre ; à la Goutte de lait elle n'était que de 2,8 p. 100.

Ces chiffres peuvent se passer de commentaires, comme ceux obtenus à la consultation de Paris que, depuis 1892, M. Budin dirige avec l'assistance du docteur Chavane ; aussi d'autres consultations s'organisent-elles dans différentes villes de province.

A la clinique d'accouchement, on encourage surtout l'allaitement au sein ; et les conditions sont favorables pour cela ; dans d'autres consultations, on est obligé de recourir presque exclusivement à l'allaitement artificiel, mais on y obtient aussi de très beaux résultats.

M. Budin espère que les consultations de nourrissons, dirigées par des médecins attentifs et instruits, deviendront de plus en plus nombreuses ; elles permettront de sauver beaucoup d'enfants et de combattre efficacement et préventivement l'entérite qui est une des causes les plus sérieuses de la dépopulation.

Plusieurs faits ont été signalés, qui établissent l'existence chez l'homme d'une variété de **tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané ayant ses caractères propres et d'origine coccidienne.** M. Cornil a étudié ces tumeurs et a constaté qu'elles contenaient des masses coccidiennes au milieu de cavités pleines d'un liquide crémeux et de nombreuses cellules géantes, comme dans toutes les tumeurs où les tissus réagissent violemment contre les parasites animaux ou végétaux.

Dernièrement M. Milian a observé une petite tumeur enlevée sous la plante du pied et qui contenait des corpuscules oviformes et des cellules géantes. Cette seconde observation est la reproduction exacte de la précédente. Il y a donc intérêt à attirer l'attention sur ces faits.

M. Landouzy, au nom de la commission des sérums, a fait un rapport qui conclut à donner à l'Institut Pasteur l'autorisation de livrer du **sérum antipesteux.**

M. Lancereaux a présenté à l'Académie le produit que MM. Debryon et Couturieux ont extrait de la levure de bière et appelé **levurine.**

Nous avons encore à signaler un grand nombre de communications ou de lectures :

M. Bazy présente **trois calculs extraits par la néphrolithotomie.**

« Le premier, qui est le plus petit, est un calcul urique ; il appartient à un homme de cinquante-six ans, qui avait en même temps un kyste rénal que j'ai extirpé tout d'abord. Ce calcul s'était manifesté par les symptômes classiques : douleur et hématurie par les secousses de la voiture, cessation des douleurs et hématuries par le repos. Pendant huit jours avant son opération, le malade avait eu, étant au repos complet, une douleur sourde continue, que j'ai expliquée par de l'hydronéphrose légère trouvée au cours de l'opération, due à l'obturation incomplète de l'orifice supérieur de l'uretère.

Le deuxième est un calcul phosphatique, extrait du rein d'un homme de trente-six ans, qui avait eu une poussée de pyélonéphrite, quatre ans auparavant, il avait souffert de nouveau quelque temps, avant son opération, et avait consulté le professeur Dieulafoy, qui avait conseillé une intervention.

J'ai trouvé chez lui un calcul superficiel logé dans un calice dilaté, et rattaché par un pédicule à un calcul du bassinet. Ce cas présente cette particularité importante, c'est qu'il s'agissait d'un rein unique situé du côté droit.

Le troisième calcul, qui est oxalique, appartenait à un homme de vingt-huit ans, qui n'avait que des douleurs revenant deux ou trois fois par semaine, l'immobilisant absolument et empêchant tout travail, avec retentissement sur le tube digestif, qui le faisaient considérer comme un dyspeptique neurasthénique. Il avait eu, quatre ou cinq ans auparavant, des coliques néphrétiques franches avec hématuries microscopiques, pour lesquelles il avait suivi, sans succès du reste, une cure à Contrexéville. Le calcul enlevé, les troubles gastriques ont immédiatement disparu; le malade a engraissé. L'ablation du calcul a eu les mêmes effets immédiats que ceux que j'ai signalés, après la fixation du rein dans les cas de cachexie néphroptosique.

Ces trois calculs ont été enlevés par la néphrolithotomie simple. Dans le premier et le troisième cas, qui étaient aseptiques, la réunion immédiate a été obtenue. Dans le deuxième, qui était infecté, il a persisté un certain temps une fistule urinaire qui s'est fermée et est restée fermée.

Cette opération de la néphrolithotomie est une opération bénigne, à condition que les malades ne soient pas affaiblis par des douleurs prolongées, qu'ils n'aient pas de l'albuminurie, de l'anurie ou toute autre tare pathologique. »

M. Bovet a étudié la **médication par les nucléosels,** ou moyen de faire tolérer, sans danger pour l'organisme, les sels et médicaments les plus énergiques, tels que mercure, iode, créosote, salicylate, iodure et bromure, en les combinant aux albumoses nucléinées.

D'après les observations qu'il a recueillies à la clinique d'accouchements, à l'hôpital Broca, et que lui ont données plusieurs de ses confrères, il a tiré les conclusions suivantes :

1° Respecter l'intégrité de fonction gastro-intestinale ;

2° Être assuré de l'efficacité du médicament ;

3° Alimenter, même tonifier le malade au maximum de son absorption physiologique : tels sont les trois termes auxquels aboutit la médication nucléosaline.

M. Darier a réussi à rendre presque indolores les **injections hypodermiques** de cyanure d'hydargyre, en ajoutant à la solution ordinaire II ou III gouttes d'une **solution à 1 p. 100 d'acoïne.**

Mais où cet alcaloïde nouveau rend les plus signalés services, c'est dans l'application des injections sous-conjonctivales qui sont rendues par l'acoïne à peu près absolument indolores.

M. E. Ménière a fourni une statistique de **3710 opérations de tumeurs adénoïdes** faites sans anesthésie.

A son avis, l'anesthésie générale est absolument inutile, pour une intervention aussi peu douloureuse, aussi simple, aussi bénigne.

Voici la meilleure technique :

1° Lavages du pharynx nasal trois ou quatre jours avant l'intervention, avec eau chaude coaltarisée ou boricinée.

2° Si les masses adénoïdes sont considérables, centrales, efflorescentes, formant de gros paquets, il opère en deux temps : d'abord une prise avec la pince, puis, quatre ou cinq jours après, grattage énergique des parties latérales avec la curette allongée en boucle, de Lange, qui arrache, écrase et ne coupe pas.

3° Si l'hypertrophie adénoïde est disséminée sur l'ensemble du pharynx nasal, sans masses centrales, il fait le curetage de toute la région (en une seule fois), avec la grande curette. Il termine par un lavage antiseptique et une pulvérisation, par les narines, de vaseline mentholée.

L'intervention dure de trois à quatre secondes, n'est vraiment pas douloureuse, et cause généralement si peu de malaise, qu'en ville la plupart des enfants se mettent à table et mangent avec leur appétit ordinaire. Il est inutile de les mettre au lit. On les garde dans l'appartement pendant trente-six ou quarante-huit heures. On fera de plus, à deux jours de distance, trois badigeonnages du pharynx nasal, avec la solution iodo-iodurée pure.

C'est par ce procédé simple, sans mise en scène opératoire, qu'on a vraiment économie de sang, de douleurs et de temps, sans faire courir aux enfants le plus petit danger.

M. Ménière a pu pratiquer plus de 3700 opérations sans avoir jamais eu un accident sérieux.

M. Vidal (d'Hyères) a fait une communication sur la coïncidence des **manifestations herpétiques** avec la **grippe-influenza.**

M. Bouffé rapporte 48 cas nouveaux de **psoriasis traités par les injections intra-musculaires d'orchitine,** et où il a obtenu 77,08 p. 100 de guérison.

Ce pourcentage est plus favorable que celui de 1877, où sa statistique comprenant 83 cas également traités par l'orchitine, n'était que de 74,75 p. 100.

Le perfectionnement de sa méthode, la parfaite qualité des liquides employés et une connaissance plus approfondie de certaines complications du psoriasis, et notamment de la syphilis, entrent en ligne de compte pour fournir ces résultats.

L'auteur passe en revue les propriétés dynamogéniques de l'orchitine qu'il emploie avec un succès ininterrompu depuis 1892, dans le psoriasis, lequel est considéré par lui

comme un trouble d'origine nerveuse. L'orchitine réussit dans des états analogues, lorsque ceux-ci dépendent de la viciation de la nutrition cellulaire nerveuse ; aussi l'auteur considère-t-il l'orchitine comme le tonique sédatif par excellence des centres nerveux.

M. Bouffé termine en conviant le corps médical à employer l'orchitine selon les préceptes qu'il a formulés dans le psoriasis et dans les états nerveux.

Terminons cette longue série en appelant l'attention sur une note de M. le docteur Torkomian (de Constantinople), qui a étudié le travail d'un médecin arménien du XII[e] siècle, nommé Mékhitar, originaire du district de Her, de l'Arménie persane.

Ce médecin, très célèbre parmi les Arméniens, est resté complètement inconnu au monde médical; il est l'un des personnages de cette pléiade de savants arméniens qui, durant tout le XII[e] siècle, furent la gloire intellectuelle de la Petite Arménie (Cilicie).

Mékhitar de Her est connu par un traité intitulé : « Consolation des fièvres » ou « Traité des fièvres », écrit en langue arménienne ancienne, dont l'exemplaire figure actuellement dans la collection des manuscrits arméniens de la Bibliothèque nationale de Paris.

D'après le docteur Torkomian, Mékhitar de Her est né vers le deuxième quart du XII[e] siècle; devenu célèbre à la moitié du même siècle, il a écrit son ouvrage en 1184.

C'est un traité assez complet sur les fièvres ; on y voit les idées originales de Mékhitar et des médecins plus anciens que lui.

Le docteur Torkomian en fait une analyse succincte et présente la traduction complète du texte de la « Consolation des fièvres », dont l'unique exemplaire de la Bibliothèque nationale de Paris a été acheté à Constantinople vers la fin du XVIII[e] siècle par le célèbre arméniste français, l'abbé Villefroy.

Le travail du docteur Torkomian est très important, en ce sens qu'il ajoute une nouvelle page dans l'histoire de la médecine ancienne de l'Asie, et, en effet, c'est la première fois qu'on lit, dans les annales de la médecine, le nom d'un médecin arménien qui, par son art, par son savoir et par ses nombreux travaux, a contribué beaucoup à l'évolution du progrès médical de son époque, comme l'attestent Victor Langlois, Ed. Dulorier et Alischan.

L'Académie reprendra ses séances publiques le mardi 19 septembre.

HYGIÈNE DE L'ÉMIGRANT DANS LES COLONIES AFRICAINES (1)

Par le docteur J. Brault,

Professeur de pathologie exotique à l'École de médecine d'Alger.

L'émigration dans les colonies africaines réclame certaines précautions hygiéniques spéciales.

Habitation. — On a l'habitude de placer les habitations tout auprès des cours d'eau parce que l'on trouve là de suite un grand nombre de commodités. D'une façon générale, cette situation est mauvaise ; toutes les fois qu'on le peut, il faut s'éloigner des embouchures ensablées des rivières (2), s'écarter des marécages et même de la plage, pour se fixer de préférence sur une hauteur. Les Romains connaissaient déjà ce principe d'hygiène coloniale, qui est couramment observé par les Anglais dans l'Inde et les Hollandais dans leurs possessions océaniennes. A Batavia, les commerçants ont leurs bureaux en ville, mais logent en dehors sur les coteaux (1).

(1) *Ann. d'hyg.*

(2) Les barres sont très fréquentes aux embouchures des fleuves africains. Ce sont des nids à malaria; je connais un endroit de ce genre qui avait été choisi en Algérie pour la fondation d'un village; on dut abandonner le projet, parce que tous les ouvriers tombaient gravement malades.

En Algérie même, pendant la saison chaude, la précaution est bonne, si l'on veut avoir un peu de fraîcheur et éviter les insomies estivales (2).

Les habitants moins fortunés des villes, qui sont tenus d'y habiter, doivent choisir de préférence des appartements bien ventilés (3) et convenablement exposés, pour éviter le soleil pendant l'après-midi.

Dans les régions torrides, la maison doit affecter un type de grand confort, tout en gardant une extrême simplicité. Elle sera orientée de manière à recevoir une large ventilation; elle présentera donc sa façade principale au souffle des vents alizés.

Comme emplacement, il faut rejeter, bien entendu, les terrains d'alluvions, les terrains argileux, et préférer, au contraire, les roches primitives, les terrains siliceux ou encore le sable meuble et le calcaire léger (4).

La maison se composera d'un seul étage, élevé sur un rez-de-chaussée qui servira de cave (5). Cette prescription est très importante à suivre pour s'isoler du sol, dans le cas surtout où l'on n'aurait pas trouvé l'emplacement rêvé pour jeter les fondations. L'étage sera surmonté d'un grenier bien ventilé de façon qu'il y ait ainsi une bonne couche d'air isolante entre le toit et les appartements.

Le toit lui-même sera en briques ou tuiles épaisses et fortement incliné (6), pour le facile écoulement des eaux de pluie. On le fera largement débordant, de façon que la maison soit entourée d'une large galerie ou véranda.

Dans l'Inde, on suspend d'habitude, entre les colonnes de soutènement de ces vérandas, des nattes que l'on arrose continuellement pendant les fortes chaleurs.

Pour les murs, la double paroi avec couche d'air isolante et avec ouvertures bien placées pour son renouvellement est bien préférable aux murailles les plus épaisses (7).

Les fenêtres seront munies de stores et de persiennes. Le mobilier doit-être des plus simples (8) : lits métalliques entourés de moustiquaires, matelas et coussins durs, pas de tapis, pas de tentures.

La propreté la plus grande doit régner partout, si l'on veut éviter les insectes. Les parquets, en carrelage de préférence, seront fréquemment lavés. Dans les pays à chique, même dans les appartements bien tenus, il ne faut jamais marcher pieds nus. Pour la même raison, il est préférable d'éloigner les animaux domestiques : chiens, chats, etc.

(1) La précaution est surtout bonne sur la côte occidentale d'Afrique, surtout par les temps d'épidémies de vomito. Il faut se souvenir de ce que dit Sanarelli, qui nous montre les gens non acclimatés de Rio traversant impunément les épidémies de fièvre jaune, pourvu qu'ils ne séjournent pas une seule nuit dans la ville et aillent coucher sur la hauteur, à Pétropolis.

(2) C'est également à des hauteurs suffisantes qu'il faudra établir les sanatoriums, en se souvenant que l'on doit chercher à retrouver, par l'altitude, le climat des pays tempérés. Sous l'Équateur, un degré de froid correspond à une élévation de 219 mètres. (Le Dantec. Les climats en général, *Arch. de méd. navale*, 1898.)

(3) Il ne faut pas rechercher des rues trop étroites par crainte de la chaleur.

(4) Ce terrain sera d'ailleurs au besoin drainé.

(5) Ce rez-de-chaussée pourra être à moitié caché dans le sol, pour avoir plus de fraîcheur.

(6) Ce mode de couverture est préférable à la terrasse, beaucoup plus dispendieuse pour être faite dans de bonnes conditions.

(7) Les murailles seront peintes en teintes douces pour éviter les fâcheux effets de la réverbération.

(8) Meubles anglais, chaises cannées, rocking-chair, etc.

Les larves des moustiques seront soigneusement détruites dans les pièces d'eau avoisinant les habitations.

A moins d'avoir pris le soin de garnir les fenêtres de toile grillagée fine, l'on n'éclairera le soir qu'après avoir fermé les issues.

Dans les contrées où la chaleur est extrême, l'on est parfois obligé de coucher sur des nattes et de recourir à la ventilation artificielle, donnée par les pankas.

Il est bon de reléguer les servitudes aussi loin que possible, dans le jardin entourant la maison (1). Il faut, en outre, se servir largement des désinfectants pour toutes les matières usées. Le lait de chaux à 20 p. 100, très économique, est un excellent désinfectant (Chantemesse et Richard) (2).

CAMPEMENT. — Lors des voyages dans les contrées tropicales africaines, toutes les fois que l'on peut cantonner, il faut en profiter; malheureusement, c'est l'exception. La tente est bien souvent la seule ressource pour l'explorateur. On la choisira en toile forte, doublée et de nuance foncée. Elle s'ouvrira aux deux extrémités pour permettre une facile ventilation, et on la recouvrira de paille, de branches d'arbre, de couvertures que l'on arrosera fréquemment.

Soit sous la tente, soit dans les gourbis, il faut avant tout s'isoler du sol. Le lit de camp sera élevé sur des supports démontables ou improvisés (Livingstone) (3).

Pour le bivouac surtout, l'on choisira de préférence un endroit un peu élevé (tertre, monticule), et, quand on ne peut faire mieux, l'on s'isolera du sol à l'aide d'une toile caoutchoutée.

ALIMENTS. — La race espagnole est celle qui s'acclimate le mieux sous les tropiques; elle tient en partie ce privilège de son extrême sobriété. Dans les climats chauds et surtout tropicaux, il est très important de ne pas suivre à ce sujet les errements du Nord. Sans doute, il nous serait difficile d'arriver à la frugalité des aborigènes des tropiques, et ce serait là même un excès en sens contraire, qui ne ferait que nous affaiblir, mais, je le répète, il faut savoir se modérer et vivre avec sobriété.

Il faut surtout savoir se priver de boissons alcooliques, que l'on a tendance à rechercher pour se rafraîchir et se tonifier. Les boissons glacées, prises en petite quantité, ne sont pas mauvaises; il faut éviter cependant de trop ingérer des boissons aqueuses, qui finissent par fatiguer les voies digestives et exagèrent par trop la transpiration.

Chose paradoxale, les meilleures boissons pour calmer la soif sont le thé et le café très chauds (4).

Dans les contrées chaudes, les filtres Chamberland, seuls véritablement efficaces quand on les nettoie convenablement, ne sont pas aussi pratiques que chez nous.

Le bouillissage est un moyen plus simple, quitte à user le plus possible des boissons très chaudes dont nous venons de parler.

Dans les installations fixes, lorsqu'on possède des appareils à glace, il est facile de faire refroidir l'eau bouillie (*icepot*); on pourra aussi la suspendre dans des seaux en toile et dans un courant d'air (*alcarazas*, *gargoulettes*, etc...).

En campagne, le filtre Maignen peut rendre des services, mais ce n'est qu'un pis aller (5). Sans compter les affections microbiennes, je dois rappeler ici les nombreux parasites que l'on peut absorber en buvant de l'eau impure sur le continent africain : hématozoaire du paludisme (?), bilharzie, dragonneau (*Cyclops*), filaire nocturne, ankylostome, etc. (1).

On use et on abuse même des eaux minérales dites *de table*, dans les colonies; ces eaux, le plus souvent acidules calcaires, sont légèrement excitantes et peuvent être prises lorsqu'on est indisposé, en temps d'épidémie, ou lorsqu'il est par trop difficile de se procurer de l'eau potable, mais leur usage prolongé peut amener des inconvénients du côté de l'appareil rénal et du côté du tube digestif.

Le vin blanc léger, coupé d'eau, est préférable aux vins capiteux et mousseux, dont on fait, en général, une trop grande consommation dans les pays chauds (2).

En somme, le lait, le chocolat léger, le thé, le café, sont les meilleures boissons, quand on peut se les procurer. Les boissons fermentées doivent, au contraire, être prises avec une extrême modération.

En raison des difficultés de l'élevage, en raison de l'insouciance des indigènes (3), la viande de boucherie est de moins bonne qualité que dans nos pays; il faut donc porter toute son attention de ce côté, car ces bêtes mal nourries sont souvent malades et présentent diverses infections. A mesure que l'on va vers le sud, la parasitologie animale devient beaucoup plus riche : tænia inerme (mouton, bœuf), tænia solium, trichine (porc), etc. (4). Pour toutes ces raisons, l'on choisira la chair musculaire d'aussi bonne qualité que possible, de préférence aux viscères, et on la mangera *très cuite*.

On rejettera le plus possible la charcuterie, trop indigeste, surtout les préparations qui n'ont pas subi une cuisson suffisante.

Dans les pays chauds, d'ailleurs, il ne faut pas une alimentation trop carnée; les graisses également ne sont pas utiles comme dans les pays tempérés, et surtout les pays septentrionaux (5).

Les volailles, les poissons (6), les coquillages, les œufs, les fruits bien mûrs sont plus recommandables (oranges, ananas, dattes, bananes, papayes, mangues, etc.).

Il ne faut cependant pas abuser de certains fruits indigestes : melons, pastèques, concombres, calebasses, courges, etc.

Les légumes seront bien cuits et seront mangés de préférence en purée, lorsqu'ils auront une coque épaisse. On a trop de tendance, pour exciter l'appétit, à manger des salades de fruits ou de légumes crus.

Les salades, comme les légumes, seront très soigneusement lavés; en effet, l'on peut se demander si certaines maladies parasitaires (bilharziose, filarioses diverses), ne sont pas transmises de cette façon; de plus, il faut se rappeler la fréquence des kystes hydatiques et de la distomatose hépatique dans les pays chauds.

Les épices deviennent un peu nécessaires, surtout dans les contrées tropicales; il faut, toutefois, éviter d'abuser par trop du kari, du piment et des condiments acides.

Les fruits acides, par contre, seront une précieuse ressource dans les expéditions ou dans les postes éloignés, où

---

(1) Les tinettes mobiles du système Gouse sont recommandables, toutes les fois qu'il n'existe pas de système de tout à l'égout. Les privés seront placés sous le vent de l'habitation.

(2) La désinfection des appartements au formol, qui tue les insectes, est à recommander.

(3) Le hamac est également excellent.

(4) Il faut un peu se méfier des autres stimulants : kola, faham, etc.

(5) Il en est de même pour l'épuration chimique (chlorure de chaux, alun, etc.).

---

(1) Dans l'Afrique du Nord, il faut aussi se méfier de l'*hæmopis*, sangsue de cheval, appelée vulgairement « voran ».

(2) Les vins de palme, de dattes et les autres boissons fermentées en usage chez les nègres : Oulla, Neou, Stoutou, Bouja, Nzir, etc., ne valent pas leur réputation.

(3) Qui ne savent faire aucune sélection.

(4) Les maladies infectieuses : peste bovine, fièvre aphteuse, rouget, etc., sont aussi fréquentes.

(5) Il ne faut manger de gibier que d'une façon exceptionnelle.

(6) Inutile d'ajouter foi aux racontars des aborigènes de l'Ouest africain, qui accusent certains poissons de leur donner la lèpre et diverses autres affections.

l'on a de la peine à se procurer des vivres frais, et où le scorbut fait des ravages. A cet égard, les conserves de légumes n'ont pas une bien grande valeur.

L'alimentation des enfants en bas âge doit surtout être l'objet d'une extrême surveillance dans les pays chauds, même lorsque l'acclimatement est assuré. L'entérite, en effet, est peut-être là plus imminente encore que dans nos pays. C'est une sage mesure de continuer l'allaitement jusque vers la fin de la deuxième année. Il faut cependant, dès la fin de la première année, habituer petit à petit, mais progressivement, le nourrisson à l'alimentation commune; bien entendu, condiments, épices seront évités. Les panades au beurre, aux œufs, salées ou sucrées, les potages au lait, les œufs, les filets de poissons non huileux, seront la base de l'alimentation de ces estomacs débiles (1).

(*A suivre.*)

(1) Pour remédier aux troubles digestifs, l'on est tenté d'abuser des purgatifs; il faut s'en montrer avare, au moment surtout des épidémies de dysenterie ou de choléra.

MÉDECINE PRATIQUE

Solution anesthésique hémostatique, son emploi en stomatologie.

M. A. Legrand indique, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (15 juillet 1899), une solution anesthésique et hémostatique employée à la clinique dentaire de la Pitié. L'auteur s'est inspiré des récents travaux sur les propriétés hémostatiques de la gélatine.

Voici sa formule :

Gélatine pure	2 grammes.
Chlorure de sodium pur.	70 centigrammes.
Phénol neige.	10 —
Chlorhydrate d'eucaïne B.	70 —
Chlorhydrate de cocaïne.	30 —
Eau distillée	Q. S. p. 100^{cc}

Mise en tubes scellés et stérilisés, cette solution peut se conserver indéfiniment. A la température ordinaire, elle se présente sous l'aspect d'une substance gélatineuse, tremblotante, et à 20-25 degrés elle devient tout à fait fluide et peut être injectée à la manière de tous les autres liquides.

La technique à suivre est celle de M. Reclus que nous rappelons :

« J'applique, dit-il, sur la gencive, en dehors de la dent que je veux arracher, une petite lame d'ouate hydrophile imbibée de cocaïne et je recommande au patient de ne pas avaler sa salive. Au bout de quelques minutes la muqueuse est insensible; je plante dans son épaisseur la pointe de l'aiguille de la seringue et je pousse; la muqueuse blanchit; j'avance péniblement du collet vers la racine et je vais profondément, d'autant plus profondément que la racine de la dent est plus longue. C'est-à-dire que je ne crains pas de cheminer de 1 centimètre à 2 et à 3 centimètres lorsqu'il s'agit de la canine ou des grosses molaires.

Cette insensibilisation à la partie externe du maxillaire ne me suffit pas; je la répète à la partie interne, parfois même en avant et en arrière, de façon que les quatre faces de l'alvéole soient circonscrites par une injection. J'attends cinq minutes, puis je déchausse avec soin la dent ou le chicot, je me ménage tranquillement, sur mon patient qui ne sent rien, une bonne prise sur la couronne ou les débris de la racine et je saisis mon davier.

Puis et par un mouvement progressif de va et vient, j'ébranle la dent, je la mobilise peu à peu et je la tire à moi sans ces à coups violents, ces mouvements brutaux de poignet qui brisent l'alvéole et multiplient les dégâts. »

M. Legrand se contente d'injecter profondément vers la racine 1^{cc} à 1^{cc} et demi de solution anesthésique — en dedans et en dehors ; l'aspect blanchâtre de la gencive annonce que l'anesthésie est bien faite.

Les avantages de cette méthode sont que, la dent aussitôt extraite, la cavité est comblée par un caillot fibrineux rouge vif, brillant et comme velouté ; l'hémorragie qui succède à l'extraction se trouve immédiatement arrêtée, et il suffit au malade de se rincer la bouche avec quelques gorgées d'eau pour qu'il puisse rentrer tranquillement chez lui.

En somme, d'après l'auteur, cette solution a un pouvoir anesthésique très élevé, elle ne donne lieu à aucune syncope, elle est très hémostatique et ne donne lieu à aucun accident infectieux.

Elle se trouve donc tout particulièrement indiquée chez les hémophiles.

THÉRAPEUTIQUE

Injections de calomel.

M. Danlos recommande :

Huile de vaseline.	1^{cc}
Calomel.	5 centigrammes.
Orthoforme	8 —

L'addition de l'orthoforme au calomel permet de mieux faire supporter les injections sous-cutanées et empêche le calomel de s'attacher aux parois des bouteilles dans lesquelles on renferme l'injection. Il rend ainsi constante la composition du médicament.

On a pu, dans le même but, employer la cocaïne à 1 centigramme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — La médaille d'or du concours de l'internat a été décernée à M. Fraikin, interne à l'hôpital Saint-André.

Hospices de Nîmes. — Un concours pour des places d'élèves internes à l'hôpital civil et militaire s'ouvrira le mercredi 8 novembre prochain devant la commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens en chef.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. le docteur Cannieu, agrégé, est nommé professeur titulaire d'anatomie à ladite Faculté.

Guerre. — *École du service de santé militaire.* — Liste des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à ladite École :

MM. Alayrac, Appel, Armbruster, Assailly, Aubert, Bailly, Barberousse, Barbet, Barège, Barraud, Barthès, Bathias, Bergé, Blanchet, Bodin, Bodros, Boidard, Bonnis, Botte, Bouclier, Boudey, Bourdinière, Bresselle, Brissaud, Bru, Campana, Capon, Caraguel, Carayon, Cellerier, Chaboux, Chambelland, Chavanne, Chevrant, Coignard, Coissard, Colin, Coste, Coustan (H.), Coustan (M.), Cozé, Crès, Cristol, Dargein, Darthenay, Delaigne, Delpy, Deniau, Devillers, Dienot, Doche, Dorland, Douste-Blazy, Dreyfus, Driancourt, Drouhet, Dubois, Duc, Ducourthial, Dugast, Duménil, Dumoulin (F.), Dumoulin (L.), Dupont, Durand, Duteil, Duval, Enjalbert, Étienne, Favette, Fischer, Frizac, Gailleur, Gaisset, Gallouin, Garimond, Gatrot, Gaud, Gay-Bonnet, Geniaux, Gèzes, Gilet, Girard, Gobinot, Godard, Gras, Grognard, Guillon, Guionic, Guiot, Guth, Hémery, Henry, Heuls, Huriez-Joseph dit Orme, Laborie, Lafoscade, Lamorlette, Laurent, Lecercle, Lecointre, Lemoine, Le Norcy, Lère, Letinois, Lhomme, Liautey, Linx-Labarrère, Lutrot, Marchetti, Martin, Marvy, Masson, Merson, Michel, Miorcec, Montet, Morisot, Moureaux, Natier, Nugue, Pacalin, Peloquin, Périé, Pigeon, Pirsche, Plisson, Polliot, Pouponneau, Poutrin, Rabafoye, Raffalli, Ragot, Rambaud, Reverchon, Ribaut, Robert, Rocher, Rolin, Royère, Salzes,

Satte, Saulueret, Schwartz, Sciaux, Sébin, Séris, Sévérac, Sibille, Tapain, Trenel, Trollat, Troude, Vaillant, Vermullen, Vielle, Vigneau, Vignon, Winkler, Yvernault.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils auront choisie au moment de leur inscription.

— Par décision ministérielle, en date du 25 juillet 1899, M. Claudot, médecin-inspecteur, nouvellement promu directeur du service de santé du 14e corps d'armée et du gouvernement militaire à Lyon, est maintenu dans ses fonctions actuelles.

Distinctions honorifiques. — M. Luzurier, directeur des hospices civils de Laon, a été nommé officier de l'Instruction publique. — M. Marey, docteur en médecine, a été nommé officier d'Académie.

Nominations. — M. le docteur Gossard vient d'être nommé auriste-adjoint de l'Institut des sourds-muets.

Mlle Bonsignoro, docteur en médecine, est nommée médecin-oculiste des écoles normales supérieures de Sèvres et de Fontenay-aux-Roses.

Congrès de chirurgie. — La première question mise à l'ordre du jour du prochain Congrès est l'étude de l'*hystérectomie abdominale totale*, aussi bien pour les fibromes utérins que pour les suppurations pelviennes et le cancer de l'utérus.

M. le docteur Ricard, chargé du rapport, serait reconnaissant aux collègues ou confrères qui voudraient bien lui faire connaître au plus tôt leurs statistiques personnelles ou les observations que leur a suggérées la pratique de l'*hystérectomie abdominale*.

Écrire à M. le docteur Ricard, 68, rue Pierre-Charron.

Hygiène. — Des cas d'empoisonnements s'étant produits en Allemagne par suite de piqûres de fer rouillé, il est interdit aux éditeurs de Berlin de vendre des livres classiques brochés avec des fils de fer. (*Mémorial Lib. franç.*)

DYSMÉNORRHÉE — *Apiol Joret et Homolle.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 85. — SAMEDI 29 JUILLET 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 29 JUILLET 1899. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La cellule nerveuse et le neurone; structure et fonctions à l'état normal et pathologique.

Par Maurice Faure, ancien interne des hôpitaux.

I

LE NEURONE NORMAL

La cellule nerveuse. — Depuis quelques années, de nouveaux procédés d'étude ont permis d'apercevoir, dans la cellule nerveuse, des détails de structure, jusqu'ici ignorés, ou qui avaient été incomplètement décrits. Comme d'ordinaire, une connaissance plus juste et plus approfondie de la structure de l'élément nerveux, a fait naître une conception nouvelle de son fonctionnement. C'est le résumé de ces connaissances et l'exposé succinct de cette conception, que nous voulons donner ici.

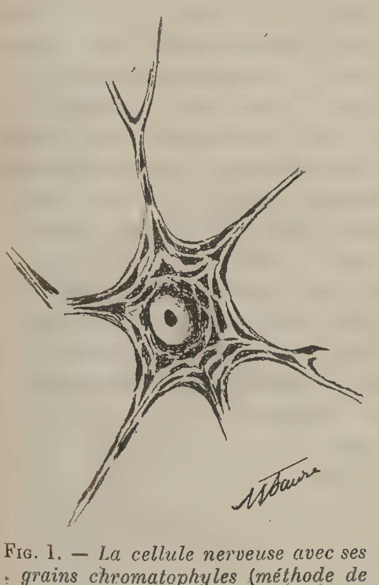


Fig. 1. — *La cellule nerveuse avec ses grains chromatophyles (méthode de Nissl).*

La cellule nerveuse est composée essentiellement d'un protoplasma amorphe, dans lequel sont distribués des faisceaux de fibrilles. Ces faisceaux constituent de fines travées, dont l'ensemble figure un réseau assez régulier, à mailles losangiques. Dans les mailles de ce réseau sont amassés des grains d'une substance amorphe, qui diffère du protoplasma fondamental en ceci qu'elle se colore par le bleu de méthylène, la thionine, etc., alors que le protoplasma prend l'éosine ou le picrocarmin. Il s'ensuit qu'une cellule, teintée successivement par le bleu de méthylène et par l'éosine, présente des amas losangiques de substance fortement colorée en bleu et se détachant sur le fond de l'élément, qui est rouge éosine (fig. 1). Quant aux travées fibrillaires, il faut, pour les voir, faire une coloration spéciale et unique de la cellule à l'hématoxyline.

On a donné à ces grains colorés de bleu le nom de chromatophyles, le reste de l'élément étant, par opposition, nommé achromatophyle.

Les fibrilles de la cellule se continuent dans tous ses prolongements et constituent le squelette du cylindraxe et des ramifications protoplasmiques.

La figure d'une cellule nerveuse normale, que l'on concevait autrefois comme un bloc pyramidal, avec quelques bras

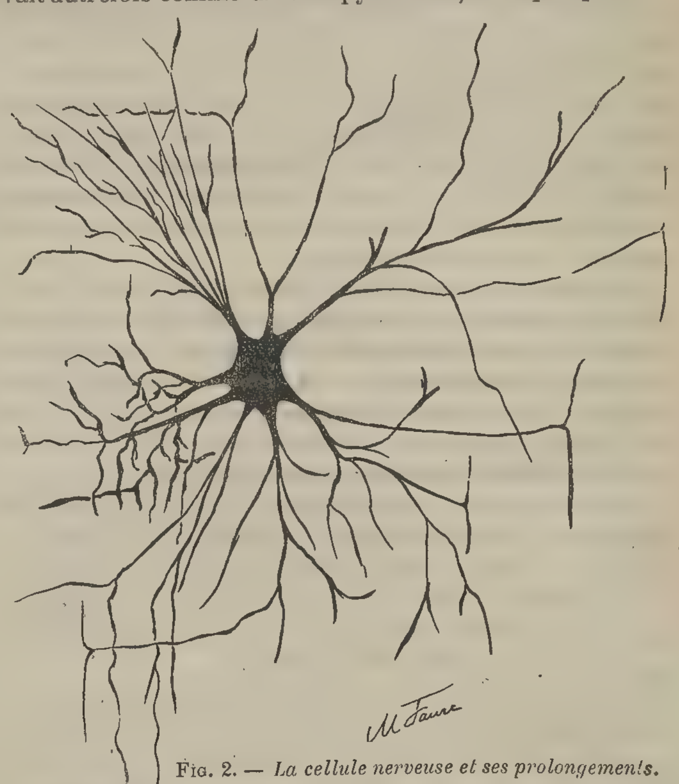


Fig. 2. — *La cellule nerveuse et ses prolongements.*

émergeant de ses angles, est en réalité beaucoup plus compliquée. Les méthodes d'imprégnation aux sels d'or et d'argent, qui ne permettent point de voir les détails du corps de la cellule, permettent, par contre, de suivre ses prolongements jusque dans leurs ramifications ultimes (fig. 2). Elles

ont montré l'énorme développement et la variabilité de forme de ces annexes de la cellule, qui présentent, en réalité, une étendue plus grande que le corps cellulaire lui-même.

Du reste, on ne peut plus aujourd'hui différencier nettement le corps cellulaire de ses prolongements. En effet, ceux-ci varient dans les différents états de la cellule : veille et sommeil, repos et activité, nutrition et fonction, tout comme varient les pseudopodes des protozoaires auxquels on les a comparés. C'est cette mobilité protoplasmique de la cellule nerveuse que l'on nomme « amœboïsme ».

Le cylindraxe lui-même, qui constitue la partie fondamentale des nerfs périphériques, doit être considéré comme un prolongement cellulaire qui s'est différencié par sa fonction. Aussi, à proprement parler, le corps cellulaire, les prolongements protoplasmiques, le cylindraxe jusqu'à ses terminaisons ultimes, tout cela constitue un seul élément : *le neurone.*

Le neurone. — Les différents neurones dont se compose le système nerveux sont juxtaposés : il n'y a point de continuité de l'un à l'autre. Ils n'ont que des rapports de contiguïté, et ces rapports sont plus ou moins immédiats, suivant que les prolongements des neurones voisins sont plus ou moins étendus. Il est vraisemblable, bien qu'on ne puisse voir de tels phénomènes s'accomplir, que de l'état de ces connexités dépend l'état des courants nerveux passant d'un neurone à l'autre et se traduisant pour nous par le mouvement, la sensibilité, l'intelligence. Et ces traductions n'impliquent pas des différences de nature entre les neurones : elles dépendent seulement de leur différence de point d'application. Si l'énergie d'un neurone en activité s'applique à un appareil moteur (composé d'une plaque terminale et d'une fibre musculaire), cette énergie se traduit par : mouvement. Si elle s'applique à des corpuscules de tact, de goût, à des terminaisons olfactives, à des cônes et des bâtonnets rétiniens, à un organe de Corti, cette énergie se traduit par : sensibilité et sensation. Si elle s'applique enfin à des jeux de neurones enchevêtrés dans un mécanisme que nous ne savons point encore démêler, elle se traduit par ce que nous appelons : les fonctions psychiques.

Il est aisé de se représenter l'anatomie du système nerveux à la lumière de cette conception : une série de fibrilles formant un tronc cylindraxile et entourée de protoplasma constituent essentiellement les nerfs; ces fibrilles s'épanouissent en un réseau losangique entouré d'un bloc de protaplasma amorphe et contenant dans ses mailles une substance différente des deux autres. Cette réunion des trois substances forme le corps cellulaire. De là, un chevelu de ramifications protoplasmiques se répand dans toutes les directions et entre en contact permanent ou transitoire avec les ramifications issues d'un neurone voisin. La réunion des corps cellulaires et des chevelus protoplasmiques qui en émanent constitue les centres nerveux.

Si une excitation frappe une des extrémités du neurone, celui-ci réagit par des modifications de forme, de densité, de structure, d'énergie et d'état moléculaire. S'il se laisse traverser, l'excitation se montre à l'autre extrémité sous la forme que lui donne la réaction propre au neurone et la nature des organes avec lesquels il est en contact. S'il n'est en contact qu'avec d'autres neurones, ceux-ci se comportent de même manière, de sorte que l'excitation peut être transformée à plusieurs reprises, ou même retenue, dans un parcours très long et très lent, pour n'être rendue que plus tard, après une série d'opérations dites « psychiques ». On sait que la vitesse moyenne de ce parcours, lorsqu'il se fait dans un circuit très simple et très rapide, est de 30 mètres à la seconde.

Le réflexe. — Nous pouvons maintenant imaginer l'acte nerveux le plus simple, dit « réflexe ». Deux neurones y suffisent, l'un qui reçoit l'impression du dehors (sensitif), l'autre qui reçoit l'impression du premier et la transmet à

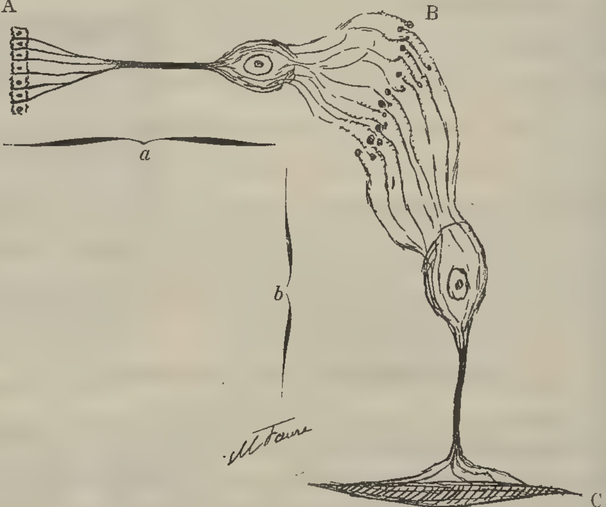


Fig. 3. — *Trajet d'un réflexe élémentaire.*
A. Surface sensible (peau, rétine, etc.), point de départ; B. Contiguïté du neurome sensitif et du neurome moteur; C. Fibre contractile (muscle), point d'arrivée); *a.* Neurome sensitif; *b.* Neurome moteur.

une plaque motrice (moteur) [fig. 3]. Nous pouvons de même imaginer l'acte nerveux le plus complexe : un neurone en rapport avec l'organe de l'ouïe reçoit une impression et la transmet à tout un groupe de neurones (à travers plusieurs relais) avec lesquels il est en contact (centres auditifs); chacun de ceux-là transmet l'excitation à une série d'autres groupes infiniment variés (Association d'idées), dans lesquels subsistent des excitations antérieurement reçues (Mémoire), et, après un parcours aussi long et aussi complexe que l'étendue de l'écorce cérébrale permet de le supposer (2000 centimètres carrés), l'impression divisée, dissociée, abandonne une partie de ses forces dans les neurones qu'elle a émus, et où des impressions nouvelles la retrouveront plus tard (Souvenir). D'autres actions rencontrant, dans d'autres neurones, des trajets plus faciles, ou recevant des actions adjuvantes, acquièrent plus de puissance (Volonté) et arrivant au point terminus de leur parcours, excitent les régions motrices (des organes de la parole, par exemple). Et l'excitation, partie des organes de Corti, arrive, en dernière analyse, aux muscles de la langue, de la bouche et du larynx, après un parcours dont notre description ne peut figurer la complexité et l'amplitude, mais qu'on peut s'imaginer en examinant l'écheveau cérébral coloré par les méthodes de Weigert, Pal, Ballet.

Le noyau et la nutrition de la cellule. — Il existe enfin, dans chaque corps cellulaire, un noyau situé vers son centre, et contenant un ou plusieurs nucléoles. Ce noyau est l'élément le plus résistant, l'ultimum moriens de la cellule. Ses fonctions sont inconnues, mais l'on dit aujourd'hui qu'elles sont surtout nutritives. Il est vraisemblable que les prolongements protoplasmiques, offrant une vaste surface d'absorption, servent aussi, comme chez les protozoaires, à la nu-

trition de la cellule par l'imbibition. L'on fait une sorte d'opposition entre ce rôle nutritif du noyau et du protoplasma et celui des fibrilles et des grains chromatophyles qui paraissent chargés de la conduction de l'énergie nerveuse et peut-être de sa production (Marinesco). En effet, on a remarqué que les grains chromatophyles variaient dans les diverses circonstances de la vie cellulaire de dimension et de densité, comme s'ils se formaient pendant le repos, pour s'user pendant l'activité.

II

LE NEURONE PATHOLOGIQUE

Avec les anciens procédés d'étude, qui ne différencient guère dans le neurone que des régions et non pas des substances, l'on ne distinguait que les lésions qui détruisaient grossièrement son apparence générale et ses contours. C'est avec eux que fut construite l'histoire des névrites périphériques, exprimant les altérations du prolongement cylindraxile et de ses enveloppes (nerfs); des scléroses fasciculaires systématisées ou diffuses, annonçant l'atrophie des fibres nerveuses séparées de leur tronc cellulaire, ou la destruction d'une région des centres par un foyer inflammatoire, et l'apparition, en leur place, de tissu de cicatrice. Avec ces méthodes encore, on put reconnaître des dégénérescences cellulaires dans la paralysie infantile, la sclérose latérale amyotrophique, etc. Ces connaissances avaient permis d'établir que tout prolongement nerveux, séparé du tronc cellulaire dont il émane, s'atrophie (lois de Waller). Des études récentes, employant ces colorations électives, dont nous avons parlé au début de cet article, ont pu permettre d'apercevoir, dans les troncs cellulaires, des lésions fines et systématisées, et d'établir cette nouvelle loi : une cellule séparée de son prolongement cylindraxile souffre, séparée de tous ses prolongements, meurt (Nissl, Van Gehuchten, Ballet, Marinesco).

Ces lois montrent que les excitations qui parcourent le neurome, gagnant la cellule (centripètes), ou envoyées par elle au dehors (centrifuges), sont des conditions nécessaires de l'existence de l'une et des autres, et qu'une cellule ou des prolongements qui ne reçoivent pas d'excitations du dehors, meurent.

Nous ne décrirons pas les altérations déjà bien connues, qui peuvent frapper le prolongement cylindraxile (névrites périphériques et scléroses fasciculaires). Nous mentionnerons les différents aspects cellulaires, connus sous le nom de pigmentation, d'atrophie, de dégénérescence, etc. Mais nous nous arrêterons avec un soin particulier aux lésions cellulaires fines, aujourd'hui connues, et qui traduisent des degrés de souffrance que l'on n'avait pu, jusqu'ici, déceler.

Voici quels sont les aspects pathologiques observés dans les cellules nerveuses avec les nouvelles techniques.

1° Lésions du protoplasma fondamental et du noyau. — *Lésions fines.* — La cellule normale représente une figure polyédrique, et chacun de ses côtés est formé d'un bord concave. Ce bord peut pathologiquement devenir plan, puis convexe, de sorte que la cellule prend un aspect globuleux, sphéroïdal, ovoïdal. Les prolongements, circonscrits normalement par des lignes droites et concaves, peuvent pathologiquement avoir des bords convexes et irréguliers, et prendre des aspects monoliformes et variqueux.

Le noyau est situé normalement vers le centre de la cellule. Pathologiquement, il peut se placer près d'un bord, ou même l'affleurer, le dépasser, et finalement faire hernie hors de la cellule ou dans un prolongement. Parfois ses contours peuvent disparaître, comme s'il se fondait dans la cellule.

Le nucléole normal qui est ovalaire ou arrondi, à bords nets, peut avoir des bords flous, polycycliques.

Enfin, alors même qu'aucune modification de forme n'est encore appréciable, la substance achromatophyle ou protoplasma fondamental du noyau et de la cellule peut, en se colorant par des couleurs qu'elle refuse quand elle est saine, révéler ses modifications chimiques pathologiques.

Lésions grossières. — Ruptures, fissures, déchirures du corps cellulaire ou des prolongements. Ces aspects sont nets : ou bien l'on voit des prolongements séparés du corps cellulaire par des cassures comparables à celle d'une branche d'arbre, ou bien l'on voit le bord de la cellule entamé, comme d'un coup de hache, ou bien enfin l'on aperçoit une mince fente qui parcourt le globe cellulaire déchiré comme du papier ou fissuré comme du verre.

Effritement, pulvérulence, abrasion de la cellule et du noyau. L'élément se réduit alors à un bloc opaque, poussiéreux, informe.

Atrophie, qui est moins un aspect particulier que l'aboutissant de plusieurs évolutions pathologiques différentes.

2° Lésions de la substance chromatophyle. — On désigne ces lésions par le terme général de *chromatolyse*.

La chromatolyse peut être totale, périphérique, centrale.

Elle est totale, quand l'ensemble des éléments chromatophyles s'effritent, se fondent, disparaissent dans le protoplasma qui prend une teinte générale pâle, et qui devient opaque (au lieu d'être transparent et incolore). Elle est dite centrale, quand le phénomène n'existe que pour les granulations centrales, de sorte que le centre de la cellule qui est pâle et trouble, contraste avec les bords, où l'on voit subsister les grains chromatophyles sur un fond diaphane. Elle est dite périphérique, quand le centre de l'élément reste normal, alors que les bords s'éclaircissent par la disparition des granulations. Le degré le plus accentué de la chromatolyse centrale ou périphérique, peut aboutir à la chromatolyse totale, qui est dite alors à début central ou à début périphérique.

Quelques types de cellules malades. — Les différentes lésions que nous venons d'énumérer et qui étaient, pour la plupart, inconnues avant les derniers progrès des techniques, se groupent sur telle cellule de manière à réaliser des types anatomo-pathologiques très variés.

A chacun de ces types correspond évidemment une certaine souffrance de la cellule en face d'un ou de plusieurs agents pathogènes. Il s'ensuit qu'en face d'un type, l'on pourra sans doute, un jour, reconnaître quelle cause pathogène l'a fait naître. Actuellement, les recherches sur ces sujets, bien que très nombreuses, ne permettent pas de conclusions détaillées, offrant un caractère suffisant de certitude. Aussi nous bornerons-nous à établir seulement quelques schémas propres à guider le lecteur dans l'étude de cette langue, encore mal connue, qui est la morphologie de la cellule malade. Ces schémas, nous les construisons surtout avec nos propres ressources, en joignant aux connaissances qui nous viennent d'un nombre déjà grand d'examens variés, celles que nous avons puisées dans la lecture des travaux de nos devanciers.

Premier type. — La cellule se gonfle, s'arrondit, le noyau devient périphérique. Les grains chromatophyles du centre

de la cellule se fondent. Les prolongements se gonflent puis s'effacent. Finalement, la cellule est réduite à un bloc arrondi, à centre clair, à bords teintés, à noyau hernié au dehors (fig. 4). Ce type s'observe lorsque le prolongement cylindraxile de la cellule est le siège d'une lésion qui interrompt la conduction; mais ne peut-il être dû qu'à l'isolement de la cellule coupée de son bout périphérique? Peut-il être dû aussi à d'autres causes? C'est une question controversée; voici ce que l'on en sait actuellement. On peut observer de semblables figures dans des cas où il ne paraît pas que le prolongement périphérique ait été le premier atteint. Réciproquement le prolongement périphérique peut-être atteint sans que cette lésion se produise (Déjérine, Van Gehuchten). Néanmoins, toutes les fois qu'on observe ce type d'une manière nette et fréquente, il y a présomption de lésion primitive du nerf périphérique et il faut s'assurer de l'existence ou de la non-existence de cette lésion. Quoi qu'il en soit, cette lésion paraît réparable, c'est-à-dire que la cellule qui l'a présentée peut revenir *ad integrum*.

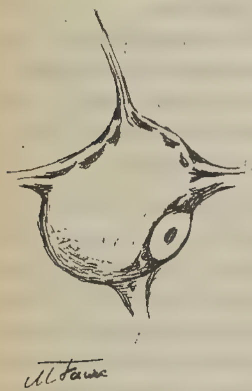


Fig. 4. — *Premier type : cellule observée dans la polynévrite.*

Deuxième type. — Les grains colorés disparaissent à la périphérie de la cellule et se conservent relativement intacts au centre, de sorte que, bientôt, l'on voit dans la cellule deux zones, l'une décolorée et périphérique, l'autre quasi-normale et centrale.

Cette lésion fine, très élective et rare, a été observée dans divers cas d'empoisonnement. Elle paraît correspondre à des injures brutales, rapides et graves portées à la cellule, telles que celles qui résultent de la ligature d'un vaisseau nourricier, ou d'une intoxication aiguë de tout l'organisme. Marinesco émet l'idée que cette lésion s'explique par la pénétration centripète du poison pathogène (milieu intérieur vicié), dans la cellule qu'il imbibe comme une éponge.



Fig. 5. — *Deuxième type : cellule observée dans un empoisonnement aigu.*



Fig. 6. — *Un cadavre de cellule.*

Troisième type. — Ce type est assurément le plus fréquemment observé, et la raison en est simple : ce n'est pas, comme les précédents, un type élémentaire, irréductible, mais bien un ensemble de lésions dont nous ne connaissons pas nettement la signification, et qui, plus tard, seront, sans doute, différenciées.

Voici comment on peut le décrire.

Les cellules sont arrondies, globuleuses, les prolongements gonflés, irréguliers, peu apparents. Le noyau reste sain. Les granulations chromatophyles ont uniformément disparu et la cellule présente une coloration fondue qui va du foncé au clair suivant que la cellule est légèrement ou fortement touchée. On voit dans le protoplasma des fissures, des craquelures.

Lorsque la cellule est peu atteinte, on devine encore la présence des granulations chromatophyles, mais elles ont perdu leurs contours nets, et les interstices clairs qui devaient les séparer sont remplis d'une poussière colorée.

Lorsque la cellule est très fortement atteinte, le noyau même a des contours indécis, son nucléole est gonflé, diffus, parfois même le noyau prend la couleur bleu pâle. Enfin le protoplasma cellulaire peut être réduit à un bloc informe, de coloration claire à peine visible.

Les lésions des prolongements suivent la gradation des lésions cellulaires. D'abord flous, colorés de façon diffuse, il peuvent être rompus, gonflés, de forme irrégulière, et, finalement, disparaître complètement.

Ce sont là des lésions irréparables, même dès leurs premiers stades ; on les observe lorsque la cellule a été tuée rapidement ou lentement par l'action des milieux intérieurs viciés, par une infection ou une intoxication. C'est dans ce groupe qu'il faut chercher à reconnaître les caractères spéciaux à l'action de tels toxiques et qui pour quelques-uns d'entre eux existent peut-être.

Quatrième type. — Les contours de la cellule sont légèrement arrondis, les granulations chromatophyles sont peu nettes et forment par leur réunion des blocs à contours irréguliers. Une grande partie de la cellule est remplie d'un pigment de couleur ocre, ce qui lui donne une forme et une couleur bien différentes des formes et des couleurs normales. Le volume total de l'élément peut être augmenté. Il

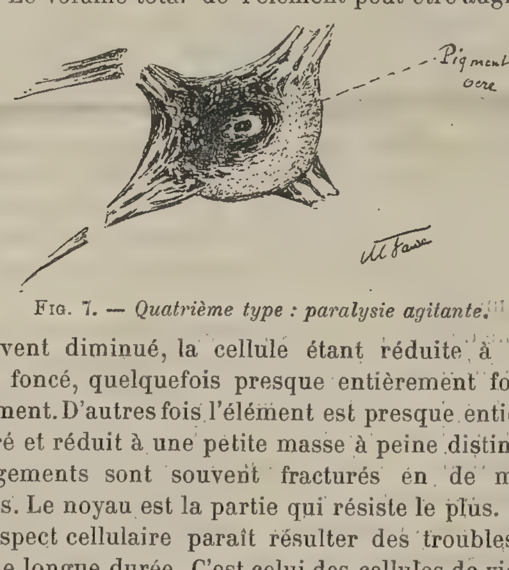


Fig. 7. — *Quatrième type : paralysie agitante.*

est souvent diminué, la cellule étant réduite à un petit nodule foncé, quelquefois presque entièrement formé par du pigment. D'autres fois l'élément est presque entièrement décoloré et réduit à une petite masse à peine distincte. Les prolongements sont souvent fracturés en de multiples endroits. Le noyau est la partie qui résiste le plus.

Cet aspect cellulaire paraît résulter des troubles vasculaires de longue durée. C'est celui des cellules de vieillards, des polyscléreux. C'est celui qui correspond aux observations faites anciennement sur les malades atteints de poliomyélites, de vascularites, etc., et dont on dit que les cellules étaient atrophiées, dégénérées, pigmentées. Il exprime, en réalité, la souffrance de la cellule placée dans de mauvaises conditions de nutrition et finissant par la sénilité, l'atrophie et la mort.

Cinquième type. — La cellule paraît formée d'un protoplasma pulvérulent, coloré dans sa totalité d'une teinte vitreuse. Les granulations chromatophyles sont flous, mal colorées, peu distincte du reste de l'élément. Les prolongements sont gonflés, les bords cellulaires effrités. Le noyau se colore et le nucléole est gonflé, à contours irréguliers.

On observe de semblables lésions sur des animaux

infectés et morts après des agonies longues, sur des sujets ayant subi un commencement de putréfaction cadavérique. Bref, il semble que ces aspects soient dus aux fermentations agoniques et cadavériques de la cellule. Par suite, ils ne doivent point être considérés comme représentant des affections du système nerveux ayant évolué pendant la vie du sujet, mais seulement comme des lésions banales.

Conclusion. — De l'ensemble de ces notions résultent quelques principes dont la connaissance peut guider tous les observateurs dans la recherche des lésions cellulaires.

1° L'élément le plus résistant de la cellule, celui qui s'altère en dernier lieu, est le noyau. L'élément le plus fragile est la granulation chromatophyle.

2° D'une manière générale, on peut concevoir qu'une altération limitée aux grains chromatophyles et s'accompagnant seulement d'un gonflement du protoplasma avec changement de place du noyau, exprime, non pas la mort, mais la maladie de la cellule, et que, par suite, elle est susceptible de guérison. Réciproquement, une altération qui atteint le protoplasma (qui est coloré, vitreux, craquelé, fissuré), le noyau (qui est coloré), le nucléole (qui est gonflé et irrégulier), exprime la mort de la cellule.

3° Il est possible de différencier les altérations cellulaires contemporaines des fermentations agoniques ou cadavériques de celles qui se sont produites électivement du vivant de la cellule; par suite, les auteurs qui ont exprimé des doutes sur la valeur diagnostique de ces documents anatomiques énonçaient donc à la fois une vérité et une erreur. En effet, il n'est pas douteux que les procédés de coloration que nous avons expliqués ne soient capables de révéler des altérations cellulaires qui n'impliquent pas le diagnostic rétrospectif d'une affection nerveuse. Chacun doit devenir capable de reconnaître ces lésions banales à la physionomie qui leur est propre et tenir compte, dans l'examen d'un système nerveux, de la longueur de l'agonie, de la température, de l'heure tardive de l'autopsie, etc. Ce n'est qu'après ces réserves faites, que l'on est autorisé à considérer des lésions comme ayant évolué d'une manière aiguë ou chronique, durant la vie de l'individu. Mais il est bien évident que, sur ce point comme dans tout autre chapitre de l'histologie pathologique, il ne faut porter un diagnostic que lorsque l'on rencontre des lésions nettes et étendues à un grand nombre de cellules. Il peut arriver, en effet, que chez des sujets passant pour normaux, l'examen du système nerveux révèle çà et là la présence de quelques cellules dont la physionomie n'est pas tout à fait normale. Ces exceptions ne peuvent avoir d'importance.

Troubles des fonctions du neurone malade. — Ce que nous avons dit des fonctions normales du neurone peut nous faire prévoir le trouble qu'amènera sa lésion. La création et la transmission de l'énergie nerveuse vont se trouver suspendues en un point quelconque du parcours par l'altération de la cellule ou de ses prolongements. Par suite, les réflexes, du plus simple (réflexe spinal) au plus composé (réflexe cortical), peuvent se trouver ralentis ou supprimés. En outre, par le fait même que chaque neurone et même chaque prolongement cellulaire est nécessaire à l'équilibre fonctionnel (et peut-être à la vie même) de ses voisins, la mort ou l'inhibition de l'un d'eux aura pour effet le dérèglement, l'exagération ou la perversion des fonctions des autres. Et ce n'est plus donc le ralentissement ou la suppression d'un acte réflexe que l'on pourra seulement observer, mais bien des manifestations augmentées, incohérentes ou paradoxales de la réflectivité qui parcourt des circuits anormaux. Ces propositions contiennent toutes les manifestations morbides de l'activité cérébro-spino-périphérique et, par suite, tous les symptômes des maladies nerveuses et mentales. Nous ne pouvons, par conséquent, exposer les détails de la physiologie pathologique du neurone, qui embrasseraient la connaissance de toute la séméiologie de ces affections. Ces détails varient avec le degré de la lésion et son siège, beaucoup moins avec sa nature. Les principes généraux que nous venons d'exposer trouveront leur application dans chaque cas particulier et suffiront à l'expliquer.

III

Avant de clôturer ces descriptions, nous tenons à faire connaître à nos lecteurs comment nous avons compris l'étude que l'on vient de lire : nous avons essayé de réunir dans ce que l'on appelle « une généralisation hâtive » l'ensemble des données acquises sur la structure, les fonctions et les lésions du neurone. En ce qui concerne l'histologie et la physiologie normale, nous avons seulement exposé ce que l'on sait aujourd'hui, mais il est vraisemblable que des découvertes ultérieures viendront modifier l'idée que nous avons prise du fonctionnement de l'appareil nerveux.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous avons cru être utile en condensant en quelques types les diverses lésions jusqu'ici décrites par d'autres ou observées par nous. Ces types représentent donc des schémas et des schémas provisoires. Ils rendent l'étude de ce sujet plus facile mais nous n'avons nullement la prétention d'avoir fixé des physionomies cellulaires que chaque fait nouveau modifiera, non plus d'ailleurs que celle de faire rentrer dans nos cinq classes toutes les lésions observées ou à observer.

Nous concevons d'ailleurs l'étude de ces lésions nouvelles comme celle d'une langue encore inconnue et dont il faut d'abord distinguer les différents caractères, puis chercher l'interprétation qu'il convient de leur donner. C'est précisément là ce que nous avons essayé. Nul doute que notre étude ne soit sur plusieurs points incomplète ou erronée.

BIBLIOGRAPHIE

Structure de la cellule nerveuse normale. — Nissl (de Francfort). Commun. au Cong. de neurol. de Baden-Baden, 3 juin 1894 : Sur une nouvelle méthode d'examen des organes nerveux centraux. — Nissl. *Centralbl. f. Nerv. and Psych.*, juillet 1894 : Réparation des lésions cellulaires. — Nissl. Coblentz et Leipzig, 1898 : Psychiatrie und Hirnanatomie et *Centralbl. f. Nerv. und Psych.* — Von Lenhossek. Fischer, Berlin 1895. *La fine structure du système nerveux considérée à la lumière des plus récentes recherches.* — Lenhossek. Réun. des neurol. all. à Bade, juin 1896 : Structure des cellules spinales. — Hithias. Soc. de biol., 6 juill. 1896 : Cellules nerveuses de la moelle du têtard. — Donaggio. *Sulla presenza di un reticulo nel protoplasma della cellula nervosa.* — Ramo y Cajal. *Monats. f. Psych. and neurol.*, vol. I, fasc. ii, p. 156, et fasc. iii, p. 210, 1897 : Structure de protoplasma nerveux. — Colucci. *Ann. di neurol.*, an XIV, fasc. iii et v : Sur la morphologie et sur la valeur des parties constituantes de la cellule nerveuse. — Van Gehuchten. 1897 : Louvain (chez Dieudonné) : Anatomie du système nerveux de l'homme. — Marinesco. *Presse méd.*, 10 juin 1897 : Nouvelles recherches sur la structure fine de la cellule nerveuse. — Marinesco. Rapp. au Cong. de Moscou, août 1897 : Histolopathologie de la cellule nerveuse. — Van Gehuchten. Rapp. au Cong. de Moscou : Anatomie fine de la cellule nerveuse.

Le neurone; ses prolongements; l'amœboïsme. — MARINESCO. Extrait de la *Presse méd.*, 1895, et Cong. de Londres, 1895 : Théorie des neurones. — J. SOURY. *Arch. de neurol.*, fév. 1897, p. 95-118 : Histoire des doctrines contemporaines sur l'histologie du système nerveux central. Théorie des neurones. — PUGNAT. *De l'importance fonctionnelle du corps cellulaire du neurone.* — STEFANOWSKA. *Ann. de la Soc. royale des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, t. VI, fasc. II et III, p. 351-407 : Les appendices terminaux des cellules cérébrales et leurs différents états phsiologiques. — DEMOOR (de Bruxelles). Cong. internat. de psychol. de Berne, septembre 1895 : Mouvements amiboïdes des cellules nerveuses. — KOLLIKER. *Warzburger Physik med. Gesellsch.*, séance du 9 mars 1895. — J. SOURY. Rev. gén. des sc., 15 mai 1898 : Amœboïsme des cellules nerveuses. — DEYBER. Th. de Paris, 1898. — OTTO JULIUSBERGER. *Neurol. centralbl.*, 1er mai 1896, p. 386. — G. LÉVI. *Riv. di patol. nev. et ment.*, fasc. X, 1896 : Pouvoir proliférant de la cellule (Karyokinèse).

Psycho-physiologie de la cellule nerveuse. — BELMUNDO. *Riv. speriment. di frenat.*, fasc. IV, 1896 : Contrib. sperimentale all studio dei rapporti tra le finisioni cerebrali e il ricambio. — FLECHSIG. Cong. de Francfort, sept. 1896 : La localisation des fonctions psychiques et spécialement des impressions sensorielles de l'homme. — SOUKHANOFF. *Arch. de neurol.*, mai et juill. 1897. — J. SOURY. *Arch. de neurol.*, avril 1897, p. 281 : Histoire des doctrines contemporaines de l'histologie du système nerveux central et la théorie des neurones. — FLECHSIG. Vigot, Paris 1898 : Études sur le cerveau et les frontières de la folie. Centres cérébraux d'association. Localisations sensorielles (3 vol.).

Sommeil, veille, inanition, surmenage, électrisation. — LUGARO. Lo sperimentale, 2, 1895 : Modification des cellules dans la fatigue, l'activité, le repos. — MONTI. *Rif. med.*, 1895, nos 181-182 : Les cellules dans l'inanition expérimentale. — PUGNAT. Acad. des sc., 9 nov. 1897 : Altérations cellulaires nerveuses, produites par la fatigue. — VALENZA. Vol. VIII, *Bull. Acad. di Napoli*, 1896 : Stimulation faradique. — MOUREK et HESS (de Prague), 1897 : Lésions fines des cellules de la moelle dans l'inanition. — HEGER. *Bull. acad. méd. belg.*, nov. 1897, et *Méd. mod.*, 22 déc. 1897 : Différences dans l'aspect morph. des cellules cérébrales d'animaux endormis et éveillés (chiens, cobayes, souris). — LUGARO et CHIOZZI. *Riv. di patol.* : Altérations des éléments nerveux dans l'inanition. — LAMBERTO-DADDI. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, vol. III, fasc. I, janv. 1898 : Altérations du système nerveux central dans l'insomnie expérimentale. — ODIER (Suisse). *Méd. mod.*, p. 222, 6 avril 1898. Étude des cellules de la moelle du cobaye, rat, lapin, au repos ou fatigué ou sous l'action de narcotique ou d'excitation électrique. — LUGARO. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, vol. III, fasc. III, p. 125, mars 1898. — PAGNAT. *Bibliogr. anat.*, fasc. I, 1898, Genève : Modifications histologiques de la cellule nerveuse dans ses divers états fonctionnels.

Commotion, choc, compression, arrêt de la circulation. — BIKELER. *Centr. f. Nervenh.*, 1874, p. 408 : Contribution à l'anatomie pathologique de la commotion cérébrale et médullaire. — LUZENBERGER. *Ann. di neurol.*, 1897, fasc. V : Anatomie pathologique du traumatisme nerveux. — FRIEDMAN. *Deuts. Zeits. Nerv.*, 1897, liv. V et VI : Sur les troubles nerveux consécutifs à la commotion cérébrale avec constatation anatomique. — CARLO PARASCANDOLO. *Arch. de physiol.*, série V et X, no 1, p. 138 à 158, janv. 1898 : Commotions thoraciques et abdominales expérimentales. — KIRCHGAESSER. *Munch. med. Woch.*, 1898, no 6 : Anatomie pathologique de la commotion médullaire. — NEUMAYER, *Deuts. Zeits. f. Nerv.*, vol. VIII, l. 3 et 4, p. 167, 1896 : Lésions histologiques de l'écorce cérébrale dans la compression locale du cerveau. — SARBO. *Neurol. Centr.*, 1895, no 15, p. 664 : Des altérations médullaires consécutives à la ligature temporaire de l'aorte abdominale. — LAMY. *Arch. de phys.*, 1895-1897 : Lésions expérimentales de la cellule nerveuse. — BALLET et DUTIL. Congrès de Nancy, du 1er au 6 août 1896 : Sur les lésions expérimentales des cellules de la moelle consécutive à la section des nerfs périphériques et à l'anémie. — DADDI. Soc. di Pavia, juin 1896 : Altérations des cellules nerveuses dans la congestion passive (chez une cardiaque). — BALLET et DUTIL. Congrès de Moscou : Lésions expérimentales de la cellule nerveuse.

Pathologie de la cellule nerveuse. — NISSL. *Neurol. Centr.*, 1896, 947 : Ueber die Vereinderungen der Nervenzellen nach experimental ersengter Vergifung. — RUTA. *Rif. med. Napoli*, 1896, p. 709 à 711 : Sul recenti studi nella pathologia della cellula nervosa. — MARINESCO. *Presse méd.*, 27 janv. 1897 : Pathologie générale de la cellule nerveuse. — FLATAU. *Fortsch. des med.*, no 8, 15 avril 1897, p. 281 à 297. — NISSL. *Allg. Zeitsch. f. psych.*, liv. IV, p. 1, 1897 : L'hypothèse de la spécificité fonctionnelle des cellules nerveuses. Contribution à l'anatomie et à l'histo-pathologie des cellules nerveuses, en particulier des lésions cellulaires consécutives aux intoxications expérimentales. — MOUREK et HESS (de Prague), *Rev. neurol.*, p. 667, 1897 : Lésions fines des cellules motrices de la moelle épinière dans divers états d'empoisonnement. — GILBERT BALLET et MAURICE FAURE. *Rev. neurol.*, 1898 : Lésions cellulaires dans la paralysie agitante. — GOLDSCHEIDER et FLATAU. Rapport au Cong. de Moscou. — PHILIPPE. Soc. de biol., juill. 1898.

Lésions secondaires dans les cellules spinales. — MARINESCO. Soc. de biol., 30 nov. 1895 : Polynévrites en rapport avec la théorie des neurones. — BALLET et DUTIL. Congr. des alién. et neurol. de Nancy, 1er au 6 août 1896 : Sur les lésions expérimentales des cellules de la moelle, consécutives à la section des nerfs périphériques et à l'anémie. — LUGARO. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, août 1896, p. 303 : La section d'un nerf périphérique est suivie de désagrégation de la substance chromatique du côté du cylindraxe, de migrations excentriques du noyau. — GALCERAN. *Gac. med. catal.*, Barcelone, 1896 : Lesiones del sistema nevroso central en la poli-neuvritis. — CABROL. Th. de Paris, 1897 : Tabès avec arthropathie et hémiplégie. — CENI. *Rif. med.*, XII, 20 juillet 1894, no 25 : Atrophie des cellules nerveuses de la moelle au cours des dégénérations secondaires, ascendantes et descendantes. — SCHAFFER. *Origine de l'amyotrophie tabétique.* — KOVALEWSKI. Soc. de psych. de Kazan : Des altérations dans les cellules des ganglions vertébraux à la suite de l'excitation des nerfs. — ONUFROWITZ. *The journ. of nerv. and ment. dis.*, oct. 1895, no 10 : Modification des cellules nerveuses, consécutives à la section des racines rachidiennes. — G. BALLET. Soc. méd. des hôp. de Paris, 23 juill. 1897 : Examen du système nerveux central d'un amputé. — FRITZ SANO. Soc. belge de neurol., 26 juin 1898 : Localisations motrices dans la moelle lombo-sacrée. — MARINESCO. *Sem. méd.*, 13 avril 1898, no 20 : Deux cas de paraplégie flasque par compression de la moelle. — VAN GEHUCHTEN. *Méd. mod.*, 22 déc. 1897, p. 813 : La chromatolyse. — VAN GEHUCHTEN. Bull. de l'acad. de méd. de Belgique, févr. 1898 : A propos du phénomène de chromatolyse. — VAN GEHUCHTEN, *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, nov. 1897.

Lésions secondaires dans les cellules cérébrales. — OUI. Soc. méd. de Pavie, 1895. — DOTTO et PUSATERI. *Il Pisani*, janv. 1897. — GILBERT BALLET et MAURICE FAURE. Soc. méd. des hôp., mars 1899 : Atrophie expérimentale des cellules pyramidales chez le chien après section de leur prolongement. — MARINESCO. Soc. méd. des hôp., mars 1899 : Atrophie des cellules pyramidales chez les hémiplégiques par lésion de la capsule.

Lésions cellulaires dans les maladies mentales. — BELAR NAGY. *Magyar orvosi Archivum*, 1893 : Altération de l'écorce céré-

brale dans les maladies mentales (méthode de Nissl). — CAMPBELL. *The journ. of ment. sc.*, 1894 : The morbid changer in the cerebro-spinal nervous system of the aged insane.— CLOUSTON. Assoc. méd. pysch. d'Angleterre et d'Irlande, juin 1894 : Lésions cérébrales dans la folie. — RITTI. Cong. des alién. et neurol. de France, Bordeaux, 1er août 1895 : Rapport sur les psychoses de la vieillesse.— ANTONINI. *Bull. de soc. méd. prov. Bergamo*, 1896, n° 2, 10, 3, 6 : Note cliniche con autopsie sopra alcuni casi di lezioni cerebrali negli alienati.— HOPPEN. Arch. f. psych., 1896, t. XXVIII., f. LIII : Contribution à l'étude des lésions de l'écorce cérébrale. — COLUCCI. *Annali di neurol.*, vol. XV, f. I et II : La cellule nerveuse dans quelques maladies mentales. — CRISTIANI. *Annali di neurol.*, Napoli, 1897, 47, 61 : Le fine alteratione del cerveletto in relatione a quelle del cervello negli alienati di mente. — GESTKOFF. Soc. de neurol. de Kasan, 1896 : Autopsie de deux hommes de soixante-cinq ans atteints de démence sénile. — G. BALLET. Soc. méd. des hôp. de Paris, 4 juin 1897 : Histologie pathologique d'un cas de démence sénile.— G. BALLET. *Ann. méd.-psych.*, mai 1898 : Les lésions de la paralysie générale étudiées par la méthode de Nissl.— VON MONAKOW. Anal. par Soury. *Rev. gén. des sc.*, 30 avril 1898 : Pathologie du cerveau, 1 vol., Holder édit. Wien, 1898. — GILBERT BALLET et MAURICE FAURE. *Presse méd.*, 1898 : Anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de quelques cas de confusion mentale primitive. — MAURICE FAURE. Soc. de biol. de Paris, 27 mai 1899, et *Presse méd.*, du 7 juin : Lésions des cellules cérébrales dans les infections et les anto-intoxications accompagnées de troubles mentaux.

Lésions expérimentales de la cellule par les toxines et les poisons. — BABÈS. *Roumanie méd.*, 27 juin 1897, p. 239 : Conférence sur la peste.— LUGARO. *Experiment. Riv. di patol. nerv. e ment.*, vol. II, fasc. VI, 8 juin 1897, p. 241 : Altérations des cellules nerveuses dans la peste bubonique.— BIANCHI MAROTTI. *Atti del acad. med. chir. di Perugia*, vol. VII, fasc. IV, 1895 : Lésions de la moelle provoquée chez le lapin par la toxine typhique. — CLAUDE. Commun. au Cong. de Nancy, du 1er au 6 août 1896 : Lésions médullaires par toxines microbiennes. — ALESSI URBANO. *Riforma med.*, anno XII, vol. III, 24 juillet 1896 : Contribution à l'étude des lésions cérébrales produites expérimentalement. — MOURATOFF. Soc. de neurol. de Moscou, séance du 23 avril 1897 : Recherches sur l'action simultanée des toxines diphtériques et streptococciques sur le système nerveux des cobayes. — POLLAK (de Berlin). Cong. de Moscou, août 1897. — MARINESCO. Soc. de biol., 4 juillet 1896 : Lésions médullaires par la toxine tétanique. — VINCENZI. *Arch. per le scien. med.*, vol. XXI, n° 4, 1897 : Tétanos expérimental. — COURMONT, DOYON, PAVIOT. *Arch. de physiol.*, série 5, t. X, janv. 1898 : Tétanos. — DOTTO. *Il Pisani*, 1896, fasc. I : Altérations fines des éléments nerveux dans l'empoisonnement subaigu par la quinine et l'ergotine. — DOMENICO MYRLO : *Giorn. di patol. nerv. e ment.*, Palerme 1897, vol. XVIII, fasc. II, 11 août : Altérations des éléments nerveux dans le lathyrisme expérimental. — LUGARO. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, fév. 1897, n° 2 : Sulle alterazioni degli elementi nervosi negli avvelamenti per arsenico e per piombo. — J. MOURÈK et P. HESS (de Prague). Lésions fines des cellules motrices de la moelle épinière dans différents cas d'empoisonnement. — ROSSI. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1897, n° 24 : Alterazioni minime degli elementi nervosi per fosforo. — ROSSI. *Riv. di med. leg.*, oct. 1897 : Sulle alterazioni degli elementi nervosi per oxido di carbonio e per idrogeno solforado. — DOTTO. *Riv. di med. leg.*, 1897, fasc. III. — DOTTO. *Il Pisani*, 1896, fasc. I : Altérations du système nerveux dans l'empoisonnement chronique par le bichlorure de mercure. — BRAUER. *Deuts. Zeits. f.* 1898, vol. XII : Action du mercure sur le système nerveux du lapin. — ETTLINGER et NAGEOTTE. Soc. de biol., 28 nov. 1896 : Intoxication addisonienne expérimentale. — DONETTI. Altérations du système nerveux central après l'ablation des capsules surrénales. — ACQUISTO et PUSATERI. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1896, fasc. X, et vol. II, 1897, fasc. I : Sulle alterazioni degli elementi nervosi nella uremica acuta e uremica sperimentale. — DONETTI. Soc. de biol., 20 mai 1897 : Altérations cellulaires rencontrées à la suite d'une néphrectomie double. — SACERDOTTI et OTTOLENGHI. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1897, 1-19. — GABEI et ANTINARI. *Riforma med.*, 1898, vol. II, p. 349 : Altérations des cellules nerveuses dans l'empoisonnement par l'urine, le chlorate et le carbonate d'ammoniaque. — NAGEOTTE et ETLINGER. Soc. de biol., 22 janv. 1898 : Lésions des cellules nerveuses dans diverses intoxications, toxine tétanique, iodure de potassium, venin de vipère, ablation de capsules surrénales ; — *Id. Presse méd.*, 23 mars 1898. — TIZZONI. *Beit. z. Path. Anat.*, 1889, Bd VI : Intoxication urémique expérimentale. — ROCCARDI. Academia med., Napoli 1897 : Urémie.

Les lésions cellulaires dans les maladies aiguës. — VOINET. *Rev. neurol.*, 1896, p. 534 : Lésions de la moelle dans la fièvre typhoïde. — Th. de Nancy, 1897 : *Recherches anatomo-pathologiques sur la moelle épinière dans certaines maladies infectieuses.* — DÉJERINE. Soc. de biol., 17 juillet 1897 : Sur la chromatolyse de la cellule nerveuse au cours des manifestations morbides avec hyperthermie. — MARINESCO. Soc. de biol., 24 juillet 1897. Altération du système nerveux central au cours des infections. — MARINESCO. Cong. de Moscou, 1897 : Sur les lésions du système nerveux central au cours des maladies infectieuses. — LEONTINI. *Riforma med.*, 28 mars 1898 : Altérations cérébrales dans quelques affections broncho-pulmonaires. — MAURICE FAURE et G. DESVAULX. Congrès de Lille, 28 juill. 1899 : Le délire dans les maladies aiguës.

Les lésions cadavériques. — BARBACCI et G. CAMPACCI. *Riv. di patol. nerv.*, Firenze 1897, p. 237 : Sulle lesioni cadaveriche delle cellule nervose. — NEPPI. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, avril 1897, p. 152 : Altération cadavérique de la cellule chez le chien. — GIULIO LEVI. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, vol. III, fasc. I, janv. 1898 : Altérations cadavériques de la cellule nerveuse.

N. B. — Les recherches bibliographiques qui nous ont permis de réunir ici ces indications ayant été exécutées durant l'année 1898, nous prévenons nos lecteurs que nous n'avons donné que des indications fort incomplètes pour 1899 et peut-être même pour la fin de 1898.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(26 JUILLET 1899)

Dans la dernière séance, M. Segond a présenté un **râtelier** qu'il a **extrait de l'œsophage par l'œsophagotomie** après avoir fixé le siège exact du corps étranger à l'aide de la radiographie : cette présentation est devenue le point de départ d'une petite discussion, qui s'est continuée dans cette séance et à laquelle ont pris part MM. Lucas-Championnière, Poirier, Kirmisson, Delbet. Pour les uns, le panier de Graefe ou le crochet employé par M. Kirmisson pour extraire les pièces de monnaie doit toujours être essayé ; pour d'autres, l'emploi du panier de Graefe n'est pas sans inconvénients, ni même sans danger. M. Poirier a cité un cas où ce panier s'est accroché à la muqueuse et où il a fallu faire l'œsophagotomie, non seulement pour extraire le corps étranger, mais aussi pour libérer le panier de Graefe. M. Championnière a cité des faits analogues, quant à M. Kirmisson, il a toujours obtenu de bons résultats par l'emploi du crochet qu'il a fait construire pour cet usage, surtout et presque exclusivement dans les cas où il s'agit de pièces de monnaie. Il a insisté, avec M. Delbet, sur ce fait que généralement

la pièce est placée transversalement dans l'œsophage et laisse un passage libre pour les aliments le long de la paroi postérieure de ce conduit.

La Société a repris la discussion sur l'**hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus** : voilà deux ans que M. Michaux n'a plus recours qu'à cette opération pour les cas encore opérables. Il l'a pratiquée 13 fois pour des cas de cancers étendus envahissant les parties latérales. Il est toujours arrivé à faire une opération complète ; le plus souvent cette opération a été très laborieuse.

M. Michaux attache une grande importance à la recherche des uretères. Il fait connaître en détail, le procédé opératoire auquel il a recours pour aller à cette recherche. Il considère comme indispensable de voir l'uretère, de chaque côté, afin d'être plus sûr de l'éviter. Des faits qu'il communique, il croit devoir tirer cette conclusion qu'on ne peut pas faire aussi bien par la voie vaginale que par la voie abdominale.

L'hystérectomie abdominale totale est donc, pour lui, l'opération de choix pour le traitement chirurgical du cancer de l'utérus et permet, bien mieux que l'hystérectomie vaginale, de mener à bonne fin ce traitement. Un des grands avantages de l'abdominale totale sur la vaginale, c'est qu'on attaque l'utérus par le corps au lieu de l'attaquer par le col plus ou moins atteint de cancer et offrant conséquemment une prise difficile.

M. Michaux entre ensuite dans de grands détails sur le manuel opératoire, sur les moyens d'hémostase si importants dans ces sortes d'opération ; puis il fait connaître les cas qu'il a opérés, les résultats immédiats et éloignés qu'il a obtenus, le degré de survie qu'il a pu procurer aux malades. A tous ces points de vue il trouve de grands avantages à l'hystérectomie abdominale totale. Sur ses 13 interventions, il n'a eu qu'un seul cas de mort post-opératoire. C'est là évidemment une statistique très encourageante.

Il est regrettable que cette importante discussion n'ait pu être terminée avant les vacances de la Société. La question va d'ailleurs être portée devant le Congrès, à sa session d'octobre.

Nous publions plus loin une importante communication de M. Tuffier sur l'**hystérectomie abdominale dans le cas de fièvre puerpérale**.

A propos de cette communication, M. Segond, sans vouloir préjuger la question et en supposant qu'on se trouve en présence d'une indication formelle d'intervenir, fait observer qu'en pareil cas l'hystérectomie vaginale présenterait les plus grandes difficultés en raison du ramollissement de tous les tissus et particulièrement du tissu utérin. Il ne faudrait donc pas hésiter à recourir à la voie abdominale. Le conseil est bon à retenir, surtout venant de M. Segond dont on connaît la prédilection habituelle, d'aucuns diraient le faible, pour la voie vaginale.

La séance s'est terminée par plusieurs présentations, un cas d'anévrysme artérioso-veineux de M. Potherat ; un nouveau succès de la gastro-entérostomie dans un cas de cancer de l'estomac de M. Picqué ; un ganglion de la cavité de Retzius, extrait par M. Bazy.

M. Albarran a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

La prochaine séance aura lieu le premier mercredi d'octobre.

DE L'HYSTÉRECTOMIE
DANS L'INFECTION PUERPÉRALE AIGUE (1)

Par M. Tuffier,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,

Bien que l'infection puerpérale soit bannie de nos grands et beaux services d'accouchement des hôpitaux, elle n'en persiste pas moins au dehors, et les entrées dans les salles d'isolement en font foi.

Les variétés d'infection sont nombreuses : infection localisée, infection généralisée, comprenant elle-même les péritonites puerpérales et les septicopyohémies. Chacune de ces formes nécessite un traitement spécial. Je n'envisagerai ici que les septicémies post-partum sans localisation péritonéale ou annexielle ; c'est contre trois cas de ce genre que j'ai dû intervenir, et, pour mieux préciser les faits, voici le tableau clinique d'ensemble de mes trois malades.

A la suite d'un accouchement normal ou prématuré, la femme est prise de frisson, la température monte à 38°5, 39 degrés et 40 degrés, le pouls devient mou et rapide, il oscille entre 100 et 120-140, le ventre n'est pas douloureux, les parties latérales du globe utérin ne sont le siège d'empâtement ni de douleurs vives. Le teint devient jaune et les yeux s'excavent. De suite, les injections de sérum, l'irrigation continue ou le curetage sont mis à contribution, et, dans l'immense majorité des cas, la température tombe à 38 degrés, 37 degrés, le pouls reprend sa force et diminue de rapidité, et tout rentre rapidement ou progressivement dans l'ordre normal. Dans quelques cas, et ce sont ceux-là auxquels je me suis adressé malgré le traitement le mieux conduit par le chirurgien ou l'accoucheur le plus expérimenté, les accidents continuent ; les frissons se répètent, la température se maintient élevée ou monte à 40°5, 41 degrés, 41°5, le pouls reste au-dessus de 120, il est mou et dépressible, les urines diminuent, la peau devient jaune terreux, les veines sont noirâtres, les téguments se marbrent, du subdelirium apparaît. Au milieu de tout ce cortège symptomatique d'un dénouement fatal, pas de ballonnement du ventre, pas de sensibilité pelvienne, peu de vomissements, aucune localisation viscérale infectieuse ; l'utérus est légèrement sensible à la pression, il laisse écouler un liquide qui peut n'être ni fétide ni purulent et cependant la malade succombe ; à l'autopsie, on ne trouve de suppuration nulle part.

Nous croyons, avec nombre d'auteurs, que, dans ces cas, et pendant un certain temps, l'infection puerpérale a pour siège le muscle utérin ; c'est de là que partent les accidents toxi-infectieux dont chaque frisson, chaque élévation de température indique une nouvelle pénétration dans le torrent circulatoire. La malade est-elle alors justiciable d'une hystérectomie ? L'ablation de l'appendice jugule les signes de la toxi-infection qui accompagnent l'appendicite, comme la suppression d'une salpingite suppurée met un terme aux accès fébriles qui l'accompagnent. La question que je pose pour la première fois à cette Société a été ébauchée à l'étranger et, depuis la première opération de Schulze (d'Iéna), en 1886, j'ai pu relever dans la littérature trente-cinq faits y compris mes observations personnelles. Je viens donc vous rapporter l'histoire de mes trois malades et vous indiquer quelques points spéciaux du manuel opératoire, en un mot poser la question, sans aucune prétention de la résoudre.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

Voici le résumé de ma première opération.

Observation I (Hôtel-Dieu annexe, service de M. Champetier de Ribes). — *Histoire de la malade et traitements antérieurs.*— II-pare (un accouchement prématuré à sept mois l'an dernier). Le 5 mars 1899, étant enceinte de quatre mois, cette femme présente une menace de fausse couche : un médecin appelé conseille le repos au lit et des injections vaginales matin et soir. Tout va bien jusqu'au 17 mars. Dans la nuit du 17 au 18, la femme est prise de vomissements et d'un violent frisson à la suite duquel la température monte à 39°2. Le lendemain 18, température normale, mais écoulement vaginal fétide : on fait entrer la femme à l'Hôtel-Dieu (annexe) dans le service de M. Champetier de Ribes. A son entrée, la température est remontée à 39°2, les contractions utérines se succèdent avec force et le lendemain, 19 mars, la femme expulse un fœtus de 350 grammes mort, mais non macéré : au moment de l'accouchement une odeur fétide se répand dans la salle. Quatre heures après l'accouchement, le placenta n'ayant pas été expulsé, on pratique la délivrance artificielle (M. Champetier de Ribes) et on la fait suivre d'un curetage qui ramène de nombreux caillots et des débris de caduque, d'odeur infecte : lavage intra-utérin au lysol, attouchement à la teinture d'iode, drainage à la gaze iodoformée. — A la suite de cette intervention, la température tombe et la malade se trouve bien pendant trois jours. Mais le 23 mars, elle se plaint de douleurs dans le ventre : celui-ci est sensible à la pression. On fait une injection intra-utérine (avant l'injection on a vu sortir de l'utérus environ une cuillerée à soupe de liquide louche) qui occasionne de violentes tranchées utérines et à la suite de laquelle les frissons reparaissent et la température remonte à 39°5; le pouls est à 128. On fait deux injections de 20 grammes chacune de sérum de Marmorek. Le lendemain 24 mars, ces symptômes s'accentuent encore. L'examen de la malade, fait par M. Champetier de Ribes, ne dénote du côté des organes génitaux rien d'anormal en dehors des douleurs mentionnées et du volume de l'utérus qui remonte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. On fait une nouvelle injection de 20 grammes de sérum de Marmorek puis une de 150 grammes de sérum ordinaire. Mais, dans la soirée, l'état de la malade s'aggrave tellement que M. Champetier de Ribes juge cette femme perdue et me demande si une opération plus radicale ne pourra pas la sauver. Température le matin 41°5, pouls 124, trois frissons.

Opération. — Je propose et je pratique, à cinq heures du soir, l'hystérectomie vaginale. L'opération est des plus faciles. L'utérus extirpé pesait 260 grammes ; sa surface interne était absolument lisse, sa cavité ne contenait aucun débris quelconque, ses parois aucun abcès; ces dernières n'étaient nullement friables. Annexes rouges, surtout à droite. A aucun moment on n'a ouvert de collection para ou périmétritique. L'examen microscopique des fragments de l'utérus enlevé a montré que la couche musculaire ne présentait rien d'anormal et que la muqueuse n'était plus représentée que par des restes de l'épithélium glandulaire (M. Paquy). Le produit de râclage de la surface interne de l'utérus pratiqué immédiatement après l'ablation, contenait des colonies de staphylocoques et quelques chaînettes de streptocoques (Klippel).

Suites opératoires. — Aussitôt après l'opération, injection de 1500 grammes de sérum artificiel. Nuit assez agitée. Le lendemain matin, 25 mars, la température tombe à 37 degrés, le pouls est à 82; ces chiffres normaux se maintiennent les jours suivants. Le 27 mars on enlève les pinces, le 31 les mèches vaginales. A partir de ce moment la malade se remonte rapidement. Mais le 7 avril, c'est-à-dire quinze jours après le début des accidents de septicémie, apparaissent dans le membre inférieur gauche des symptômes de phlébite qui n'ont duré que quelques jours et évolué rapidement; le 25 avril, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Je possède cette première observation depuis longtemps, et si je ne vous l'ai pas communiquée, c'est que ce seul succès aurait pu engager nos collègues dans une mauvaise voie : il aurait pu faire croire en effet à une efficacité trop facile de cette méthode. Les deux faits suivants mettent les choses au point, puisque ce sont deux insuccès; ils prouvent bien que pour unique, seule praticable et encourageante qu'elle soit dans certains cas, l'hystérectomie ne peut prétendre à une efficacité constante.

Observation II (Hôtel-Dieu annexe, service de M. Champetier de Ribes). — *Histoire de la malade et traitements antérieurs.* — XI-pare, a ses règles pour la dernière fois le 28 avril 1899, mais ne se croit pas enceinte (?). Le 7 juin, elle perd de l'« eau mêlée de sang », les jours suivants, du sang pur mélangé de caillots : ces pertes auraient eu, dès le début, une odeur fétide. Bientôt apparaissent des frissons, des vomissements, et la femme, qui se sent très mal, fait venir le médecin ; celui-ci diagnostique une fausse couche et, en présence de l'état de la malade, envoie cette dernière à l'hôpital. Elle entre le 14 juin, à six heures et demie du soir, à l'Hôtel-Dieu (annexe), dans le service de M. Champetier de Ribes. A ce moment la température n'est que de 37°2, mais le facies de la malade indique une infection sérieuse. Le teint est jaune, la langue sale, le pouls à 98 ; l'utérus est très gros, entr'ouvert, contenant une petite masse dont on ne peut déterminer la nature; il existe un écoulement vaginal et intra-utérine, ce qui n'empêche pas la température de monter le soir à 39°6. Le lendemain, 15 juin, M. Champetier de Ribes pratique le curage digital de la cavité utérine : il ramène des fragments placentaires plus ou moins gros et des débris de membranes. Ecouvillonnage, attouchement à la teinture d'iode, drainage à la gaze iodoformée. Néanmoins, les jours suivants, la température ne tombe pas; elle monte, au contraire, jusqu'à 40 degrés et l'état de la malade continue à s'aggraver : vomissements, agitation, douleurs dans le bas-ventre, albuminurie. Cependant, un nouvel écouvillonnage suivi d'une nouvelle injection intra-utérine n'amènent absolument rien.

Opération. — Dans ces conditions, M. Champetier de Ribes me prie d'intervenir, considérant cette malade comme perdue. Le 17 juin, à quatre heures et demie du soir, je pratique l'hystérectomie vaginale. L'opération se fait sans incident. A noter seulement une hémotase particulièrement difficile pour le ligament large gauche.

Suites opératoires. — La malade, qui, après l'opération, s'était trouvée un moment très mal, se relève un peu le lendemain ; mais, dès ce jour, elle se plaint de douleurs dans le ventre et elle vomit. Le surlendemain, 19 juin, ces symptômes s'accentuent, la malade est prise de délire et arrache ses pinces. Le 20 juin apparaît du météorisme, les vomissements deviennent incessants, le pouls est à 140 (la température a toujours oscillé depuis l'opération entre 38 et 39 degrés). La malade succombe le 22 dans la matinée, le cinquième jour par conséquent après l'opération.

L'autopsie n'a pas été pratiquée : on ne peut donc préciser la source de la péritonite post-opératoire qui a emporté la malade. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Intoxication par l'antipyrine.

M. le docteur Bonnet (de Romans) rappelle, dans le *Dauphiné médical* (juin 1899), les accidents que peut provoquer l'antipyrine. La sudation générale, les vomissements, les exanthèmes ont déjà été signalés. M. Brongniart a pu observer

dans le service de M. Combemale un cas de roséole (sans prurit) due à l'antipyrine. M. Graul, assistant de la clinique de Leube, a observé trois fois sur lui-même l'intoxication par l'antipyrine caractérisée par une stomatite vésiculeuse grave, un érytème aux genoux et aux cuisses et un eczéma scrotal.

Cet auteur signale en outre parmi les accidents causés par l'antipyrine, les faits suivants : 1° un collapsus marqué après une dose de 5 grammes et un après l'absorption d'un gramme ; 2° mort de deux malades atteints d'artério-sclérose et d'angine de poitrine après ingestion d'un gramme ; 3° somnolence et contractions subites dans un cas de coqueluche après administration quotidienne de 1 gr. 20 d'antipyrine (trois fois) pendant trois semaines ; 4° fièvre (40°8), après un frisson de deux heures, chez un enfant ayant pris deux doses d'un gramme (in *Deutch. Med. Woch.*, 1899, n° 3).

M. Bonnet cite deux cas d'intoxication qu'il a eu l'occasion d'observer après l'ingestion d'un gramme d'antipyrine. Dans l'un quinze minutes après l'ingestion, exanthème généralisé avec gonflement de la face, éruption papuleuse, démangeaisons vives et douloureuses, avec abattement profond pendant cinq heures.

Dans l'autre démangeaisons vives et pénibles avec papules rouges, nombreuses, confluentes et généralisées s'étendant jusqu'au palais et jusqu'à la langue, abattement profond. Ces symptômes durent toute la nuit.

Ces accidents, qui cessent ordinairement par la suspension du médicament doivent toujours être présents à la mémoire du praticien qui pourra ainsi éviter bien des erreurs de diagnostic.

FORMULAIRE

Contre les condylomes.

Calomel . . . . 30 grammes.
Acide borique . . . . 15 —
Acide salicylique . . . . 5 —

En poudrer les condylomes deux ou trois fois par jour. (*Ann. Pharm.*, Milan).

CONGRÈS DE LILLE

Lille, 28 juillet.

Aujourd'hui s'ouvre à dix heures du matin la Ve session du Congrès français de médecine. Tout semble en présager le succès. Les congressistes arrivent nombreux depuis hier, et dès maintenant il nous faut louer l'organisation qui préside aux moindres détails.

Rappelons le programme général qui va être suivi :

Vendredi 28 *juillet*. — Dix heures du matin, séance d'ouverture au Palais-Rameau.

Deux heures du soir, discussion de la première question (Des myocardites). Rapporteurs : MM. Huchard, de l'Académie de médecine ; Renaut (de Lyon).

Neuf heures du soir, réception par le comité d'honneur du Congrès au Palais-Rameau.

Samedi 29 *juillet*. — Neuf heures du matin, suite de la discussion de la première question et questions diverses.

Deux heures du soir, discussion de la deuxième question (Adénies et leucémies). Rapporteurs : MM. Denys (de Louvain) ; Sabrazès (de Bordeaux).

Sept heures du soir, banquet par souscription au Palais-Rameau.

Dimanche 30 *juillet*. — Excursion à Saint-Amand-les-Eaux. — Départ à neuf heures du matin ; déjeuner offert par l'établissement. — Retour à Lille à six heures du soir.

Neuf heures du soir, soirée de gala offerte par la municipalité au Conservatoire de musique.

Lundi 31 *juillet*. — Neuf heures du matin, visite aux établissements hospitaliers, aux Facultés, à l'Institut Pasteur.

Deux heures du soir, discussion de la troisième question (De l'accoutumance aux médicaments). Rapporteurs : MM. Simon (de Nancy); Heymans (de Gand).

Mardi 1er *août*. — Neuf heures du matin, suite de la discussion de la troisième question et communications diverses.

Deux heures du soir, communications diverses.

Cinq heures du soir, séance générale de clôture.

Neuf heures du soir, réception par le président du Congrès.

Mercredi 2 *août*. — Excursion aux mines de Lens ; déjeuner offert par l'administration des mines.

Excursion à Dunkerque et au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer ; déjeuner offert par M. Vancauwenberghe, directeur du conseil d'administration ; promenade en mer.

On voit que les organisateurs ont mêlé dans une juste mesure l'agréable à l'utile. Attendons maintenant les congressistes à l'œuvre. Pour faciliter la lecture du compte rendu, nous en réunirons tous les documents dans un prochain numéro.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

458. M. Tixier. Contribution à l'étude de la pression artérielle et de ses modifications dans la maladie de Parkinson et les hémiplégies. — 459. M. Vissec de la Prade. Troubles du cœur et scléroses pulmonaires d'origine tuberculeuse. Étude clinique avec tracés cardiographiques. — 460. M. Raulin. Étude anatomique, psycho-physiologique et pathologique sur le rire. — 461. M. Kermektschieff. Le formol et la désinfection des locaux contaminés. — 462. M. Anceau. De la valeur thérapeutique du vanadium chez les tuberculeux. — 463. M. Gozzi. Contribution à l'étude des tuberculomes cutanés (atténuation de leur virus). — 464. M. Le Bigot. De l'influence du chancre syphilitique du col de l'utérus sur l'accouchement. — 465. M. Neviajski. Étude sur la déchirure centrale du périnée. — 466. M. Chabriac. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite gommeuse des os (gommes circonscrites et syphilomes diffus). — 467. M. Mingopoulo. Essai sur les complications générales de l'infection gonococcique. — 468. M. Pellegrin. Les poissons vénéneux. — 469. M. Loiselet. De la cholécysto-entérostomie dans le cancer du pancréas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nomination. — Nous apprenons avec plaisir, qu'en dépit de certaines intrigues, M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, par un arrêté du 4 juillet 1899, a nommé le docteur Ladreit de La Charrière MÉDECIN HONORAIRE de l'*Institution nationale des sourds-muets*.

Cette mesure n'est que la récompense bien légitime des longs et éminents services rendus par notre très estimé confrère.

Guerre. — Par décision ministérielle du 26 juillet 1899, MM. les médecins-majors dont les noms suivent ont été nommés pour les postes ci-après désignés : Pech et Coste, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Adriet et Merciolle, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Albert, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. Faideau, médecin aide-major de deuxième classe, est désigné pour le 128e d'infanterie.

Marine. — M. le docteur Trabaud, du port de Rochefort, est désigné pour faire partie de l'état-major général de M. le contre-amiral Mallarmé, en qualité de médecin de division.

— Liste d'embarquement du corps de santé de la marine, à la date du 25 juillet :

MM. les médecins en chef Danguy des Déserts, Manson, Geoffroy, Dhoste, Fontorbe, Jacquemin, Barret, Burot.

MM. les médecins principaux Trabaud, Bourrat, Nodier, Ludger, Abelin, Laurent, Gayet, Brémaud, Kermorvant, Ropert.

MM. les médecins de première classe Fallier, Bourguignon, Lallour, Théron, Chové, Richer de Forges, Gandelin, Michel, Aubry (C.), Roux, Pelissier, Aubry (L.), Duville, Badet, Coppin, Gaillard, Branzon-Bourgogne, Piton, Thamin, Keisser, Bonnefoy, Martenot, Audibert, de Bois Saint-Sévrin, Martine, Salaun, Layet, Pons, Lesueur-Florent, Depied, Bonain, Dumas, Martel, Morel, Gombaud, Denis, Mortreuil, Bourdon, Borius.

M. le médecin de deuxième classe Camus.

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 26 juillet, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux personnes ci-après désignées :

Au grade d'officier. — M. le docteur Reynier, médecin vétérinaire à la Mure (Isère).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Regnault : Travaux spéciaux sur les questions agricoles.

La peste en Orient. — On annonce de Bombay que la peste s'étend rapidement à Poona.

Dans la journée d'hier, 110 cas ont été constatés, sur lesquels il y a eu 82 décès.

Les habitants fuient en masse la ville et les faubourgs.

Des cas de peste ont été récemment signalés sur un navire arrivé à Porto (Portugal).

Le typhus en Europe. — A Lœbtau, près de Dresde, 120 cas de typhus viennent d'être officiellement constatés. Il y a eu 12 décès.

Une enquête a fait découvrir que l'aqueduc de Wœlfnitz, qui fournit d'eau une partie de Lœbtau, était contamine. Il a été fermé immédiatement.

Legs. — Le docteur Jules Maringer, récemment décédé, a légué 100 000 francs à l'Institut Pasteur.

Étranger. — L'Académie de médecine de Belgique est autorisée, par le ministre de l'Agriculture et des Travaux publics du royaume, à discuter en séance publique la question concernant l'usage du tabac chez les jeunes gens de moins de seize ans.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Didiergeorges, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Bruyères (Vosges); Thierry, maire de Contrexéville (Vosges), âgé de cinquante-trois ans; L. Berrez (de l'Hermenault, Vendée); Bodeau (de Niort); Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise avec le concours de l'agence des Voyages modernes, cinq excursions en *Bourgogne et dans le Morvan.*

Départ de Paris : les 6 et 20 août, 3 et 17 septembre.

Retour à Paris : les 13 et 27 août, 10 et 24 septembre.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 250 fr.; 2e classe, 235 fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, à Paris.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude......	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1 200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux* : **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs ; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire ; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire ; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie ; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide Arséniate » Phosphate » Sulfate » — de chaux Chlorure de sodium Matières organiques	Sesqui-oxyde de fer	0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard)

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

AIROL

(Iodo-gallate basique de Bismuth).

Antiseptique interne et externe ; le seul remplaçant avantageusement l'*Iodoforme*. Ne jamais hésiter à l'employer dans tous les cas où l'on aurait recours à l'*Iodoforme*.

L'AIROL n'est pas toxique, est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des Plaies.
L'AIROL n'irrite pas les Muqueuses.

THIOCOL "Roche"

(Ortho-sulpho Gaïacolate de Potassium)

Spécifique contre la Tuberculose.

LE **THIOCOL** n'a pas d'action irritante sur le Tube digestif.
LE **THIOCOL** est soluble dans l'eau. n'a pas d'odeur.
LE **THIOCOL** n'est pas toxique. Il s'emploie sans inconvénients, à doses élevées et longtemps répétées.

VENTE EN GROS : *HERRMANN & BARRIÈRE*, 152, Rue St-Antoine, Paris.

Sirop Roche AU THIOCOL

Préparé par CH. WEISS, Phen de 1re Classe, 30, Bould Magenta, Paris.
PHTISIE PULMONAIRE, BRONCHITE, RHUMES, COQUELUCHE, etc.
LE FLACON : 4f50. Dosage rigoureux — *1 cuillerée à soupe, 1 gr. Thiocol — 0,60 Gaïacol crist ; 1 » à café. 0.33 » — 0,20 » »*

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Seul véritable

Prix : le flacon, 1 fr. 25



EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX

Prix : le flacon, 2 fr.

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE

CASCARA ALEXANDRE

0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

19, Rue des Mathurins, PARIS

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.



Nouveau BANDAGE MEYRIGNAC

Bandage avec lequel on peut garantir la contention des **HERNIES**, quel qu'en soit leur volume ou ancienneté. — Par la pression constante exercée sur la Hernie, elle disparaît rapidement. — Il se porte sans gêne, supprime le ressort du dos et le sous-cuisse. Ordonné dans les Hôpitaux pour cas difficiles. 5 Méd., 2 Dipl. d'Honn., Croix et Palme de Mérite. *Catalogue sur demande*.
MEYRIGNAC, FABRICANT, 229, Rue Saint-Honoré, PARIS.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

HÉTOL & HÉTOCRÉSOL

(Cinnamate de sodium et Cinnamyl-méta-crésol). **Médicaments antituberculeux** recommandés par le Dr **Landerer** (Stuttgart). Préparations d'une pureté garantie.

ANOREXIE *LE MEILLEUR STIMULANT DE L'APPÉTIT EST LE*

TANNATE D'OREXINE

absolument insipide. Il agit rapidement chez les **ENFANTS** à la dose de 0 gr. 50 par jour et chez les adultes (en doublant la dose). Très efficace dans les cas de **VOMISEMENTS de la GROSSESSE**, à la dose de 0 gr. 50, deux fois par jour).

IODOL LE MEILLEUR SUCCÉDANÉ DE L'IODOFORME. — **SANS ODEUR, NON TOXIQUE.** — *Recommandé par les sommités médicales.*

MENTHOL-IODOL Finement cristallisé. Combinaison d'Iodol avec 10/0 de Menthol, recommandé par M. le Dr **Schæffer** (Brême). Très efficace pour insufflation dans la pratique rhino-laryngologique. — *Echantillons et notices sur demande, à* M. REINICKE, 39, *rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie*, PARIS.

TABLETTES D'OREXINE, à la Pharmacie Normale, 17, rue Drouot, Paris.

L'APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

EST LE RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

N° 86. — MARDI 1er AOUT 1899. 72e ANNÉE. MARDI 1er AOUT 1899. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE: 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(28 juillet 1899)

M. Mosny lit une **note sur un cas de paludisme d'origine parisienne.** Il s'agit d'une jeune femme de trente-cinq ans, atteinte depuis dix mois d'accès malariques francs, survenant chaque mois pendant chacun des dix jours qui précèdent l'apparition des règles.

L'expression clinique des accès, l'examen positif du sang qui a révélé la présence de corps en croissants et de leucocytes mélanifères, les succès de la médication quinique mettent hors de toute contestation le diagnostic d'accès intermittents malariques.

L'étude étiologique de ce cas d'infection paludéenne, absolument classique, offre seule quelque intérêt.

L'histoire antérieure de la malade met hors de doute l'origine parisienne de l'infection : or, on ne peut invoquer ici l'influence mystérieuse des travaux de terrassement, d'ailleurs nuls dans le quartier qu'habite la malade. Il semble bien plutôt qu'il s'agit là d'un cas de contagion qu'il est possible d'attribuer à la présence, dans la même maison, et pendant les deux mois qui ont précédé les premières manifestations de l'infection malarienne, d'un soldat revenant du Tonkin et atteint, à cette époque, d'accès intermittents paludéens. L'hypothèse de la contagion du paludisme gagne chaque jour du terrain, depuis les travaux de Laveran et les recherches expérimentales de Manson, Ronald Ross, Grassi, Bignami, etc., recherches qui confirment l'hypothèse de Laveran sur le rôle des moustiques et probablement d'autres insectes parasites de l'homme dans la propagation du paludisme. C'est à cette hypothèse que l'auteur n'hésite pas à se rallier, en l'absence certaine de toute autre cause capable d'expliquer l'éclosion du cas qu'il vient de relater.

M. P. Londe lit une **note sur quelques cas d'albuminurie familiale (forme intermittente)**. Sur une série de huit observations d'albuminurie intermittente, portant sur six familles, sept fois au moins l'albuminurie était familiale; deux fois il existait de la néphrite chez les ascendants. Il y a toujours des antécédents familiaux de neuro-arthritisme. Dans les antécédents personnels, on relève le lymphatisme, la névropathie, l'amygdalite et d'autres infections, sans rapport immédiat avec l'albuminurie. Le début est marqué par des troubles digestifs, de l'anémie ou de la céphalée. La maladie se révèle de préférence au moment de la puberté. Ce qui la caractérise, c'est l'insidiosité et l'intermittence initiales, et, d'autre part, ce fait qu'elle apparaît avec un cortège de symptômes divers (nerveux, généraux), disproportionnés avec un trouble apparent de la fonction rénale qui est minime.

Dans un cas, l'élimination intermittente du bleu de méthylène a été constatée. Les signes urologiques rappellent l'albuminurie cyclique de Teissier (de Lyon), et les troubles digestifs de l'albuminurie dyspseptique de M. Albert Robin. Cette affection rappelle aussi l'albuminurie de croissance, l'albuminurie minima familiale de M. Talamon, l'albuminurie d'origine sympathique de M. Marie et le chloro-brightisme de M. Dieulafoy. La notion étiologique, sur laquelle l'auteur insiste, semble donc faire un groupement naturel des variétés morbides précédentes. En dehors de toute explication pathogénique, il s'agit, en somme, d'une maladie d'évolution dont l'auteur a eu seulement en vue la forme bénigne, mais qui comporte une forme plus grave dans laquelle rentreraient certains cas de chloro-brightisme et la néphrite par aphasie artérielle de M. Lancereaux ou la néphrite atrophique lente familiale.

MM. Soupault et Marcel Labbé étudient la **valeur diagnostique et pronostique des adénopathies dans le cancer épithélial.** Pour eux, cette adénopathie n'a de valeur que lorsqu'elle est de nature cancéreuse; or l'examen clinique ne permet pas toujours de préjuger de l'état anatomique des ganglions, et il est de toute nécessité, pour établir l'existence du cancer, de recourir à l'examen histologique. Les adénopathies directes, en rapport immédiat avec l'organe atteint par le cancer, ne sont pas toujours de nature cancéreuse. Dans les autres cas, l'hypertrophie des ganglions tient à une infection secondaire par les microbes banals puisés au niveau d'une tumeur ulcérée, à une infection par la tuberculose.

L'adénopathie sus-claviculaire, qui constitue une complication rare des cancers de l'abdomen, n'a, pour M. Soupault, qu'une valeur clinique modérée, en quoi M. Soupault exagère certainement; car fréquents sont les cas de diagnostic difficile, où l'apparition du ganglion sus-claviculaire suffit à lever tous les doutes.

M. Netter étudie, en quelques mots, la **valeur de la ponction lombaire dans la méningite**. Il doit revenir d'une façon plus approfondie sur ce sujet.

HYGIÈNE DE L'ÉMIGRANT DANS LES COLONIES AFRICAINES (1)

Par le docteur J. Brault,

Professeur de pathologie exotique à l'École de médecine d'Alger.

Vêtements. — Les vêtements dans les pays chauds doivent, durant le jour, nous préserver des ardeurs du soleil, absorber la sueur et favoriser son évaporation ; le soir et la nuit, surtout dans l'Afrique tropicale où, nous l'avons vu, les variations nycthémérales sont très grandes (2), ils doivent au contraire nous préserver contre les brusques refroidissements.

Les tissus en laine ou en coton, ou encore en soie légère dite de Chine, sont les meilleurs, parce qu'ils sont mauvais conducteurs du calorique ; les vêtements de toile sont inférieurs. Dans le jour, on portera un tricot de coton à mailles lâches, une chemise ample et des vêtements en soie légère, en coton ou en toile de couleur blanche ou de teinte cachou. Une large et longue ceinture de flanelle remplace avantageusement le gilet. Le soir, au coucher du soleil, alors qu'il se produit un abaissement très sensible de la température, on changera les vêtements ci-dessus contre des vêtements en drap léger ou en flanelle. La nuit, la chemise ample dite gandoura est très pratique ; il faut y adjoindre, surtout quand on campe, la ceinture de flanelle.

Les meilleures coiffures sont : le casque léger en liège, ou encore le chapeau de paille à larges bords ; on y adjoindra un large couvre-nuque.

Des chaussures épaisses et larges : bottes, brodequins munis de guêtres, sont nécessaires, lorsque l'on doit marcher dans la brousse ou dans le sable ; les indigènes qui marchent pieds nus sont souvent victimes des morsures de serpents (vipère à corne, cobra, etc.) (3), ou bien présentent encore des plaies, des ulcérations ou éruptions diverses (ulcère phagédénique, craw-craw, ver du Cayor, chique, etc.). Si l'on doit traverser des marais, des marécages, il faut avoir encore de bonnes chaussures aussi imperméables que possible, pour éviter également l'infection par divers parasites. A la maison ou au campement, au contraire, les babouches ou les espadrilles procurent un grand délassement.

Dans les courses en rase campagne, il est bon de porter des conserves et de se garantir les yeux à l'aide de verres fumés ou teintés en bleu cobalt (4).

A la maison surtout, la toilette des femmes sera des plus simples : pas de corset, pas de robes ajustées, des peignoirs, des robes de chambre en étoffes légères, en foulard, mousseline, etc.

Les petits enfants doivent être également à l'aise ; les maillots, que l'on commence un peu à proscrire dans nos pays tempérés, doivent être remplacés d'une façon absolue par des langes, des chaussettes en lainage et des robes longues.

Toilette, soins de propreté. — Les soins de propreté corporelle doivent être pris avec plus de minutie encore que dans les pays tempérés.

Surtout chez les enfants et les femmes à peau plus délicate, il faut éviter tout ce qui peut irriter les téguments : pâtes, cosmétiques, poudres, savons de mauvaise qualité.

Les hommes ne porteront pas les cheveux trop ras ; la barbe sera longue et bien soignée.

Le *Lichen tropicus* (gale bédouine), si fréquent en Afrique, est dû aux sueurs profuses ; ces mêmes sudations amènent rapidement de l'intertrigo, chez les sujets gras, à l'aine et à l'aisselle (1).

D'une façon générale, les affections cutanées sont fréquentes, à cause de l'irritation physique et mécanique des téguments, qui agit pour son propre compte ou prépare le terrain aux parasites (érythrasma, pityriasis, trichophyties) ; à cause également des troubles digestifs (urticaire, prurigo).

En raison de tout cela, l'on changera fréquemment le linge de corps, on ne le fera jamais sécher, pour le reprendre ensuite ; une flanelle déjà imbibée n'absorbe plus. A propos du gilet de flanelle, je dois dire que son usage ne me paraît pas très recommandable dans les pays chauds ; il semble, en effet, entretenir les plaques d'eczéma séborrhéique, si fréquentes sur le tronc ; un léger tricot de coton à mailles lâches est préférable, comme nous l'avons déjà fait entendre, lorsque nous nous sommes occupé des vêtements.

Dès qu'il y aura de l'irritation au niveau des plis cutanés, l'on fera usage de solutions astringentes, de poudres siccatives, et l'on aura, au besoin, recours au tannage de la peau des régions atteintes (2). Ce tannage s'obtient à l'aide de l'acide chromique, suivant le mode admis pour l'hyperhydrose plantaire, sauf à prendre une solution d'un titre moindre, à cause de la finesse des téguments des points visés en général. Au lieu de se servir de la formule à 5 p. 100, l'on se badigeonne, après un lavage préalable, avec une solution à 2 ou 2 et demi p. 100.

Les bains de mer ne sont pas à conseiller dans la saison chaude : ils aggravent le Lichen tropicus. Les bains d'eau douce seront fréquents, mais il faut être très circonspect au sujet de l'eau employée, soit pour ces derniers, soit pour les autres ablutions (3).

En effet, s'il est plus probable que la plupart des parasites africains pénètrent chez nous par les voies digestives, il nous faut tenir un peu compte de l'opinion de quelques auteurs sérieux et compétents qui pensent autrement. Pour nous en tenir à un exemple, citons la bilharziose : il n'y a pas que les nègres qui prétendent que l'infection peut se faire par l'extérieur, en particulier au moment du bain ; Harley, Hartulis, etc., semblent incliner vers cette hypothèse (4).

Les pédiluves doivent être pris journellement ; il faut se souvenir que les chiques attaquent surtout les pieds mal entretenus. Je tiens la chose d'un médecin attaché à une

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 776.

(2) Ces variations sont très accentuées jusqu'à 22 degrés au Sénégal, et plus encore sur les plateaux du centre africain ; de plus, lors des tornades, les abaissements subits de 25 à 30 degrés centigrades ne sont pas rares.

(3) Actuellement, après les travaux de Calmette, Phisalix, Bertrand, Fraser, nous sommes beaucoup mieux armés contre les morsures de serpents.

En cas de morsure, la meilleure conduite à tenir est la suivante :

1° Appliquer une ligature au-dessus et aussi près que possible de la morsure ;

2° Laver la plaie avec une solution récente d'hypochlorite de chaux à 1 gramme pour 60 grammes d'eau bouillie ;

3° Injecter dans le tissu cellulaire du flanc du sérum antivenimeux de Calmette, 10 centimètres cubes chez l'enfant, 20 centimètres cubes chez l'adulte ; dans le cas où il s'agit d'un serpent très venimeux, doubler la dose ;

4° Injecter tout autour de la morsure et dans son trajet de la solution d'hypochlorite de chaux, 8 à 10 centimètres cubes répartis en quatre ou cinq endroits.

(4) Je ne dis rien des masques de Zemanek, Nourat, Henrot, qui ne paraissent pas très pratiques.

(1) A la fin de l'éruption, on observe souvent, chez les enfants surtout, des furonculoses graves et des abcédations cutanées multiples. J'ai insisté sur ces faits dans un article sur l'infection lente (J. Brault. *Arch. gén. de méd.*, fév. 1899).

(2) J. Brault. Soc. de dermat. et de syphil., séance du 11 avril 1896.

(3) Pour les très jeunes enfants, surtout pendant les fortes chaleurs, l'élevage dans le son est à recommander.

(4) Dès qu'il y aura le moindre doute, l'eau de toilette sera bouillie.

mission au Tchad; jamais, alors que la colonne en était atteinte, il n'a eu de boutons de craw-craw, et cela grâce aux soins journaliers qu'il prenait de ses membres inférieurs : pédiluves, lotions antiseptiques, etc.

FONCTIONS GÉNÉSIQUES. — Etant donné la fréquence et la gravité des affections vénériennes dans les pays chauds, on ne saurait trop recommander la modération et la discrétion dans les rapports sexuels. La syphilis pullule dans toutes les colonies algériennes, et ce qui frappe de prime abord le regard des étrangers, c'est le nombre considérable d'individus défigurés par le tertiarisme nasal. Le chancre mou et sa complication, le phagédénisme, se montrent également avec une fréquence beaucoup plus grande que dans les pays tempérés; j'ai insisté sur ce détail de vénéréologie à propos de l'Algérie et de Madagascar (1).

OCCUPATIONS, EXERCICE. — Aux colonies, il ne faut pas abuser de ses forces et le travail physique, comme le travail intellectuel, doit être modéré; il est indispensable, par contre, de secouer l'apathie qui tend à s'emparer de tous ceux qui ont déjà un certain temps de séjour dans les contrées chaudes.

C'est le matin, de bonne heure, que l'on doit surtout se livrer à l'exercice : marche à pied, promenades à cheval, transactions commerciales, etc. C'est aussi le meilleur moment pour faire l'étape en colonne.

Le milieu du jour est consacré à la sieste. Cette dernière ne doit pas commencer trop tôt après le repas et être trop prolongée, parce qu'elle amène des transpirations profuses et entrave le travail de la digestion.

Les heures qui suivent seront consacrées à la lecture, au travail de buréau. A moins d'y être contraint, il est préférable de ne pas sortir le soir (malaria).

Dans les pays encore en friche, il est un plaisir dont il faut savoir se priver : c'est la *chasse*, qui vous entraîne presque toujours à des imprudences fâcheuses. Dans ces mêmes contrées, l'assainissement du sol [défrichement, asséchement, plantations, drainage, culture (2)] si important pour la prophylaxie du paludisme, doit être entièrement laissé aux aborigènes; l'Européen doit se borner à exercer un rôle de surveillant et à s'occuper de négoce ou d'industrie.

Ce n'est que plus tard, après plusieurs générations, une fois le sol définitivement assaini, que les colons peuvent enfin se livrer impunément, à leur tour, au travail de la terre; c'est alors l'acclimatement complet, qui n'est plus désormais une utopie; c'est l'acclimatement des colons d'Algérie, des petits blancs à la Réunion, des Boërs dans l'Afrique du Sud.

DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE AIGUE (3)

Par M. TUFFIER,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,

OBSERVATION III (hôpital Lariboisière, service de M. Bonnaire). — *Histoire de la malade et traitements antérieurs.* — Accouche le 11 juin 1899, à terme d'un enfant bien portant : accouchement normal fait chez une sage-femme en ville. Le 13 juin, deux jours par conséquent après l'accouchement, quelques frissons. T. 38°8. Une sage-femme de Lariboisière, appelée auprès de la malade, fait une « revision » de l'utérus et en retire des débris de placenta et de membranes ; injection intra-utérine. On répète les injections intra-utérines les jours suivants, mais sans qu'elles modifient en rien l'état de la malade. Celle-ci entre le 16 juin à l'hôpital Lariboisière où on continue le même traitement, toujours sans succès : les frissons se répètent, la température reste dans le voisinage de 39 degrés, 40 degrés. A partir du 19 juin, on fait quelques piqûres de spartéine ou de caféine ; on essaie même ce jour-là d'un bain frais (25 degrés) qu'on est obligé d'interrompre en présence d'une menace de syncope. Le 21 juin, l'état de la malade est grave. M. Bonnaire examine la femme et retire de l'utérus des caillots fétides ; M. Dubrisay pratique le même jour un écouvillonnage qui ramène des caillots fibrineux et qu'il fait suivre d'un lavage à l'eau stérilisée chaude : attouchements à la glycérine créosotée et drainage à la gaze iodoformée. La température ne tombe pas. Sérum, 600 grammes. Dans la soirée, on retire la mèche de gaze; injection intra-utérine iodée. A huit heures, syncope : éther, caféine.

Opération. — Le 22 juin, la malade, dont l'état est considéré par M. Bonnaire comme absolument désespéré, est passée dans mon service. L'infection date de neuf jours. T. 39°4. Je pratique l'hystérectomie vaginale dans la matinée. L'opération ne présente aucune difficulté particulière : hématose du ligament large gauche est assez pénible. L'utérus enlevé est gros, mou; il s'écrase sous le doigt; au niveau de la plaie placentaire, on note seulement quelques dépôts fibrineux.

Suites opératoires. — Après l'opération 1 500 grammes de sérum. La malade a bien supporté l'intervention : le pouls reste le même, à 130, assez fort. Mais la température ne tombe pas; elle se maintient à 39 degrés. Le lendemain, le pouls s'accélère et faiblit, la température monte encore (39°2) et la malade meurt à huit heures du soir.

Autopsie. — Pas de trace de péritonite. L'examen des différents appareils ne dénote absolument rien d'anormal. Le seul fait remarquable, c'est que le ligament large gauche n'a pas été détaché de l'utérus : il porte, en effet, encore adhérent à son extrémité, une portion notable de muscle utérin; j'ai donc sectionné dans le muscle au lieu de sectionner au ras de l'organe.

Bien des questions se posent au sujet de ces faits : l'opération est-elle justifiée? Quels doivent être la méthode et le procédé opératoires? Quelles sont leurs indications?

La justification de l'intervention réside tout entière dans l'anatomie pathologique, et pour pouvoir démontrer que l'ablation de l'utérus doit mettre un terme à la toxi-infection, il faudrait prouver que cet organe est le siège initial des accidents et qu'il n'existe pas en même temps d'autre source secondaire d'empoisonnement. Cette preuve, je ne puis la fournir directement et je ne crois pas qu'il existe actuellement des documents capables de l'établir, mais à défaut d'une preuve scientifique et péremptoire, la clinique nous donne un appoint sérieux dont il faut bien nous contenter ici comme dans la plupart de nos observations chirurgicales. Démontrer par des faits que l'hystérectomie, dans des cas qu'il faudra préciser, met un terme brusque et parfois immédiat aux accidents, c'est, je crois, prouver que l'utérus, déjà cureté, lavé, désinfecté, restait bien le siège des accidents. Si, comme dans ma première observation, la malade présente 41°4 le matin de l'opération et 37 degrés le lendemain; si cette malade a été suivie, traitée et condamnée par un clinicien hors pair, dont la prudence est unanimement reconnue comme l'est celle de notre collègue M. Champetier de Ribes, la preuve clinique me paraîtra faite et elle entraînera la conviction. En ajoutant ce fait bactériologique que l'utérus contenait le streptocoque, on arrive vraiment bien près de la certitude.

En laissant de côté 2 cas non utilisables, j'arrive sur mes 35 observations à trouver 20 morts et 13 guérisons. Je donne d'avance gain de cause à l'argumentation inévitable qui me jettera à la tête que les faits favorables sont tous publiés.

(1) Plantations d'eucalyptus, de filao, de pins, d'hélianthe, de houblon.
(2) J. BRAULT. *Note sur le phagédénisme chez les Arabes et chez les Kabyles* (*Janus*, Amsterdam, nov.-déc. 1898, p. 268).
(3) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 788.

Cela est entendu, il y a de nombreux insuccès, élevez-en le chiffre aussi haut qu'il vous plaira : il n'en reste pas moins acquis que 15 femmes atteintes d'infection puerpérale et dont l'état était désespéré ont été guéries par l'ablation de l'utérus.

Deux voies permettent d'extraire l'utérus puerpéral infecté : la voie abdominale et la voie vaginale. Sur les 18 laparotomies pratiquées, 9 fois nos collègues ont fait l'ablation totale de l'utérus, et 9 fois ils ont pratiqué l'amputation supra-vaginale. Cette dernière a donné la proportion remarquable de 8 guérisons et 1 mort, alors que la première donnait 5 guérisons et 4 morts. Dans un cas, Prejor fit l'hystérectomie abdomino-vaginale. Je vous donne ces chiffres parce que je les ai relevés et sans me faire illusion sur leur valeur. Des 10 malades opérées par la voie vaginale, 4 ont guéri, 6 sont mortes. La voie abdominale en cas d'utérus trop volumineux ou de fibrome est donc plutôt indiquée. Je discuterai, dans un prochain mémoire, qui paraîtra dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, les causes de mort, mais je puis dès maintenant vous affirmer qu'elles tiennent bien plus à l'état dans lequel ont été opérées ces malades qu'au procédé employé. Plusieurs d'entre elles étaient plutôt justiciables du prêtre que du chirurgien, et nous retrouvons là ce que nous devons constater dans toute opération nouvelle : ce sont les cas absolument désespérés qu'on nous livre tout d'abord. N'avons-nous pas vu les hernies irréductibles et énormes regardées comme seules justiciables de la cure radicale, des fibromes remplissant l'abdomen comme seuls dignes de l'hystérectomie? et n'assistons-nous pas actuellement à la chirurgie des dernières heures des cancéreux de l'estomac? Au fond, il ne faut pas nous plaindre de voir la chirurgie mise ainsi à de rudes épreuves, puisqu'elle en est toujours sortie victorieuse, agrandissant à chaque fois le domaine de son intervention et annexant définitivement le territoire conquis. Pour établir un bilan exact, il nous faudra donc tenir compte du traitement mis en œuvre avant l'opération, de l'âge de la grossesse (avortement, accouchement à terme), de la date, de la nature des accidents infectieux, et de l'état dans lequel se trouvaient les malades au moment de l'opération.

Le manuel opératoire ne diffère guère de celui d'une hystérectomie banale. Deux différences seulement sont à relever, mais il faut bien les connaître. La première a trait à la mollesse des tissus, la seconde à l'hémostase. Je laisse de côté la question de volume de l'utérus, auquel on voudrait faire jouer un rôle. Si l'utérus à terme, vide, présente une surface considérable, le relâchement de la filière vagino-périnéale permet une ampliation largement suffisante à son passage.

La mollesse et la diffluence des tissus créent, pour l'opérateur, des difficultés bien plus grandes. Le corps, le col, les parois vaginales, les ligaments larges, tout est mou et flasque et de la même mollesse, de la même flaccidité. Pour bien placer l'incision circulaire du col, pour isoler convenablement la vessie, pour ouvrir largement et rapidement les culs-de-sac, il est nécessaire, mais délicat, de bien suivre les parois utérines ; un doigt introduit dans le col et mesurant son épaisseur est un excellent moyen de repérer sa route. Les culs-de-sac rapidement ouverts, il ne s'en écoule aucun liquide. Mais le doigt explorant le Douglas ne trouve aucune limite entre le ligament large et l'utérus ; aucun changement de consistance, aucun ressaut n'indiquent le bord utérin ; cependant l'épaisseur différente des parois, mesurée au toucher intra-utérin combiné avec le toucher intra-péritonéal, permet de placer les pinces en bon lieu. Cette flaccidité entraîne également la nécessité de bien repérer la ligne médiane de l'utérus, sous peine d'érailler un des ligaments larges. Elle commande aussi des tractions lentes, continues et larges. La traction violente arracherait le tissu ou le ligament large : il faut, à la fin de cette hystérectomie comme à la fin d'un accouchement, retenir plutôt que tirer. Des pinces à mors étroits déchireraient le tissu ; aussi des pinces à kystes ovariens ou des pinces à cinq dents sont-elles très utiles.

L'hémostase, dans ces tissus, véritable éponge vasculaire infectée, est la seconde pierre d'achoppement. Dans trois cas que j'ai opérés, elle a été facile, et si, dans ma seconde opération, une mauvaise pince ne s'était brusquement ouverte, je n'aurais pas eu à déplorer le moindre accident de ce côté. Mais cette régularité même est peut-être due aux précautions que j'ai prises et que l'expérience d'une hystérectomie tentée dans ces conditions il y a six ans, sur la demande de mon collègue M. Ribemont-Dessaignes, m'a permis d'acquérir. L'écueil à éviter c'est la section des tissus par les pinces, aussi des clamps à bords bien mousses sont-ils nécessaires : les cannelures ne doivent pas arriver jusqu'au bord. Le serrage ne doit pas se faire brusquement et d'un seul coup ; il doit être plus lent, plus progressif, voire même ne pas être poussé à fond. Le pincement en étages me paraît préférable à la prise totale et en une seule fois du ligament large.

Toutefois ces précautions ne compliquent pas le manuel opératoire et ne prolongent guère la durée de l'opération. Ma première hystérectomie n'a pas demandé cinq minutes, la seconde durait le même temps quand, l'utérus enlevé, l'accident de la pince se produisit. Les ligatures doivent être de même très particulièrement soignées dans les cas d'hystérectomie abdominale. En tout cas, ce manuel est à la portée de tous et ne doit peser en rien sur la détermination opératoire et sur le rejet d'une opération qui, bien indiquée et bien appliquée, me paraît digne d'entrer dans notre pratique.

J'aurais voulu, avec les documents que je possède, vous apporter uue question chirurgicale complète, c'est-à-dire possédant le chapitre indications et contre-indications. Il est impossible de l'établir actuellement. Ce que les faits publiés prouvent, c'est que : 1° huit fois les accidents puerpéraux avaient été précédés de rétention placentaire totale ou partielle ; 2° tous les traitements habituels, bien conduits, curages même répétés, injections intra-utérines, injections sous-cutanées de sérum physiologique, sérothérapie anti-streptococcique avaient échoué et les accidents persistaient et s'aggravaient. Si donc vous ne voyez aucun organe qui paraisse être l'origine de la septicémie, il vous reste un moyen, une dernière planche de salut dans l'ablation de l'utérus. Quant au moment où cette ablation doit être faite, moment où les viscères sont encore en état de défense, moment où l'organisme est assez résistant, alors que l'infection paraît encore localisée à l'utérus et que le curetage et le lavage sont impuissants à le combattre, c'est à nos collègues accoucheurs qu'appartiendra le dernier mot sur ce chapitre capital.

L'indication des méthodes est également discutable : la voie abdominale avec ablation de l'utérus à l'américaine, ou amputation supra-vaginale, la voie vaginale ont été employées avec un nombre à peu près égal de succès, un peu inférieur cependant pour cette dernière. Les précautions à prendre contre la friabilité du muscle utérin, et surtout contre celle des vaisseaux, nous conduisent à un manuel opératoire qui ne dépasse en rien les limites d'une opération délicate, mais que tous, une fois prévenus, nous pouvons mener à bonne fin, pour le plus grand bien des rares femmes atteintes d'infection puerpérale.

MÉDECINE PRATIQUE

La médication thyroïdienne dans les fractures.

L'opothérapie thyroïdienne compte à son actif des succès souvent inattendus. M. Lambret cite, dans l'*Écho médical du Nord* (1), des faits curieux et qui, malgré leur incertitude et l'absence de rigueur scientifique, méritent de retenir l'attention du praticien.

Bourneville et Bricou ont bien mis en relief le nanisme, dans l'idiotie myxœdémateuse. On sait, d'autre part, que certains basedowiens présentent des troubles osseux assez analogues à ceux de l'ostéomalacie.

L'expérimentation nous fournit aussi des faits intéressants. Gley en 1894 présente, à la Société de biologie, une chèvre qui, après l'ablation du corps thyroïde faite à six mois a cessé de grandir.

Hofmeister, Trachewski, Eiselberg avaient observé des faits analogues.

Chez l'homme, la thyroïdectomie pratiquée dans l'enfance peut amener un arrêt complet de développement, témoin un cas de Lancereaux rapporté en 1893 dans la *Semaine médicale*. La thèse de Danis rapporte des observations identiques.

Mais c'est à Hanau et à Steinlein (Congrès de Francfort, 1895) et surtout à Gauthier (de Charolles) en 1895, que l'on doit l'idée de donner systématiquement du corps thyroïde dans le but d'accélérer la réparation osseuse dans les fractures à consolidation difficile.

Le 6 décembre 1898, M. Quénu rapportait à la Société de chirurgie une belle observation de pseudarthrose guérie par la médication thyroïdienne en cinq jours. Dans la même séance, M. Reclus relatait un cas où il avait obtenu un résultat « réellement foudroyant » par l'administration de quelques capsules de thyroïdine. En très peu de temps le cal « fondit » et la consolidation eut lieu; dans d'autres cas, il avait eu un résultat négatif. M. Folet a relaté depuis des cas analogues.

C'est alors que l'auteur eut l'idée d'employer la médication thyroïdienne. Voici l'observation qu'il rapporte :

« Le 21 avril dernier, j'étais appelé, comme médecin du chemin de fer, à voir de grand matin un ouvrier qui s'était cassé la jambe en manœuvrant des wagons. Je diagnostiquai une fracture oblique du tibia, fracture siégeant au tiers inférieur, le péroné étant cassé un peu plus haut. Je fis immédiatement transporter le malade à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de mon maître le professeur Folet, où quelques heures plus tard, avant l'apparition de tout gonflement, je lui appliquai un appareil plâtré. Je me proposais de lui mettre un appareil de marche dès le lendemain, mais la besogne étant à ce moment considérable, le malade fut oublié et cet appareil fut mis le sixième jour; il s'en servait d'ailleurs avec une grande agilité, allait, venait dans les salles, montait et descendait les escaliers pour se rendre au jardin. Dès le lendemain de son accident, on donna par jour trois capsules de corps thyroïde, dosées à 20 centigrammes. Je me proposais d'examiner le degré de solidité le quinzième jour, mais cet examen ne fut pratiqué que le dix-septième jour, c'est-à-dire le lundi 8 mai. Nous ne fûmes pas peu étonnés de constater que la jambe était solide. Tout appareil fut supprimé et le malade autorisé à se lever. Je le fis venir le vendredi suivant à la Société de médecine, et montrai en même temps la radiographie de sa fracture, dont les fragments très obliques étaient bien coaptés. Il était à ce moment au vingt-deuxième jour de sa fracture. »

(1) 11 juin 1899.

FORMULAIRE

L'administration de la théobromine.

Théobromine. . . .	1 gramme.
Phosphate de chaux.	4gr50
Blanc d'œuf	N° 1
Eau distillée	Q. S. p. 80 grammes.

A prendre en deux ou quatre fois dans du lait chaud.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La chirurgie de l'estomac (1), par F. Terrier, professeur à la Faculté de médecine, et H. Hartmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

La « Chirurgie de l'estomac », de MM. Terrier et Hartmann, qui vient de paraître chez Steinheil, est un livre d'un grand intérêt pour les chirurgiens et les médecins qui tiennent à rester au courant de cette question toute moderne. On y trouve en effet un nombre très considérable de documents et de renseignements, un résumé de tous les travaux parus en France on à l'étranger, et en plus les résultats de la pratique de ces deux chirurgiens. Les nombreuses figures extrêmement nettes qui remplissent ce volume en rendent la lecture des plus attrayantes et permettent de suivre sans difficulté les divers temps des opérations; enfin les cliniciens trouveront un nombre considérable d'observations détaillées sur ces affections de l'estomac, où l'on doit tenter une intervention chirurgicale, et sur les résultats thérapeutiques qu'on doit espérer : les nombreux examens pratiqués par M. Soupault permettent de se faire une idée des modifications dans le volume, dans la motricité, dans la sécrétion, à la suite de ces opérations.

Parmi les points qui nous ont le plus intéressé, nous signalerons tout d'abord le procédé de gastrostomie de M. Hartmann, dans le cancer de l'œsophage; il consiste à opérer le malade bien avant que le rétrécissement soit infranchissable ; on établit ainsi une fistule bien continente sur un sujet encore vigoureux, ce qui supprime la mortalité de l'opération. Puis on attend, et quand il faut avoir recours à l'alimentation directement par l'estomac, tout est préparé : la gastrostomie n'est plus dans ce cas un traitement désespéré qui ne visait qu'à procurer une mort moins affreuse au malade ; elle devient une opération palliative qui permet de prolonger plusieurs mois le service des malades.

Les chapitres sur la « gastro-entérostomie » sont aussi des plus intéressants; les indications y sont discutées et précisées ; suivant MM. Terrier et Hartmann elle s'impose pour les troubles moteurs de l'estomac, chaque fois qu'il contient des résidus alimentaires le matin à jeun, et pour les troubles sensitifs, lorsque les douleurs revêtent le type de paroxysme tardif (syndrome pylorique de l'estomac), quel que soit le type chimique de la sécrétion, et bien entendu lorsque le traitement médical a échoué. Dans les ulcères rebelles, la gastro-entérostomie est également le procédé curatif par excellence. Ils insistent par contre sur l'inutilité de la gastro-entérostomie dans les dyspepsies nerveuses, où l'état névropathique du sujet domine la situation. L'opération n'amène aucune amélioration, au contraire.

Quant à la « gastrectomie », de plus en plus elle devient l'opération spécifique du cancer de l'estomac, mais encore faut-il opérer de bonne heure : aussi MM. Terrier et Hartmann préconisent-ils la *laparotomie exploratrice*, dans tous les cas douteux, comme le seul moyen qui permette de faire un diagnostic précoce du cancer.

(1) In-8° de 366 pages, 139 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, Steinheil.

Diagnostic des maladies de la moelle [siége des lésions (1)], par le docteur Grasset, professeur de clinique à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut.

La neuropathologie est à l'ordre du jour, aussi le livre de M. Grasset répond-il bien à une actualité.

Étant donné un malade chez lequel on a reconnu une maladie de la moelle, comment peut-on cliniquement déterminer le siège précis de l'altération médullaire? Quel est le système ou quels sont les systèmes de la moelle qui sont exclusivement ou principalement atteints? A quelle hauteur de l'axe spinal siège la lésion?

Voilà les questions qu'étudie M. Grasset.

Si ce chapitre de géographie clinique de la moelle, fondé par les chefs de l'école neurologique française : Duchenne (de Boulogne), Vulpian et Charcot, a pu paraître, au début, un chapitre de science pure; actuellement il s'est tellement précisé, qu'il est devenu accessible et utile à tous. On peut donc dire que le diagnostic physiologique ou diagnostic du siège de la lésion est absolument capital et de première nécessité pour tous les médecins d'aujourd'hui.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

470. M. Sainz y Romillo. Etude sur un cas de sarcome mélanique. — 471. Mlle Blankoff. D'un nouveau procédé de colpopérinéorraphie dans le traitement de la rectocèle. — 472. M. Dutar. Des difficultés du diagnostic des lésions pulmonaires au point de vue du traitement chirurgical. — 473. M. de Tersannes. Contribution à l'étude des luxations du pied. — 474. M. Borrel. Les ictères acholuriques. — 475. M. Leprince (Maurice). Début de la spermatogenèse dans l'espèce humaine. Applications médico-légales. — 476. M. Boutron. Du doigt hippocratique dans les cirrhoses biliaires. — 477. M. Pornain. Assistance et traitement des idiots, crétins, imbéciles, etc. — 478. M. Larroudé. De l'électrolyse appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre et de la blennorrhée. — 479. M. Soneira. Implantation des uretères dans le côlon. Uretéro-entérostomie. — 480. M. Cailloué. Contribution à l'étude de la cure sanglante des varices. (Excision des grands lambeaux cutanés). — 481. M. Gasselin. Contribution à l'étude de la tarsectomie dans le pied-bot paralytique de l'adulte. — 482. M. Grellet. Contribution à l'étude de la tachycardie paroxystique dans les affections valvulaires. — 483. M. Bondesio. Contribution à l'étude des phlébites des membres dans la syphilis secondaire. — 484. M. Pamart. Étude de la séro-réaction de Widal par l'épreuve quotidienne. — 485. M. Legros. Traitement des prurits par l'électricité. (Franklinisation et courants de haute fréquence.) — 486. M. Renault. La tuberculose chez les Bretons. (Étude étiologique.) — 487. M. Charpentier. Injections intra-cérébrales de toxines. — 488. M. J. Martin. Rapports de l'épidémie de Sainte-Semme avec la pseudo-pellagre de Billod et le beriberi. — 489. M. Sabatier. Contribution à l'étude des rapports de la grippe et de la fièvre typhoïde. — 490. M. Moreau (René). De l'opothérapie ovarienne dans la maladie de Basedow chez la femme. — 491. M. Rudis. Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. — 492. M. Duhamel. De l'alcoolisme chez les enfants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Bordeaux.* — Voici les récompenses décernées pour l'année scolaire 1898-99 :

Prix de la Faculté. — Première année : Prix (médaille d'argent et 100 francs de livres), M. Ribéreau; première mention honorable, M. Philip; deuxième mention honorable, M. Bossuet. — Deuxième année : Prix (médaille d'argent et 100 francs de livres), M. Duvergey; première mention très honorable, M. Comméléran; deuxième mention très honorable, M. Le Couteur; mention honorable, M. Brunet. — Troisième année : Prix (médaille d'argent et 185 francs de livres), M. Pery; mention honorable, M. Monié. — Quatrième année : Prix (médaille d'argent et 185 francs de lvres), M. Noc; mention honorable, MM. Fichet et Bellile.

Prix du Conseil général de la Gironde. — Prix (300 francs, médaille de vermeil et numéraire), M. Quintrie-Lamothe; mention très honorable, MM. Martin et Noc (déjà nommé).

Prix de la Ville de Bordeaux. — Prix (300 francs, médaille de vermeil et livres), M. Marty; mention très honorable, M. Fraikin.

Prix des élèves sages-femmes. — Première année : Prix (médaille de bronze), Mme Ducos; mention honorable, Mme Vallée. — Deuxième année : Prix (médaillé d'argent), Mlle Argouet.

Société gynécologique de Paris. — Lors de sa dissolution, la Société obstétricale et gynécologique de Paris avait exprimé le désir de voir se reconstituer, avec une partie de ses membres s'occupant plus spécialement de gynécologie, une Société gynécologique à laquelle elle laissait ses archives et ses collections.

C'est chose faite aujourd'hui. La « Société gynécologique de Paris » vient de se constituer, sous la présidence de M. le docteur Peyrot. M. le docteur Olivier a accepté les fonctions provisoires de secrétaire général.

Ce n'est qu'après les vacances que seront définitivement votés les statuts de la nouvelle Société.

Prière d'adresser tous les communications à M. le docteur Olivier, 6, rue de Maubeuge.

L'Association américaine d'électro-thérapeutique tiendra sa neuvième réunion annuelle à Washington, les 19, 20, 21 septembre 1899. L'hôtel Willards a été choisi pour l'établissement des bureaux. Des prix spéciaux ont été faits pour les personnes intéressées.

Le programme offert par le comité d'organisation sera très varié. Il comprendra une réception par le président des États-Unis, une excursion à Mont-Vernon, Alington et Alexandria, et la visite de tous les édifices publics.

Le Comité réunit les noms suivants :

MM. les docteurs F. B. Bishop, président; D. Percy Hickling, Chairman, Jos. Taber Johnson, G. Lloyd Magruder, Z. T. Sowers, Robert Reyburn, G. Betton Massey, Chas. R. Luce, Elmer Sothoron, Llewellyn Eliot, Clifton Mayfield.

Hygiène. — Dans une séance récente le Comité consultatif d'hygiène publique de France a discuté un rapport de M. A.-J. Martin, sur la désinfection par l'aldéhyde formique gazeux; de ses conclusions qui ont été adoptées par le Comité consultatif, il résulte que : « L'aldéhyde formique gazeux constitue surtout un désinfectant de surface, quels que soient les procédés jusqu'ici proposés pour son mode d'emploi... En aucun cas, l'emploi de l'aldéhyde formique ne peut dispenser d'envoyer à l'étuve les linges, vêtements, matelas, tapis et tous autres objets qui doivent être désinfectés par le passage à l'étuve à vapeur d'eau sous pression. »

Faculté de Paris. — *Clinique Tarnier.* — Des cours pratiques d'accouchements, avec manœuvres opératoires, seront faits, pendant les mois d'août, septembre et octobre, à la clinique Tarnier.

Chaque cours sera complet en un mois et aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, sous la direction de MM. les docteurs Chavane, Chéron, Dubrisay, Perret et Schwaab.

Le cours du mois d'août sera fait par MM. Dubrisay et Schwaab et commencera le mardi 1er août, à quatre heures et demie. Le prix de chaque cours est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance du versement des droits. (Les étudiants devront présenter en outre la carte d'immatriculation.)

(1) In-16 carré. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B.Baillière et fils.

Les bulletins de versement relatifs au cours (et à la carte d'immatriculation, s'il y a lieu) seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Clinique chirurgicale de la Charité. — Pendant la période des vacances, M. J.-L. Faure, agrégé, fera le cours de clinique chirurgicale les vendredis et lundis à neuf heures et demie.

Clinique d'accouchements Baudelocque. — M. le docteur Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. le docteur Funck-Brentano, chef de clinique, commenceront le mardi 1er août, à cinq heures, un cours pratique d'accouchements, avec manœuvres opératoires.

Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours, à cinq heures, à la clinique Baudelocque. Le prix du cours est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance de versement des droits.

Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Clinique chirurgiaale de Necker. — Pendant la période des vacances, M. Mauclaire, agrégé, commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 1er août à neuf heures et demie, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, à l'occasion des courses de Vichy, des trains spéciaux à marche rapide composés de 1re classe à couloir avec wagon restaurant.

Ces trains auront lieu, à l'aller, le 3 et le 6 août. Départ de Paris à 7 h. 30 matin; arrivée à Vichy à 1 h. 20 soir.

Au retour, le 6 et le 10 août. Départ de Vichy à 7 h. soir; arrivée à Paris à minuit 48.

Des billets d'aller et retour spéciaux, valables du 3 au 12 août inclus, seront délivrés au prix des billets d'aller et retour ordinaires Paris-Vichy, 1re classe, par la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot et, dès maintenant, par tous les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris.

Ces billets pourront être utilisés au retour dans tous les trains du service régulier.

Le nombre des places, dans les trains spéciaux, étant limité, on pourra retenir ses places d'avance à la gare de Paris P.-L.-M. (téléphone n° 909-69), pour l'aller, et à la gare de Vichy, pour le retour.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 87. — JEUDI 3 AOUT 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 3 AOUT 1899. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Ve SESSION, LILLE 1899)

Le président M. Grasset prononce un discours sur l' « Évolution médicale en France au XIXe siècle ». La place nous manque pour donner *in extenso* ce remarquable morceau d'éloquence. Donnons-en seulement la péroraison :

Arrivé au terme de cette revue historique, dont l'intérêt peut seul faire pardonner la longueur, je crois pouvoir dire que la science médicale en France n'a pas fait banqueroute au XIXe siècle.

Du reste, Messieurs, la Science ne peut paraître faillir à ses engagements que quand on a la sotte prétention de la faire sortir de son rôle et quand on oublie notamment que « physique » et « métaphysique » diffèrent par un petit préfixe qui dissimule un fossé.

Si la magnifique accumulation de faits nouveaux que nous avons signalée met notre siècle au-dessus des précédents et fait sa grandeur, on peut dire que sa vraie caractéristique et son unité viennent de cette belle évolution, documentée et rationnelle, que nous avons caractérisée dès le début, en disant qu'elle a conduit du vitalisme philosophique et synthétique de Barthez et de Bichat au vitalisme expérimental et analytique de Laënnec, Claude Bernard et Pasteur.

Et que, dans cette permanence du vieux verbe qui continue à exprimer la doctrine au milieu de la diversité des écritures les plus modernes, que les ironistes ne voient pas la preuve d'un piétinement décourageant qui nous ferait tourner, comme des écureuils, entre les barreaux des mêmes formules.

Il faut plutôt y voir la solidité et la pérennité encourageante des dogmes acquis, qui prouve qu'une découverte, une fois établie, est complétée, mais non détruite et remplacée, par les découvertes ultérieures et que les cadres de la vieille médecine traditionnelle, loin de craquer par la poussée des faits nouveaux, quelque forte qu'elle puisse être, apparaissent comme rajeunis et consolidés par toutes ces nouvelles conquêtes.

Cela dit, et c'est mon dernier mot, ne trouvez-vous pas grande l'œuvre médicale de la France au XIXe siècle ? n'est-ce pas un spectacle patriotiquement réconfortant de le constater et ne pouvons-nous pas dire qu'en somme la Médecine française a bien mérité de la Patrie à notre époque ?

Si de simples médecins osaient se permettre les mêmes familiarités qu'un académicien, ils pourraient dire avec Legouvé : « Allons, mon cher dix-neuvième siècle, tu peux mourir, tu as bien accompli ta tâche ! »

PREMIÈRE QUESTION

LES MYOCARDITES AIGUES, par M. J. RENAULT, professeur à la Faculté de Lyon.

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Comme il était facile de le prévoir par l'étude des aptitudes réactionnelles des deux tissus entrant dans la constitution du myocarde (cellule musculaire et élément connectivo-vasculaire), les réactions du myocarde à l'encontre des agents infectieux qui le viennent toucher, sont essentiellement monotones. Toujours on voit, à l'atteinte musculaire primitive qui lèse la cellule cardiaque en sa substance contractile, succéder des flexions morphologiques réactionnelles de cette cellule identiques au fond, variables seulement quant à leur intensité ou leur étendue. Toujours on voit secondairement s'opérer une mobilisation leucocytaire dans les espaces du tissu conjonctif, aux fins de la liquidation indispensable des lésions de la substance contractile. Là seulement où, comme dans la myocardite diphtérique grave, réitérée, il s'est produit de grands foyers de désintégration où de nombreuses fibres musculaires doivent disparaître dans la liquidation des lésions, on voit se produire des îlots de sclérose cicatricielle qui comblent les vides. Il ne faut donc pas dire que c'est la prolifération du tissu conjonctif qui étouffe les cellules musculaires cardiaques, qui les atrophie ou les met soit en dégénérescence, soit en état de dissociation segmentaire ou de fragmentation. Il faut dire au contraire que là où se produisent largement la dégénérescence, l'atrophie hyperplasmique ou vacuolaire et la segmentation, bientôt suivies de la disparition des cellules cardiaques, la sclérose vient à lente échéance prendre la place des éléments musculaires disparus.

Tout ceci s'effectue, dans les diverses infections génératrices des myocardites aiguës, avec certaines différences de détail qui marquent chaque myocardite d'un sceau particulier. C'est ainsi que la myocardite diphtérique, très semblable à elle-même, qu'il s'agisse de l'enfant ou du jeune sujet humain spontanément infecté ou d'un animal expérimentalement intoxiqué, diffère sensiblement par la distribution, la portée et l'évolution ultérieure de ses lésions, de la myocardite dothiénentérique. Dans les deux cas, il s'agit de myocardite parenchymateuse type. Mais dans la myocardite de la fièvre typhoïde, les lésions des fibres musculaires cardiaques sont initialement moins sévères et conduisent

moins fatalement, moins largement la cellule cardiaque à la terminaison de sa lutte pour la vie cellulaire par la dégénération et la mort. S'il y a des cellules cardiaques blessées à mort, elles ne le sont jamais par larges groupes : il n'y a pas de grands foyers de dégénération comme dans la myocardite diphtérique. En second lieu, on remarque une intensité plus grande, une plus large distribution de la dissociation segmentaire, et une surcharge pigmentaire considérable qui manquent dans les cœurs d'enfants ou d'animaux diphtériques. Enfin la myocardite dothiénentérique suscite secondairement l'œdème aigu congestif de myocarde. Dans la myocardite pneumonique, cet œdème manque, et l'on ne relève qu'une hyperleucocytose diffuse, modérée : les lésions de la fibre aboutissant en revanche très vite au gigantisme nucléaire, à l'hyperplasmie et à la dissociation segmentaire.

II. Etiologie et pathogénie. — Les agents pathogènes des myocardites aiguës ne sont, dans un grand nombre de cas, que ceux mêmes de la maladie infectieuse primitive dont la cardiopathie constitue une complication. Dans d'autres circonstances on a affaire à des microbes d'infection secondaire. Et dans l'un et l'autre cas c'est le micro-organisme lui-même ou sa toxine propre qui est l'agent d'agression du myocarde.

C'est la présence du microbe lui-même, des toxines sécrétées par lui, ou de substances toxiques d'origine quelconque (myocardite de surmenage, de Peter) qui détermine le processus réactionnel de la myocardite aiguë. On ne pense plus aujourd'hui que l'hyperthermie soit la cause principale ni même une cause importante des lésions viscérales au cours des maladies fébriles ; nous pourrions donner ici, en faveur de cette assertion, des arguments décisifs, si ces arguments n'étaient pas connus de tous.

De plus on a constaté effectivement dans le myocarde de l'homme la présence du bacille d'Eberth, du pneumocoque, du bacille tuberculeux. Il est permis de supposer que ces divers agents pathogènes, ainsi que les autres moins connus, ne se comportent pas autrement que ne le font ceux qui sont introduits expérimentalement dans le tissu cellulaire ou l'appareil circulatoire des animaux.

Mais ne faut-il pas tenir compte aussi de l'influence du système nerveux dans la pathogénie des lésions ? Il n'y a guère de doute à ce sujet, mais nous manquons malheureusement de pièces justificatives qui nous permettent de l'affirmer catégoriquement. En tout cas les expériences récentes de Mollard et Regaud démontrent que le nerf pneumogastrique ne peut pas être considéré, ainsi que beaucoup l'ont cru, comme le nerf trophique du cœur, et que cette action trophique réside avec beaucoup plus de vraisemblance dans le plexus cardiaque lui-même. Or les lésions de ce plexus, au cours des myocardites aiguës, sont encore à peu près totalement inconnues. Il y a là une grosse lacune que les travaux ultérieurs devront combler.

III. Symptomatologie. — 1° *Forme commune*. — Dans les cas moyens, il existe souvent, au début, une courte période d'excitation ou d'éréthisme cardiaque. Le choc précordial est violent, le mouvement du cœur est rapide, le pouls fort, tendu et régulier.

L'auscultation du cœur ne révèle rien autre chose que l'augmentation d'énergie et de vitesse des contractions cardiaques, se traduisant souvent par un rythme de galop particulier. Les troubles fonctionnels sont peu marqués ou même font entièrement défaut. Il est rare que les malades accusent soit des palpitations, soit des sensations vagues de constriction thoracique, soit une douleur localisée à la région précordiale, réveillée par la pression, ou irradiant à la façon de celle de l'*angor pectoris*. A cela se bornent les symptômes de cette phase d'excitation qui, il faut le reconnaître, manque dans un grand nombre de cas, ou se confond avec le tumulte cardiaque de la fièvre, et passe inaperçue.

Que cette première période ait existé ou non, on peut, par exemple chez un typhique observé avec soin, voir assez fréquemment se dérouler le tableau suivant.

Sans que le malade attire le moins du monde l'attention du côté de son appareil circulatoire, on voit, au cours du second septénaire, le pouls s'accélérer progressivement. Il atteint 120 pulsations ou davantage à la minute. Il devient plus petit, plus dépressible et conserve en apparence sa régularité ; mais si on l'examine avec une attention soutenue, ou si l'on prend un tracé sphygmographique, on constate déjà quelques inégalités. Les pulsations ne sont plus ni équidistantes, ni équipotentielles ; ou bien, à de rares intervalles, il se montre un véritable faux pas du cœur. Toutes ces modifications sont très légères et échappent facilement à un examen qui n'est pas fait systématiquement.

En même temps, du côté du cœur, on constate une diminution de l'impulsion systolique. La pointe bat toujours au lieu d'élection et la percussion ne dénote encore aucun changement de volume appréciable ; mais déjà les bruits du cœur sont assourdis. On ne trouve plus ce claquement intense, accompagné parfois d'une résonnance comme métallique, qui va souvent avec la tachycardie fébrile ; mais le premier bruit est devenu sourd, ou a été remplacé par un souffle. Ce souffle n'est pas constant, et il n'a point non plus des caractères exactement semblables dans tous les cas. La plupart du temps, il s'agit d'un souffle systolique doux, sans piaulement surajouté, dont le maximum est à la pointe ou plutôt à la région moyenne du cœur. Ce souffle présente un certain degré de variabilité. Mais nous ne croyons pas qu'il s'agisse habituellement d'un souffle extracardiaque, dont on ne retrouve pas les autres caractères. Ce souffle ne se propage pas du côté de l'aisselle ; sauf dans des cas exceptionnels, où il peut être pris à tort pour un souffle symptomatique d'une endocardite, s'il présente en même temps un certain degré de rudesse. Le deuxième bruit conserve ses caractères normaux, ou perd lui aussi de sa netteté, se dédouble. Mais rarement, au moins à cette période de la maladie, il diminue notablement d'intensité. Les deux bruits deviennent ainsi moins distincts l'un de l'autre, il y a déjà une ébauche de rythme fœtal. Pendant ce temps la maladie suit son cours régulier ; l'atteinte du cœur ne se traduit par aucun accident sur la courbe thermométrique.

Les troubles fonctionnels font défaut presque toujours.

Mais ordinairement les choses suivent un autre cours. Le choc précordial devient de plus en plus diffus, il est remplacé par une ondulation vague, visible surtout chez les sujets amaigris (Hayem), ou s'efface entièrement. La tachycardie arythmique augmente. Le pouls atteint les chiffres de 130, 140, 150. Parfois, comme sur les tracés d'Hayem, on peut voir des intermittences régulières, rythmées, c'est-à-dire se reproduisant uniformément à la suite d'un nombre déterminé de pulsations régulières. Plus fréquemment l'arythmie n'obéit à aucune loi, elle peut varier d'un instant à l'autre, et affecter toute espèce de formes. Le pouls est devenu très petit, filiforme, de tension très faible. A mesure que l'asthénie cardiaque s'accuse, la matité cardiaque augmente d'étendue, ce qui indique un certain degré de dilatation ventriculaire ; le souffle systolique diminue d'intensité ou disparaît, le rythme devient nettement embryocardique. Les bruits du cœur sont de plus en plus sourds ; le premier bruit peut s'affaiblir au point d'être difficilement perceptible ; parfois même, comme l'avait indiqué Stokes dans le typhus, il disparaît totalement. Plus rarement le second bruit devient, lui aussi, extrêmement faible et s'efface à son tour, ce qui est du pronostic le plus

grave. Mais nous n'avons pour notre part jamais constaté cette disparition simultanée des deux bruits du cœur.

L'état général traduit une aggravation en bloc de la maladie ; l'aspect typhoïde est plus accusé ; il y a fréquemment du délire ; l'albuminurie augmente notablement d'intensité ; on entend des râles d'œdème, de congestion hypostatique aux bases pulmonaires, mais les typhiques en particulier n'éprouvent pas de dyspnée. Il n'y a pas non plus de stase veineuse notable à la périphérie. On n'observe pas d'œdème des membres inférieurs.

Lorsque l'asthénie cardiaque est arrivée à ce degré, deux éventualités sont encore possibles : la guérison et la mort. Ajoutons, du reste, que la guérison a été observée même dans des cas où des malades avaient eu une série de syncopes successives et même du collapsus avec algidité. En pareille occurrence, on observe dans les symptômes cardiaques une marche inverse de celle que nous venons de décrire : la tachycardie, l'arythmie, l'hypotension artérielle diminuent peu à peu, les battements du cœur reprennent progressivement leurs caractères normaux. Mais la faiblesse cardiaque se traduit encore pendant longtemps par une accélération immédiate, et souvent en même temps de l'irrégularité du pouls à l'occasion des mouvements.

Dans le cas où la maladie doit aboutir à une terminaison fatale, aux symptômes précédemment énumérés, et qui pour la plupart sont pour ainsi dire latents (c'est-à-dire qu'il faut chercher de propos délibéré pour les constater), ne tardent pas à s'ajouter des incidents plus ou moins dramatiques, un abaissement brusque de la température, un état de collapsus.

A côté de cette forme principale il existe d'autres variétés cliniques.

2° *Forme latente.* — Nous avons déjà fait remarquer que, dans la fièvre typhoïde, les signes qui permettent de reconnaître la myocardite doivent être en général cherchés. Il est des cas assez nombreux où les symptômes sont encore plus atténués. Il ne s'agit, par exemple, soit que d'une tachycardie insolite dont il faut toujours se méfier dans la dothiénentérie, où, comme on le sait, le pouls est relativement lent ; soit d'un assourdissement passager du premier bruit du cœur ; soit encore de quelques légères altérations du rythme : inégalité des pulsations, ou arythmie vraie de courte durée. Le plus souvent, en pareil cas, la guérison survient.

Il en est de même dans la diphtérie.

3° *Myocardite interstitielle aiguë diphtérique.* — Elle survient toujours au moment de la convalescence. Souvent à l'occasion des premiers mouvements, lorsque le malade est autorisé à se lever, une syncope donne l'alarme et dévoile l'affection restée jusque-là silencieuse.

Le malade devient d'une pâleur spéciale : pâleur cadavérique et d'un jaune blafard, et il éprouve une faiblesse extrême, si marquée qu'il reste dans l'immobilité la plus complète, dans le décubitus dorsal. Parfois, mais non toujours, il y a aussi au début quelques troubles digestifs : vomissements, coliques sourdes, diarrhée plus ou moins abondante. On constate du côté du cœur tous les signes que nous avons déjà amplement décrits et sur lesquels il est inutile de revenir. L'arythmie et la tachycardie dominent. Arrivée à cette période, l'affection peut rétrocéder et guérir, mais si elle s'aggrave, on observe une véritable asystolie aiguë : le cœur se dilate ; les urines, dans lesquelles l'albumine avait reparu au début de la complication cardiaque, deviennent de plus en plus rares et albumineuses. L'œdème apparaît aux malléoles et à la région prétibiale ; parfois même il survient une anasarque généralisée avec ascite et hydrothorax. La dyspnée n'existe en général qu'à une période avancée de la maladie, quelques heures avant la mort. Celle-ci arrive par affaiblissement progressif, par syncope à l'occasion d'un effort insignifiant, ou par complication intercurrente, telle qu'une pneumonie aiguë.

4° *Myocardite suppurée.* — La symptomatologie de la myocardite suppurée se rapproche de celle des endocardites infectieuses par les phénomènes généraux et les accidents à distance. Elle en diffère par la violence des troubles fonctionnels, les signes physiques, l'évolution.

L'origine cardiaque des accidents est immédiatement indiquée par des douleurs précordiales d'une intensité telle qu'elles arrachent des cris : douleurs avec irradiations dans le dos et l'abdomen, et accompagnées d'une extrême angoisse, parfois de tendance syncopale. Le pouls est fréquent, irrégulier, filiforme ; au cœur, les bruits sont affaiblis, le choc précordial n'est plus sensible, ou bien il est remplacé par de larges ondulations en rapport avec la dilatation par asthénie cardiaque. Parfois il y a contraste entre l'énergie tumultueuse des battements du cœur et la faiblesse du pouls (Féréol). Enfin la nature septique et pyohémique de l'affection est démontrée par des phlébites multiples, quelquefois les phlegmons, les ostéites et les arthrites des membres ; puis par les signes habituels des infarctus viscéraux : toux avec crachats hémoptoïques, douleurs hépatique et splénique, albuminurie et hématurie, troubles cérébraux divers par embolie (aphasie, paralysies).

La marche est rapide et la mort survient au bout de trois ou quatre jours, quelquefois de dix à quinze, soit subitement par syncope, soit plus lentement avec les phénomènes associés de l'intoxication et de l'asphyxie.

5° *Myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfance.* — Brusquement, au cours ou au déclin d'une maladie infectieuse, apparaissent les signes d'affaiblissement du myocarde. Ces signes consistent purement et simplement dans la faiblesse du choc précordial et l'affaiblissement des deux bruits du cœur, la diminution ou même la disparition complète des bruits de souffle antérieurs ; l'embryocardie. Ce dernier signe fait même le plus souvent défaut. Il n'y a ni bruit de galop, ni arythmie. Le pouls souvent accéléré, 120 à 140, est toujours et dans tous les cas resté d'une régularité parfaite jusqu'à la mort. C'est le caractère distinctif essentiel de la myocardite parenchymateuse infantile.

Quelques malades ont une dyspnée assez intense : ils restent assis, le visage pâle et anxieux, mettant en jeu toutes les forces inspiratoires accessoires et respirant 50 à 60 fois par minute. A cette dyspnée s'ajoutent quelquefois des palpitations angoissantes. Il y a de la congestion et de l'œdème des poumons, de l'augmentation de volume de foie qui est douloureux à la pression. L'œdème périphérique est rare ; il est très peu intense et limité aux membres inférieurs lorsqu'il existe. Jamais il n'y a eu d'œdème des membres supérieurs, d'ascite ni d'hydrothorax.

La marche de la maladie est variable. Suivant la résistance plus ou moins marquée du myocarde, elle peut évoluer dans un espace de temps qui varie de quelques jours à trois mois. La mort survient par collapsus cardiaque, et les enfants gardent leur connaissance jusqu'à la fin. A côté de la forme mortelle il existe probablement une forme légère curable.

IV. Diagnostic. — En 1883, le professeur Jaccoud s'exprimait ainsi au sujet de la myocardite : « On peut parfois la présumer, mais l'affirmer, jamais, et l'intérêt de cette affection réside avant tout dans ses causes et dans ses lésions. »

Une telle proposition ne pourrait être émise à l'heure actuelle. La myocardite est facile à reconnaître au lit du malade pour quiconque veut en chercher les signes. On peut l'affirmer souvent, et les cas équivoques qui prêtent à la discussion ne sont pas plus fréquents ici que dans n'importe quelle affection aiguë.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic peut rester

en suspens entre la myocardite aiguë et l'endocardite aiguë. Mais l'examen attentif du malade et l'analyse des signes physiques permettra le plus souvent de décider en faveur de l'une ou de l'autre. Dans la myocardite aiguë, l'affaiblissement rapide du cœur, l'état lipothymique, le collapsus, les modifications des bruits du cœur, l'atténuation et l'effacement du choc précordial, le souffle médiocardiaque variable, l'arythmie forment un complexus clinique bien spécial. Tout différent est le tableau de l'endocardite aiguë.

V. Pronostic. — Quelle que soit la maladie générale qui ait provoqué la détermination cardiaque, c'est lorsque la tachycardie est excessive et atteint les chiffres de 140 à 160, ce qui n'est pas rare, c'est lorsque les deux bruits du cœur sont simultanément assourdis et deviennent difficilement perceptibles, lorsque encore l'arythmie donne lieu au pouls multiforme, et que les malades présentent des tendances à la syncope, que la terminaison mortelle est le plus à redouter : elle est alors imminente.

Le pronostic serait donc des plus sombres, si l'on ne tenait pas compte des formes atténuées et latentes, qui, elles, aboutissent la plupart du temps à la guérison. Encore faut-il faire ici une réserve, sur laquelle nous ne craignons pas d'insister tant est grande son importance. Cette réserve se rapporte à l'éventualité toujours possible d'une mort subite, quelque légers, quelques fugaces, quelque insignifiants en apparence qu'aient été les signes qui, à un moment donné, ont traduit l'atteinte du myocarde.

VI. Traitement. — Les myocardites aiguës sont curables. Leurs formes légères comme leurs formes les plus graves, celles qui se traduisent par des syncopes successives ou du collapsus algide, sont justiciables d'une action thérapeutique bien conduite. Pour atteindre ce but, le médecin doit mettre en œuvre toute sa vigilance; il faut, au cours des maladies infectieuses, qu'il prévoie la complication myocardique, qu'il sache en dépister les premiers signes et qu'il agisse dès le début avec décision.

Calmer l'éréthisme cardiaque s'il y a lieu ; — soutenir l'énergie défaillante du cœur ; — relever la pression artérielle ; — veiller au fonctionnement des émonctoires et favoriser l'élimination des toxines, telles sont les indications fondamentales qu'il doit s'efforcer de remplir pendant toute la durée de la maladie.

Pour calmer l'éréthisme cardiaque qui se traduit avant tout par la tachycardie, et parfois par de la douleur, on aura recours aux agents physiques, à la réfrigération locale : compresses froides, jet de chlorure d'éthyle, application d'un sachet de glace sur la région précordiale. La douleur sera combattue par la révulsion : sangsues, ventouses scarifiées, pointes de feu légères, et dans les cas extrêmes par l'opium : potions opiacées, voire même injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine associé au sulfate d'atropine.

Lorsque la période d'excitation aura manqué ou sera passée, ce sont les signes de l'asthénie cardiaque qui domineront la scène. Il faut dès lors s'adresser aux médicaments susceptibles de renforcer l'action du cœur : excitants diffusibles et médicaments cardiaques proprement dits. L'énergie de la médication sera proportionnée au degré d'affaiblissement de l'organe central de la circulation. Les excitants diffusibles : alcooliques à petites doses, éther, acétate d'ammoniaque, etc., seront employés tout d'abord, en y joignant la caféine. Celle-ci sera administrée en premier lieu par les voies digestives, mais pour peu qu'une action rapide et intense paraisse nécessaire, en injections sous-cutanées. Dans les cas où la caféine, médicament par excellence des myocardites aiguës, n'aura pas répondu à ce que l'on attendait d'elle, par suite de la gravité du cas, on aura recours en outre aux injections sous-cutanées d'éther camphré ou d'huile camphrée, de sulfate de spartéine, et même de sulfate de strychnine. Il ne faut abandonner la partie que lorsqu'elle est définitivement perdue, puisque parfois de véritables résurrections viennent récompenser le médecin de sa ténacité.

En tonifiant le cœur, on remplit déjà l'indication qui résulte de l'abaissement de la tension artérielle. La réfrigération locale ou générale, à l'aide de lotions ou de bains froids, concourt au même but. On peut encore agir directement sur la fibre lisse des vaisseaux en se servant de l'ergotine ou de l'ergotinine sous forme d'injections sous-cutanées.

Enfin, une dernière et capitale indication est celle de favoriser l'élimination des toxines en maintenant ou en excitant le fonctionnement des émonctoires. Il faut assurer la liberté et l'asepsie de l'intestin au moyen de lavements, de laxatifs ou de purgatifs légers, mais surtout veiller sur la sécrétion rénale. Le régime lacté exclusif, les boissons abondantes, les lavements d'eau froide, les diurétiques doivent être mis en œuvre dès que le taux des urines baisse, dès qu'elles deviennent albumineuses, et si le mal s'aggrave, si l'anurie devient menaçante, il ne faut pas hésiter à pratiquer le lavage du sang au moyen d'injections sous-cutanées de la solution physiologique d'eau salée. (*A suivre.*)

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES FRACTURES DE LA ROTULE CHEZ L'ENFANT ET NOTAMMENT DE LEUR TRAITEMENT PAR LA SUTURE MÉTALLIQUE (1)

Par le docteur L. Monnier,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

D... quinze ans, collégien, d'une bonne constitution, sans maladies antérieures, s'amusait, en récréation, le 20 novembre 1898, à huit heures du matin, avec un autre de ses camarades. A un moment donné, il perd l'équilibre et au moment où, penché en avant, il allait tomber à plat-ventre, il reçoit un coup de pied sur la face antérieure du genou. La chute a lieu et impossible de se relever : on l'emporte à l'infirmerie. Dans le trajet, il constate lui-même, à travers son pantalon intact, une dépression transversale sur la rotule : gonflement immédiat du genou.

A onze heures, je suis appelé près du blessé : le genou est fortement tuméfié, néanmoins je trouve aisément les symptômes suivants : allongement de la rotule de 15 millimètres : la pression sur l'extrémité inférieure ne se transmet pas à la supérieure ; sensation vague, par suite du gonflement, d'un sillon transversal, enfin sensibilité extrême de l'article à la moindre pression.

Le diagnostic s'impose, et, n'était l'éloignement des parents, nous ferions sur l'heure la suture après arthrotomie. — Compresses résolutives, et légère compression ouatée, en attendant.

22 novembre. Hier bain savonneux général et pansement antiseptique sur le genou. Ce matin : anesthésie chloroformique, lavages soignés de toute la région du genou et bande d'Esmarch. — Longue incision curviligne, à concavité supérieure, dont le milieu passe un peu au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia et qui aboutit en dedans et en dehors à 3 centimètres environ au-dessus ou plus exactement en arrière de l'interligne articulaire, l'enfant étant couché sur le dos : dissection facile de ce long et épais lambeau cutané tout infiltré de sang, jusqu'au-dessus de la rotule. On aperçoit alors la solution de continuité de cet os, large de 2 centimètres à 2 centimètres et demi : les parois en sont rugueuses, tapissées de concrétions sanguines lui donnant un aspect feutré : il nous faut frotter très vigoureusement ces parois pour les débarrasser de ces exsudats sanguins

(1) Communication à la Société de pédiatrie.

fort adhérents : cette particularité explique la longueur de la consolidation de cette fracture, lenteur que favorise encore l'épanchement séro-sanguin qui remplit le genou et que nous entraînons par un long lavage avec une solution de sublimé au millième chaude, projetée jusque dans le cul-de-sac sous-tricipital. Le nettoyage terminé laisse apercevoir un troisième fragment du volume de la phalangette de l'index, formé aux dépens du quart interne du fragment inférieur : de plus il existe une déchirure de 1 centimètre sur les ailerons de la rotule : nous augmentons cette échancrure, des deux côtés, jusqu'au niveau des surfaces articulaires du fémur, afin de faciliter l'écoulement des liquides, par les drains qui vont être placés dans un instant. A l'aide d'un foret monté sur un simple manche à main, et après avoir dénudé la rotule aux quatre points marqués pour l'entrée et la sortie des fils, nous perçons les deux fragments principaux de la rotule de façon à ce que chacun des deux fils d'argent entre dans le fragment supérieur à 1 centimètre du trait de fracture, sorte à 2 millimètres du cartilage d'encroûtement, rentre au point correspoddant (et c'est là un temps un peu difficile) dans le fragment inférieur pour ressortir à 1 centimètre de la solution de continuité qui, par parenthèse, sépare les deux tiers supérieurs du tiers inférieur. Le passage de ces fils, qui ont de 7 à 8 dixièmes de millimètres et sont parfaitement stérilisés, est grandement facilité par l'oeillère que présente l'extrémité du foret : il ne se produit aucune fêlure osseuse grâce au soin que nous prenons d'aplatir l'anse et de tirer très lentement. Notre collègue et ami Le Bec, qui nous aide, juxtapose exactement et avec force les deux fragments : nous serrons le fil externe d'abord ; puis nous constatons que le petit fragment interne, en forme de coin, butte par son sommet contre le fil correspondant : avec une cisaille nous pratiquons sur son sommet une échancrure de 3 millimètres : il se trouve alors solidement fixé quand nous serrons le fil interne. Les tortillons sont coupés à 6 ou 7 millimètres, rabattus et martelés sur le fragment supérieur : deux sutures en surjet au catgut, rapprochant les trousseaux fibreux, les font disparaître entièrement. Quelques points, également au catgut, fixent la base du fragment accessoire, grâce aux débris aponévrotiques qui s'y insèrent : enfin, restauration des ailerons rotuliens, hormis aux deux points d'où doivent partir les drains, cette suture en surjet va d'un aileron à l'autre en passant sur la rotule. La face antérieure du genou est ainsi absolument reconstituée : la pose de deux courts drains, partant de la synoviale mais sans pénétrer dans sa cavité et une suture en surjet de la peau avec des crins de Florence, terminent l'opération. Pansement antiseptique iodoformé : compression ouatée et gouttière plâtrée, allant des malléoles à la racine du membre. La bande d'Esmarch est alors enlevée. Jambe en position élevée.

Le réveil est assez douloureux ; agitation vive pendant trois heures ; une injection d'un demi-centigramme de morphine calme le malade : le soir la température atteint 38 degrés, mais les jours suivants elle reste au-dessous, 37°2 à 37°4 : deux fois seulement 37°8. Le pouls pendant trois jours oscille aux environs de 120 puis redescend : bref pas de fièvre proprement dite.

29 novembre. Premier pansement : absence totale de suppuration ; ablation des drains et des fils de suture.

2 décembre. On enlève définitivement le plâtre, sans toucher au pansement : première séance de mobilisation, consistant simplement à soulever le creux poplité à 15 ou 18 centimètres au-dessus du plan du lit : léger craquement, sensibilité assez vive, mais il semble que ce soit simplement des adhérences qui se rompent.

3 décembre. A souffert, modérément du reste, une partie de la nuit : pansement, empâtement péri-rotulien minime. Mobilisation : flexion à 30 degrés sans craquements, la suture paraît très solide.

9 décembre. Tous les deux jours, nous avons fait une séance de mobilisation du genou et de massage de la cuisse, d'une durée de cinq minutes : chaque fois la douleur a été assez vive pour arracher des cris et des pleurs à l'enfant, mais elle a cessé très vite. Aujourd'hui, craquement assez fort semblant dû au frottement de la rotule sur les surfaces articulaires du fémur et non à la disjonction des fragments, d'autant que l'on ne sent pas la moindre solution de continuité en passant le doigt sur sa face antérieure : le fragment latéral lui-même n'est pas perceptible.

11 décembre. Dix-neuvième jour depuis l'opération, l'enfant marche avec des béquilles, sans douleur. Chaque jour quatre séances de marche méthodique de cinq minutes : quand il est assis, il met sa jambe sur un plan incliné, la cuisse étant horizontale.

16 décembre. La jambe se fléchit à 50 degrés : l'enfant marche assez longuement sans béquilles ni canne.

19 décembre. Vingt-septième jour, descend les escaliers et va en classe : la flexion atteint 85 degrés.

Chaque jour il est fait une séance de massage et de flexion puissante de la façon suivante : le genou du masseur est passé sous la cuisse, près du creux poplité, et tandis que la main gauche fixe la partie supérieure de la cuisse, et par là même le sujet, sur son siège, la main droite saisissant la jambe au-dessus des malléoles la fléchit avec force et par petits coups : la douleur est encore assez vive pour faire pleurer l'enfant. Un bain sulfureux tous les deux jours.

11 janvier 1899. La flexion à angle aigu est obtenue. Depuis lors le jeune collégien a pu reprendre les jeux de son âge et suivre les autres en promenade à la fin de janvier ; l'atrophie de la cuisse, assez marquée malgré la mobilisation précoce, diminue peu à peu et tout permet d'affirmer qu'il ne restera d'autres vestiges de cette fracture que la cicatrice de l'incision.

Par la radiographie de cette rotule, il nous est facile de voir que les fils d'argent ont parfaitement tenu : le cal est invisible, si complète a été la juxtaposition ; il y a eu simplement ostéite condensante au niveau du trait de fracture, si on en juge par le ton plus foncé de la photographie. Quant au fragment accessoire, il s'est si bien consolidé qu'on n'en voit pas de traces.

Les investigations des rayons X montrent donc qu'au point de vue anatomo-pathologique le résultat a été idéal.

A l'occasion de ce fait, M. Monnier tire les conclusions suivantes :

1° Les fractures de la rotule sont absolument exceptionnelles chez l'enfant et l'adolescent.

2° A part celles où l'écartement est insignifiant et la déchirure des ailerons rotuliens minime, l'intervention sanglante est la méthode de choix.

3° Cette intervention consistera dans l'arthrotomie larg par l'incision à convexité inférieure, passant près de la tubérosité antérieure du tibia, et dans la suture osseuse directe par deux fils d'argent passant dans l'intérieur des deux fragments, mais en dehors du cartilage.

4° Elle sera suivie de l'application d'un appareil plâtré qu'on enlèvera définitivement au bout de dix jours environ, époque où l'on commencera une mobilisation prudente, mais cependant de plus en plus énergique.

5° La marche sera reprise habituellement vers le vingtième jour, et les occupations au bout d'un mois.

MÉDECINE PRATIQUE

L'élevage des enfants dans le son.

Le docteur G. Dubosc étudie, dans le *Courrier médical* (1), l'élevage dans le son. Cette méthode ne présente pas les inconvénients de la méthode anglaise et à plus forte raison ceux du maillot. Ce mode d'élevage était jadis très pratiqué en Angleterre et dans de nombreuses parties de la France, notamment en Picardie. Voici comment on procède : il ne faut pas de lit spécial, il suffit que le berceau soit doublé de grosse toile. Sur tout le pourtour, de 10 en 10 centimètres on coudra de solides anses de cordon pour attacher la couverture. Le son que l'on dépose simplement dans le fond doit être du son de blé soigneusement criblé; un hectolitre environ suffira car les berceaux ne contiennent guère que 40 à 50 litres. Peut-être serait-il prudent de le stériliser en le portant pendant quelque temps à une température élevée dans un four de boulanger afin de détruire les larves d'insectes. Le berceau doit être rempli aux deux tiers. On ne change le son que tous les mois environ. Les déjections du bébé s'agglomèrent en boules dont la périphérie est sèche, il est donc facile à la nourrice de les enlever en enfonçant les mains dans le son. Il n'y a aucune odeur, l'élasticité est très grande, la propreté extrême.

Sur cette couche on place un petit oreiller pour la tête de l'enfant.

La meilleure couverture paraît être une peau de mouton, en été un lange de laine dont les bords sont fixés par les cordons dont nous avons parlé. La couverture ainsi suspendue ne repose donc pas sur l'enfant, elle ne peut donc pas être souillée. L'enfant est nu au-dessous de l'ombilic, son habillement se compose simplement d'une chemisette, d'un petit tricot et d'une brassière, le tout fermé par derrière. Dans les premiers temps l'ombilic sera protégé par un petit pansement, puis par de la flanelle.

Une boule d'eau chaude enfoncée dans le son, vers les pieds, maintient la température constante en évitant les brûlures.

Pour faire têter l'enfant on l'enveloppe dans un lange de laine doublé d'un lange de toile. Pour le lever, ce qui vaut le mieux est de l'habiller à l'anglaise.

En somme pas d'entraves, liberté absolue de tous les mouvements des membres et du thorax, pas de croupissage, pas d'odeur, économie de blanchissage, prix de revient minime.

FORMULAIRE

Dilatation de l'estomac.

1° Salicylate de bismuth . . ⎫
Magnésie anglaise. . . . ⎬ *ââ* 10 grammes.
Bicarbonate de soude . . ⎭

En trente paquets, un à chaque repas.

2° Salicylate de bismuth . . ⎫
Salol. . . . . ⎬ *ââ* 10 grammes.
Magnésie anglaise. . . . ⎭

En trente cachets, un à chaque repas.

3° S'il y a de la diarrhée on donnera :

Salicylate de bismuth . . ⎫
Salol. . . . . ⎭ *ââ* 10 grammes.

En trente cachets. (Dujardin-Beaumetz.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

493. M. A. Philippe. De l'occlusion aiguë du duodénum. — 494. M. Saint-Cyr. Des fractures intra-utérines de la jambe. — 495. M. Gomot. De la suture osseuse dans les fractures récentes de la clavicule. — 496. M. Gerboud. Des différentes incisions utérines dans l'opération césarienne conservatrice préconisées depuis 1881. — 497. M. Peltre. Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence. — 498. M. Defrisse. Des kystes du canal vagino-péritonéal. — 499. M. Cuillemin. Étude sur la cholécystite calculeuse. — 500. M. Verstraete. Du fibrome utérin compliqué de cancer épithélial. — 501. M. Grorichard. Contribution à l'étude des hémiplégies précoces dans la période secondaire de la syphilis. — 502. M. Métivier. La diminution de la mortalité dans le XXe arrondissement de Paris, pendant la période de neuf années. Causes probables de cette amélioration de l'état sanitaire. — 503. M. Brau. Du traitement de la blennorragie par les lavages de l'urèthre. — 504. M. Delabost. La propreté corporelle, moyens de l'obtenir, bains-douches de propreté. — 505. M. Simonot. Des ostéomes du brachial antérieur. — 506. M. Sauvage. Recherches sur la pathogénie des déviations des orteils. — 507. M. Houdart. Contribution à l'étude de l'ostéotomie dans la genu-valgum des adolescents.

(1) 14 mai 1899.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture des concours pour les prix à décerner en 1899 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, aura lieu :

1° Le lundi 11 décembre 1899, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu, pour le concours de médecine.

2° Le jeudi 14 décembre 1899, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu, pour le concours de chirurgie et accouchements.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 16 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve devra être déposé au secrétariat général, au plus tard le 16 octobre, à trois heures, dernier délai.

Marine. — M. Kermorvant, médecin principal du cadre de Brest, est désigné pour continuer ses recherches à compter du 16 août 1899, au 2e régiment d'infanterie de marine, de garnison à Brest (emploi créé).

Société de biologie. — Dans la séance du 29 juillet, M. Marie a été élu membre titulaire, M. Gley a été nommé secrétaire général, en remplacement de M. Dumontpallier, décédé, par 22 voix contre 19 à M. Capitan.

M. Bouchard, président, a annoncé la mort du professeur Balbiani et a levé la séance en signe de deuil.

La prochaine séance aura lieu le 7 octobre.

Examen de médecin sanitaire maritime. — Une session d'examens pour le grade de médecin sanitaire maritime a eu lieu au Havre, le mardi 28 juin. Les questions posées à l'épreuve écrite ont été : « 1° Fièvre jaune, définition, géographie, propagation; 2° Principales obligations des médecins sanitaires. »

Étranger. — *Constantinople.* — M. Marie (de l'Institut Pasteur) est chargé de diriger le service antirabique et des fonctions de sous-directeur de l'Institut bactériologique.

La peste en Orient. — Les 30 et 31 juillet, il s'est produit à Poona (Indes) 302 cas de peste et 261 décès en ville, 59 cas et 56 décès dans les cantonnements militaires. Parmi les Européens on signale 1 décès sur 4 nouveaux cas constatés, celui notamment d'un lieutenant de lanciers anglais.

La semaine dernière, 30 nouveaux cas de peste bubonique, dont 21 suivis de décès, se sont produits à l'île Maurice.

La fièvre jaune. — On signale de New-York 30 cas de fièvre jaune à l'hospice militaire d'Hamptown; 3 décès se sont produits le 31 juillet.

L'état sanitaire en Russie. — Le scorbut et le typhus font de nombreuses victimes en ce moment en Russie. Dans les pro-

vinces d'Oufa et Simbirsk la *Gazette officielle* annonce que 34114 personnes sont atteintes de scorbut ou typhus. Il n'y a que 13 docteurs en médecine dans la région, et 180 étudiants en médecine ou gardes-malades.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arnaud, directeur du service de santé de la marine, à Toulon; Jean-Baptiste Larricq, ancien conseiller général des Basses-Pyrénées.

Voyages d'études médicales aux Eaux minérales. — Le voyage qui aura lieu du 2 au 13 septembre, sous la direction de M. le professeur Landouzy, comprendra : Néris, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Néris, comme pour retourner chez soi, au départ de la dernière station, Pougues.

De Néris à Pougues prix à forfait : 200 francs pour tous les frais, chemins de fer, excursions en voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1899 : s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln (Paris).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE — Afin de faciliter l'usage des cartes d'abonnements généraux de 15 et 30 jours, valables sur les lignes de chemins de fer et de navigation suisses, la Compagnie P.-L.-M. délivre, au départ de Paris, des billets d'aller et retour en 1re et 2e classe, pour l'un quelconque des points ci-après : Genève, les Verrières frontière, Vallorbe frontière, Villers frontière, Delle frontière et Bâle (viâ Petit-Croix), et retour de l'un de ces points à Paris.

Ces billets ont une durée de validité de 33 jours. Leurs prix sont de 87 fr. en 1re classe et de 64 fr. en 2e classe. Ils ne sont délivrés que conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses de 15 et 30 jours émis aux prix de :

Abonnement de 15 j. : 1re cl., 60 fr.; 2e cl., 42 fr.; 3e cl., 30 fr.

Abonnement de 30 j. : 1re cl., 100 fr.; 2e cl., 70 fr.; 3e cl., 50 fr.

non compris un dépôt de garantie de 5 francs, lequel est remboursé contre restitution de la carte de l'abonnement à l'expiration de la période de validité.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide officiel P.-L.-M., mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de la Compagnie, ou envoyé contre 85 centimes adressés en timbres-poste, au service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris.

EPILEPSIE — *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*
NEUROSINE PRUNIER — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 88. — SAMEDI 5 AOUT 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 5 AOUT 1899. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juillet au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE
(Ve SESSION, LILLE 1899)

PREMIÈRE QUESTION

LES MYOCARDITES CHRONIQUES, par M. H. HUCHARD, membre de l'Académie de médecine.

I. Définition. — L'inflammation dont l'idée est contenue dans le mot « myocardite » ne joue dans les lésions dites de myocardite et surtout de myocardite chronique, qu'un rôle secondaire, presque effacé. Ce mot, qui serait avantageusement remplacé par celui de *myopathies cardiaques*, ne devrait plus servir à désigner les lésions qui vont être décrites. Hyperplasies du tissu conjonctif, sclérose, dégénérescences de la fibre musculaire cardiaque, lésions des parois vasculaires, telles sont les altérations fondamentales des myocardites chroniques. Leur groupement particulier et les modalités anatomiques qu'elles présentent permettent de décrire successivement plusieurs variétés de myopathies cardiaques présentant en *caratéristique anatomo-pathologique* dominante.

A. L'*artériosclérose du cœur* se distingue par ses foyers de lésions dégénératives des fibres cardiaques dont le terme ultime est une variété de sclérose. Ces foyers occupent le territoire vasculaire d'une artériole sténosée, et la sclérose est dite dystrophique, parce qu'elle est la conséquence d'un trouble de nutrition par ischémie. Tantôt très petits et disséminés un peu au hasard, tantôt agglomérés dans une région déterminée, au point d'intéresser une grande étendue des parois du cœur, ils sont toujours sous la dépendance d'une lésion artérielle ischémiante. Dans le premier cas, les coronaires, peu ou pas athéromateuses, ne sont rétrécies ou oblitérées que dans leurs fines ramifications. Dans le second cas, c'est une branche de calibre ou même une branche principale qui est oblitérée par l'endartérite chronique ; un thrombus adhérent complète parfois l'occlusion de cette artère. Enfin, les coronaires peuvent rester indemnes sur leur parcours, mais être très rétrécies, oblitérées même à leur origine par les lésions athéromateuses de l'aorte.

On est alors en présence d'un cœur dont la forme est presque toujours modifiée ; il s'est fait soit une dilatation générale de la cavité ventriculaire, soit une dilatation partielle, c'est-à-dire un anévrysme du cœur avec thrombus pariétal. En dehors de ces cas, d'ailleurs assez fréquents, le cœur des artérioscléreux a augmenté de volume ; il se rapproche de la forme globuleuse. Sa consistance est inégale, et ces inégalités sont d'autant plus appréciables que la sclérose dystrophique forme des foyers plus vastes : car à leur niveau, il y a toujours atrophie de la paroi. Cette atrophie est telle, dans quelques cas, qu'elle aboutit à la rupture du cœur. Au microscope, les champs de sclérose siègent le plus loin possible des artérioles, au sein du faisceau musculaire ; dans les cas très intenses, ils finissent par fusionner et entourer ces îlots de fibres musculaires dont le centre est généralement une artériole atteinte d'endartérite oblitérante.

B. Dans la seconde forme de myopathie cardiaque, dans la sclérose périfasciculaire, l'aspect topographique de la sclérose est tout différent. Les bandes de sclérose enveloppent directement l'artère et gagnent de proche en proche, refoulant ou détruisant les fibres cardiaques. La sclérose semble rayonner de l'artère vers le centre du faisceau musculaire, qu'elle atteint d'ailleurs rarement. Elle est souvent très peu étendue, se distinguant en cela de la variété dystrophique, décrite encore sous le nom de « grande sclérose ». Ici, pas d'endartérite oblitérante ; par suite, pas d'ischémie, pas de nécrobiose en foyers. La lésion est diffuse, souvent légère. C'est encore elle qui caractérise et accompagne l'hypertrophie ventriculaire gauche du cœur rénal, seulement à la dernière période de son évolution, car au début, il ne s'agit que d'un cœur simplement hypertrophié (myo-hypertrophie), envahi plus tard par la sclérose (scléro-hypertrophie). Le cœur est souvent énorme et a conservé la forme conique, sans dilatation cavitaire ni atrophies partielles de la paroi. Aussi sa consistance est-elle ferme et uniforme. Il ne s'agit plus ici d'ischémie, mais plutôt d'une irritation du périartère, qui aboutit à son épaississement. Enfin, la sclérose conserve en général un aspect fibrillaire, tandis que les véritables blocs fibreux appartiennent plutôt à la sclérose dystrophique.

C. La troisième variété de myopathies cardiaques est représentée par les altérations dues à la stase veineuse, par le cœur cardiaque, cœur généralement dilaté, globuleux, à réseau veineux très apparent, turgide. La surface de sec-

tion du myocarde laisse voir une injection considérable des veinules intra-pariétales. Sa caractéristique histologique est l'ectasie des capillaires gorgés de sang, l'œdème du tissu conjonctif, la dégénérescence de la fibre cardiaque au voisinage des vaisseaux, enfin la formation de scléroses secondaires périvasculaires. C'est la lésion la plus souvent observée à la fin des cardiopathies valvulaires, et toutes les fois que le cœur a subi l'influence prolongée de la stase veineuse.

D. La quatrième variété, ou cœur scléreux sénile, est caractérisée par un développement exagéré de la trame conjonctivo-vasculaire au détriment de la fibre cardiaque, qui subit en masse l'atrophie sénile.

Aussi, cette sclérose n'est-elle en réalité que l'épaississement exagéré des travées conjonctives normales. Elle est diffuse, générale, formant un vaste réseau dont les centres de renforcement sont les grands espaces interfasciculaires au milieu desquels siègent les vaisseaux. Elle se distingue de la sclérose périartérielle du cœur rénal, parce qu'elle est beaucoup plus développée, plus diffuse (c'est-à-dire à la fois périartérielle et intrafasciculaire), et enfin parce qu'elle rappelle parfois un peu, par la présence de quelques blocs fibreux, certains aspects de la sclérose distrophique adulte.

E. La dissociation des cellules musculaires par suite d'une sorte de fente du ciment qui réunit normalement celles-ci, constitue la lésion principale de la myocardite segmentaire. Cette lésion, non inflammatoire, ne peut sans doute pas toujours être élevée à la hauteur d'une maladie distincte et autonome, puisqu'elle est commune à des états morbides divers (asystolie, mal de Bright, phtisie pulmonaire, cachexie cancéreuse, cœur forcé et surmenage, etc.); mais parfois cependant elle présente une évolution spéciale au point de vue clinique.

II. Physiologie pathologique. — Dans la plupart des cas, la lésion initiale est une dégénérescence musculaire et la prolifération conjonctive est secondaire. La pathologie expérimentale ne laisse pas de doute à ce sujet.

Pour d'autres auteurs, c'est l'inflammation du tissu conjonctif qui est primitive, et les lésions parenchymateuses sont, au contraire, secondaires.

A côté des scléroses artérielles et en dehors d'elles, il existerait une grande classe d'inflammations interstitielles primitives, et Bard pense que « l'artériosclérose doit reculer de tout le domaine qu'elle a usurpé sur ces inflammations interstitielles primitives ». Nous ne sommes pas de cet avis, et nous croyons celles-ci exceptionnelles.

Sans aucun doute, l'artériosclérose et l'endartérite oblitérante n'expliquent pas tout, nous n'avons jamais pensé que toutes les scléroses sont d'ordre ischémique et dystrophique; mais, en nous appuyant sur les données de l'anatomie pathologique et de la clinique, nous croyons qu'elles sont extrêmement fréquentes. On peut dire que l'endartérite oblitérante crée une propathie, suivant l'expression de Landouzy et Siredey.

Il faut donc s'élever au-dessus du microscope et voir au delà, de même qu'on ne peut plus voir maintenant dans le cœur que les effets de troubles dans l'hydraulique et dans des irrigations sanguines plus ou moins incomplètes. La cellule réagit différemment suivant la nature de l'agent vulnérant, infectieux ou toxique, il y a des toxines sclérosantes comme il y en a de nécrosantes. Mais, qu'il s'agisse de nécrose ou de sclérose, ou encore de stéatose, l'inflammation n'est jamais primitive. La pathologie comparée et la pathologie expérimentale le démontrent.

Ce qui domine l'évolution anatomique des lésions dans les myocardopathies chroniques, comme du reste dans les myocardopathies aiguës, c'est la nécrobiose primitive des tissus, c'est la dégénérescence ou la mort de l'élément noble. La nécrobiose devient ensuite le point d'appel de toute une série d'actes vitaux, de phénomènes de défense dont l'inflammation est une des variétés, ou plutôt l'une des complications. Et ainsi dans la série des actes morbides que nous avons étudiés, la mort d'une fibre musculaire ramène un peu de vie autour d'elle. « Désorganisation et organisation, » tels sont, du reste, comme le dit Cl. Bernard, les deux ordres d'actes nécessaires et inséparables qui constituent l'existence, non seulement à l'état normal, mais aussi à l'état pathologique.

III. Clinique. — Évolution de la cardiosclérose. — 1. *Première période* (*présclérose*). — Il existe pour l'artériosclérose un stade prémonitoire, ou présclérose, caractérisé par un état plus ou moins permanent d'hypertension artérielle qui précède et produit la lésion vasculaire due à des causes diverses (infectieuses, toxiques, diathésiques, aortisme héréditaire).

Sans doute, cette opinion n'est pas celle de tous les auteurs, et l'on objecte, sans jamais en fournir la preuve, que l'hypertension sanguine est l'œuvre et l'indice de lésions vasculaires déjà constituées et latentes. Nous vivons dans un temps où l'on ne peut concevoir une maladie sans lésion.

Mais nous sommes de ceux qui pensent avec A. Robin que si « la fonction fait l'organe, la maladie de la fonction fait souvent la maladie de l'organe ». Avant d'être une lésion de la muqueuse gastrique, l'ulcère de l'estomac commence parfois par un trouble, par un hyperfonctionnement de la sécrétion ; avant d'être une lésion du rein, certaines néphrites toxiques ont eu pour origine un excès de fonctionnement de l'organe par élimination considérable de toxines; avant d'être une affection du système artériel, l'artériosclérose a commencé par l'hypertension vasculaire et par de simples troubles de l'innervation vaso-motrice, la maladie de la fonction a précédé et produit la maladie de l'organe.

La notion de la période préscléreuse a donc une grande importance au point de vue pratique, elle est confirmée de la façon la plus formelle par les excellents résultats de la thérapeutique, elle est de plus démontrée par une observation clinique de quinze années.

2. *Deuxième période* (*cardio-artérielle*). — Elle est caractérisée par l'endartérite des vaisseaux de la périphérie d'abord, des viscères et du myocarde ensuite, et toujours par l'hypertension sanguine. L'évolution anatomique de la maladie peut être renversée, la sclérose étant d'emblée viscérale, à début cardiaque ou rénal, quelquefois hépatique, plus rarement oculaire. Dans ce dernier cas, l'artériosclérose prend le plus souvent une forme grave et rapide.

3. *Troisième période* (*mitro-artérielle*). — Elle est caractérisée par la dilatation des cavités cardiaques et des orifices auriculo-ventriculaires, par l'affaiblissement du cœur et par la diminution de la tension artérielle. Alors, au point de vue clinique, le malade devient un cardiaque ou un mitral, et la thérapeutique est celle des cardiopathies en instance d'asystolie ; mais il s'agit ici d'une asystolie hybride, dans laquelle les accidents toxiques continuent à jouer un rôle important.

Formes cliniques. — On peut en admettre trois principales : douloureuse ou sténocardique, arythmique et tachycardique, myo-valvulaire. Il existe d'autres cas où la symptomatologie cardiaque se confond avec celle des autres organes. Les cardiopathies artérielles sont alors associées, d'où les formes cardio-rénale, cardio-pulmonaire, cardio-bulbaire, cardio-hépatique.

Il nous suffira d'appeler l'attention sur quelques particularités de la forme arythmique, de la forme myo-valvulaire, sur l'importance de quelques symptômes respiratoires

et de la dyspnée toxi-alimentaire, sur l'évolution spéciale de l'asystolie des cardio-artériels.

La forme arythmique peut rester la seule manifestation de la maladie pendant la plus grande partie de son cours. Alors, elle a pour résultat de masquer et même de faire disparaître à l'oreille le bruit de galop, même dans les cas où la néphro-sclérose concomitante est des mieux confirmées.

L'arythmie de la cardioslérose a pour caractères principaux d'être assez souvent inconsciente pour le malade, d'être rebelle à la digitale, qui fait disparaître les troubles de compensation, tout en la laissant subsister. Il y a des arythmies myocardiques, véritables boiteries incurables du cœur, que la digitale ne parvient jamais à modifier, et de ce nombre sont celles qu'on observe dans la cardiosclérose. On peut prescrire la digitale, mais il faut la supprimer dès qu'on s'aperçoit qu'elle n'a amené aucune modification du rythme cardiaque.

Les cardiopathies artérielles à type myo-valvulaire s'accompagnent toujours de lésions du muscle cardiaque, et elles diffèrent des cardiopathies artérielles à type myocardique seulement par l'adjonction d'un souffle d'insuffisance ou de rétrécissement, ce souffle pouvant être fonctionnel, et résulter de la dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, ou organique, et résulter de l'altération scléro-athéromateuse de la valvule. Ce qui fait l'intérêt de ces cardiopathies à type myo-valvulaire, c'est précisément l'existence de ce souffle qui peut en imposer pour une cardiopathie valvulaire d'origine rhumatismale. Le diagnostic peut se faire aisément en s'appuyant sur l'existence des stigmates de l'artériosclérose du cœur, qui font défaut dans les valvulites rhumatismales : symptômes d'hypertension artérielle, symptômes méiopragiques, symptômes toxiques.

On sait, par exemple, les différences très grandes qui existent entre une insuffisance aortique artérielle et une insuffisance aortique endocardique. La première forme d'insuffisance aortique peut être considérée comme une affection cardiaque ; la seconde a été regardée comme une affection aortique par Peter, qui a eu le mérite d'insister sur la distinction clinique entre ces deux maladies. Il faut aller plus loin que lui encore ; la seconde insuffisance est une affection de l'aorte, mais ce n'est pas seulement « l'aortite qui fait tout le mal », elle est une maladie de tout le système aortique, de l'arbre artériel entier, et c'est l'artérite généralisée qui fait tout le mal.

Dans le cours, et presque toujours dès le début des cardiopathies artérielles, on observe une dyspnée que j'ai étudiée sous le nom de dyspnée toxi-alimentaire, et dont la vraie pathogénie, dont l'origine toxique a été longtemps méconnue. Elle a une importance capitale dans les cardiopathies artérielles. Elle est due à un état d'imperméabilité relative du rein, qui élimine incomplètement les toxines développées ou introduites dans le tube digestif, et cela en vertu de cette loi fondamentale.

L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.

Cette toxémie est donc un caractère de plus permettant de distinguer les cardiopathies artérielles des cardiopathies valvulaires. Sans doute, dans celles-ci, le toxémie peut exister, mais à un moindre degré, et seulement à la période asystolique, tandis qu'elle est un phénomène précoce des cardiopathies artérielles.

Dans la cardiosclérose, les attaques d'asystolie sont souvent brusques, inopinées ; elles présentent des allures aiguës que l'on ne rencontre pas à ce degré et sous cette forme dans les affections valvulaires.

La marche des cardiopathies valvulaires obéit à des lois presque prévues à l'avance.

Dans les cardiopathies vasculaires, au contraire, c'est l'asystolie la plus aiguë qui éclate d'une façon inopinée et parfois très rapide.

Périviscérites. — A la dernière période des cardiopathies artérielles, un nouveau syndrome clinique peut s'établir, qui contribue parfois à jeter une grande incertitude sur le diagnostic, surtout lorsqu'on n'a pas assisté à l'évolution de la maladie, et qu'on voit le malade pour la première fois ; je veux parler du syndrome des périviscérites caractérisées anatomiquement par une inflammation chronique des trois grandes séreuses : péricarde, plèvre, péritoine.

Lors de leur développement, la maladie causale et principale s'efface de plus en plus, elle en arrive à occuper en clinique un rôle secondaire.

Les périviscérites ont un cortège symptomatique très riche. Ce fait se comprend très bien, si l'on réfléchit que, par suite de l'inflammation des plèvres, on a des signes pleuro-pulmonaires ; par suite de l'inflammation du péricarde, des symptômes cardiaques ; par suite de la périhépatite, des signes d'affection du foie ; par suite des lésions du péritoine, des signes gastro-intestinaux ; et, en plus, le rein étant souvent le point de départ de la maladie, donne aussi sa note dans ce cortège symptomatique complexe.

Des difficultés sans nombre s'élèvent ; pour rétablir l'enchaînement des faits, on fait les diagnostics les plus divers : ceux de cirrhose atrophique, de péritonite tuberculeuse, de cancer de l'estomac, de cancer viscéral, de maladie valvulaire du cœur ; mais il faut l'avouer, jamais avec une ferme conviction, il persiste toujours quelque doute dans l'esprit, car il y a quelque chose d'anormal ou d'inexpliqué.

Les cardiopathies artérielles se distinguent par le mécanisme de la mort.

La mort peut être lente, et alors elle survient de façons différentes : par asystolie, par cardiectasie avec thrombose cardiaque, par des accidents hybrides dus à l'association de l'asystotie et de l'urémie, par l'urémie seule, par cachexie artérielle.

La mort peut être aussi rapide, sous l'influence de diverses complications : rupture d'anévrysme des artères coronaires dans le péricarde ; rupture du cœur par infarctus cardiaques consécutifs à l'oblitération brusque des coronaires ; œdème aigu du poumon ; accidents urémiques, hémorragie ou ramollissement du cerveau.

La mort peut être subite, par syncope ou par angine de poitrine.

Myocardites chroniques. — Un grand nombre des myocardites chroniques des divers auteurs rentrent dans la catégorie des scléroses dystrophiques du myocarde consécutives à la lésion des coronaires, et la myocardite est aussi rare que l'encéphalite. Les symptômes que l'on attribuait naguère à cette dernière, sont maintenant mis sur le compte du ramollissement cérébral par oblitération embolique ou thrombosique des artères de l'encéphale ; les symptômes que l'on attribue à la myocardite doivent également être rattachés le plus souvent à l'endartérite oblitérante des coronaires.

En dehors de la cardiosclérose artérielle, il y a quatre types de myocardites chroniques : les myocardites scléreuse hypertrophique ou interstitielle ; la myocardite segmentaire, la myocardite granulo-graisseuse, la myocardite veineuse.

a. La myocardite scléreuse hypertrophique, décrite par Junel-Rénoy et Rigal en 1881, est caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel du cœur produisant l'atrophie de l'élément musculaire ; elle-même est consécutive à la périartérite et à l'endo-périartérite, de sorte que l'altération du myocarde, d'origine inflammatoire et non dystrophique, part des petites artères autour desquelles « se cantonne la lésion ». Cette myocardite scléreuse hypertrophique se traduirait par les symptômes suivants :

Affaiblissement des systoles et du pouls coïncidant avec

leur augmentation de fréquence et leur régularité; hypertrophie cardiaque progressivement croissante ; absence fréquente de tout bruit de souffle (symptômes permanents) ; troubles de la sensibilité cardiaque, et douleur vers le cinquième espace intercostal ; palpitations douloureuses et dyspnée; affaiblissement de la contraction systolique et du choc précordial ; arythmie exceptionnelle, légère tachycardie ; pouls régulier, fréquent et petit, dilatation cardiaque démontrée par la percussion ; déplacement de la pointe du cœur, en même temps abaissée (symptômes inconstants) ; tendance à l'asystolie et congestions pulmonaires actives.

La myocardite interstitielle chronique, ainsi appelée par Bard et Philippe en 1891, a été étudiée et désignée autrefois sous des noms différents : cirrhose du cœur (Bristowe), myocardite proliférative, scléreuse (Lancereaux), fibreuse (Rühle et Koster). Elle est caractérisée anatomiquement par l'inflammation chronique primitive du tissu conjonctif intermusculaire du cœur, inflammation indépendante des lésions vasculaires.

D'après Merklen, la symptomatologie et le diagnostic de la myocardite interstitielle chronique reposent essentiellement sur ces trois signes : dyspnée, cardiomégalie avec prédominance de la matité dans le sens transversal, accélération cardiaque habituelle, avec ou sans arythmie. Mais la cardiomégalie. toujours notable chez l'adulte, est moins apparente chez le vieillard en raison de l'atrophie fréquente des fibres musculaires.

Tout récemment, Merklen a opposé une forme de myocardite atrophique à la myocardite chronique hypertrophique.

Rappelons à ce sujet que, dans une forme de cœur sénile, il peut exister une sorte « d'atrophie sclérosante », comme on l'appelle, même avec une athéromasie coronarienne très prononcée. D'autre part, le plus ordinairement, le muscle cardiaque est réduit souvent à une couche très mince et les cavités sont très dilatées dans le cœur gras. Dans la cardiosclérose, on observe assez souvent des atrophies partielles du myocarde, surtout à la pointe (ventricule en sablier).

b. La myocardite segmentaire est caractérisée par une sorte de morcellement de la fibre musculaire du cœur, consécutif lui-même à la fente du ciment existant au niveau des traits scalariformes d'Eberth. Voici les symptômes qui lui sont attribués :

Parfois, absence d'oppression et de palpitations, inégalité et irrégularité du pouls, arythmie paroxystique, pouls arythmique « multiforme » (c'est-à-dire variable d'un moment à l'autre comme rythme et comme amplitude des pulsations ; affaiblissement des contractions cardiaques et du choc précordial, lequel reste intra-mamelonnaire ; augmentation de la matité cardiaque (forme de matité rectangulaire, dépassant exceptionnellement le bord gauche du sternum, opposée à la matité cylindroïde du rétrécissement aortique, piriforme du rétrécissement mitral, en gibecière, de l'insuffisance mitrale avec rétrécissement) : atténuation des bruits cardiaques, souffle systolique médiocardiaque (souffle doux, faible, fort ou variable, sans bruit musical et sons harmoniques surajoutés, localisé à égale distance du foyer aortique et mitral, sans propagation vers l'aisselle) ; œdème latent prétibial et œdème des membres inférieures ; œdème variable des bases pulmonaires prédominant à gauche avec tendance à l'engouement ; absence des signes de congestion veineuse passive dans la grande circulation de tuméfaction du foie et de congestion rénale, pâleur spéciale des malades.

Il existerait trois formes particulières de cette myocardite : latente ; arythmique sans souffle ; arythmique avec souffle médiocardique.

Il y a dans cette description un assez grand nombre de symptômes qu'on retrouve dans la cardiosclérose.

La myocardite segmentaire a été désignée sous le nom de sénile. Or le « cœur sénile » comprend des faits et des maladies assez disparates ; il correspond à cinq types différents : 1° à l'athéromasie des coronaires, sans aucune lésion consécutive du myocarde (forme athéromasique simple) ; 2° à l'athéromasie des coronaires avec atrophie du myocarde (forme atrophique) ; 3° à l'athéromasie des coronaires avec hypertrophie du myocarde (forme hypertrophique) ; 4° à l'artériosclérose du cœur avec sclérose dystrophique du myocarde (forme dystrophique) ; 5° à la myocardite segmentaire, quoique celle-ci n'existe qu'à l'état de lésion surajoutée dans les diverses inflammations ou dégénérescences du myocarde. On voit donc, par cette multiplicité de lésions et d'aspects cliniques, que le cœur sénile ne se prête pas à une description univoque.

c. Quelques auteurs s'attardent encore à décrire une myocardite chronique graisseuse ou granulo-graisseuse. Or la « myocardite » granulo-graisseuse primitive n'existe pas. Il y a, sans doute, des dégénérescences granulo-graisseuses secondaires que l'on peut observer à titre de lésions presque banales dans le cours des myocardites ou de l'artériosclérose du cœur (et il est démontré que cette sorte de dégénérescence est encore plus rare qu'on l'a dit), mais il n'y a pas lieu d'en faire une forme clinique distincte, à plus forte raison une maladie spéciale et surtout inflammatoire.

La dégénérescence graisseuse du myocarde n'est pas une inflammation, et le terme de « myocardite » adopté par Peter est absolument impropre.

d. En opposition avec les cardiopathies artérielles (myocardites artérielles) qui commencent aux artères pour finir au cœur gauche, il y a les cardiopathies veineuses (myocardites veineuses). Leurs lésions anatomiques sont celles du « cœur cardiaque ».

Ici, la maladie commence par le système veineux, et surtout par le système veineux intra-abdominal, ce grand égout collecteur de l'organisme. Pendant des mois et des années, il y a stase énorme et permanente dans les veines mésaraïques dont la dilatation progressive amoindrit la contractilité, et c'est ainsi que la « pléthore abdominale » des anciens mérite d'être réhabilitée. Ces veines et la veine porte charrient alors lentement les toxines dont elles sont encombrées ; le foie, insuffisant à la tâche, se congestionne (foie gastro-intestinal, non cardiaque), et, neutralisant incomplètement les poisons venus du tube digestif, il les laisse pénétrer jusque dans le cœur droit et les poumons qu'ils irritent, congestionnent et enflamment. Alors la maladie du cœur va être constituée, et c'est ainsi que l'on voit des malades, congestif pour la plupart, chez lesquels l'hyperémie passive avec stase veineuse se traduit par les signes de la pléthore abdominale, par un gros foie, par des bronchites et des congestions pulmonaires à répétition et devenant ensuite inamovibles, par des congestions hémorrhoïdaires fréquentes, par des congestions rénales, par un cœur prompt à la dilatation avec contractions molles et insuffisantes, par l'hypertension veineuse, par un faciès rouge et un peu cyanosé et tous les symptômes de congestion encéphalique, souvent par l'abondance du tissu adipeux. Car les maladies par « ralentissement de la nutrition » commencent presque toujours par le ralentissement de la circulation veineuse.

Si vous savez prévoir la cardiopathie veineuse dans ses origines, vous saurez aussi la prévenir, et comme ici la digitale et les médicaments toni-cardiaques sont souvent impuissants, vous aurez dans la kinésithérapie et le massage abdominal, aidés par le régime alimentaire et les eaux minérales, des moyens préventifs de haute valeur.

e. Il existe des myocardites secondaires aux affections

néoplasiques du cœur que nous citons seulement pour mémoire, parce que la tuberculose, la syphilis et le cancer du cœur sont le plus souvent impossibles à diagnostiquer pendant la vie.

DIAGNOSTIC DE LA CARDIOSCLÉROSE ET DES MYOCARDITES. — Toutes les myocardites chroniques étant des affections locales, ne présentent aucun des symptômes extra-cardiaques que je réunis sous le nom de « stigmates de la cardiosclérose » (symptômes d'hypertension artérielle, symptômes méiopragiques, symptômes toxiques). Le stade si important de la présclérose n'existe pas pour les myocardites chroniques, et c'est de ces dernières seules que l'on peut dire avec Eichhorst que le diagnostic des diverses myocardites chroniques avec la cardiosclérose est ordinairement facile et il est basé sur cette formule : La myocardite chronique est une maladie locale du myocarde ; la cardiosclérose est une maladie artérielle, et le myocarde n'est atteint que par suite des lésions vasculaires. Donc les symptômes communs aux deux affections sont ceux de l'insuffisance du myocarde ; les symptômes propres à la cardiosclérose sont les symptômes artériels (hypertension, méiopragies, accidents toxiques, signes de sclérose coronarienne, etc.).

Pseudo-myocardites. — Le « syndrome myocardique » est assez souvent réalisé par des troubles profonds survenus dans l'état de la tension artérielle, dans l'innervation cardiaque, dans les fonctions digestives.

1° A la période terminale de la cirrhose atrophique du foie, on observe assez souvent, du côté de la circulation générale, des accidents graves (abaissement considérable de la tension artérielle, tachycardie, asthénie cardio-vasculaire) provoquée parfois par une thrombose de la veine porte ou de l'une de ses branches d'origine, et les troubles circulatoires peuvent faire croire à l'existence d'une complication cardiaque qui n'existe pas.

2° Les troubles d'innervation cardio-vasculaire ou cardiaque et l'asthénie directe ou fonctionnelle du myocarde réalisent plus ou moins complètement le syndrome myocardique.

Il est probable que certains poisons agissent directement sur le myocarde pour le frapper d'une sorte d'asthénie fonctionnelle sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une altération inflammatoire ou autre, ou encore moins une lésion des nerfs cardiaques. Ce fait a été démontré expérimentalement par Charrin et Gley, qui ont pu produire des dilatations cardiaques sans lésions chez des lapins intoxiqués par les sécrétions du microbe de la suppuration bleue.

3° Il existe un cœur uricémique, lequel, sans lésions encore du myocarde, peut faire croire à l'existence de celles-ci, parce que le syndrome myocardique (troubles rythmiques du cœur, tendance à la cardiectasie, dyspnée et troubles respiratoires) se trouve parfois réalisé. L'acide urique est un agent vaso-constricteur, comme Haig (1891) l'a démontré et comme je l'ai souvent constaté.

4° Si l'on abuse souvent de la myocardite, il arrive aussi qu'on ne la voit pas où elle est. Dans le cours de la neurasthénie (encore une maladie dont on abuse singulièrement de nos jours), on observe des accidents cardiaques prenant souvent leur origine dans un état plus ou moins accusé d'hypotension artérielle. On a même été jusqu'à décrire, avec Seeligmuller, une « neurasthénie cardiaque », et Bouveret admet une forme grave pouvant se terminer par la mort. Malheureusement, les observations ne sont pas concluantes, et on est en droit de se demander si, en l'absence d'examen microscopique, le myocarde n'avait subi aucune altération. En tout cas, cette hypothèse est plus rationnelle que celle de cette asystolie d'origine neurasthénique, car on peut être neurasthénique et cardiopathe à la fois.

DEUXIÈME QUESTION

DE L'ACCOUTUMANCE AUX MÉDICAMENTS

I

Rapport de M. SIMON, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

De même qu'il y a une immunité naturelle vis-à-vis des infections, de même, vis-à-vis des poisons, il y a une immunité naturelle qui n'est qu'une tolérance individuelle, contingente et variable, essentiellement limitée dans son intensité et sa durée ; de même aussi, il y a une immunité artificielle, une accoutumance aux poisons. Les exemples de cette dernière sont nombreux : il n'y a qu'à rappeler les effets pénibles produits par le tabac sur le fumeur novice, les effets désagréables produits par les premières injections de morphine, et cependant quelles doses considérables l'habitude ne permet-elle pas de supporter ! Il y a également, et le fait n'a pas lieu de surprendre et il est connu, une accoutumance médicamenteuse consistant dans la faculté de pouvoir absorber, sans inconvénient notable, pendant un temps plus ou moins long, grâce à l'emploi prolongé et graduel de certaines substances toxiques, usitées en thérapeutique, des doses de ces mêmes agents qui seraient certainement dangereuses, sinon mortelles, si elles étaient prises d'emblée sans initiation préalable. Dans l'accoutumance aux médicaments, il y a deux facteurs, l'agent toxique et le terrain orhanique. Pour ce dernier, il faut considérer :

1° L'AGE. — Tous les sujets ne peuvent pas s'accoutumer aux médicaments ; le coefficient de toxicité individuelle est éminemment variable. Les vieillards sont d'ordinaire plus susceptibles que les adultes, sans qu'ils le soient nécessairement tous. L'enfant est en général très sensible aux médicaments actifs et on connaît le cas de Trousseau où une goutte de laudanum a produit des signes d'empoisonnement chez un nouveau-né. On observe chaque année des accidents dus à des lavements de têtes de pavots. Des accidents de morphinisme chronique ou aigu s'observent souvent en Angleterre, où les femmes donnent à leurs enfants des drogues opiacées (Godfrey's cordial et Dalby's carminative). Et à côté de ces faits, que de fois n'observe-t-on pas des enfants tolérant des doses considérables d'opium et s'y accoutumant !

Little a signalé un cas curieux d'accoutumance à la morphine, et divers auteurs, Wincke, Feré, Lecerf, ont observé des enfants nouveau-nés souffrant de la suppression de la morphine, simplement parce que leur mère était morphinomane. A côté de cela, Trousseau, Sanné ont remarqué la tolérance des enfants vis-à-vis de la belladone. Le phénol est mal supporté par eux, et Nüssbaum relate plusieurs cas de mort causés par de simples compresses phéniquées appliquées sur la peau. L'iodoforme est mal supporté, tandis que la quinine, les vomitifs, le chloroforme, l'arsenic sont presque sans inconvénient. J. Simon, Isard ont pu administrer des doses considérables de ce médicament, et, à côté de cela, Lancereaux a observé un cas de paralysie arsenicale. Le tabac est très mal supporté par les enfants et donne lieu à des symptômes toxiques (Decaisne).

2° L'HÉRÉDITÉ. — Certains faits de Ch. Richet et de Ehrlich sur l'abrine et la ricine tendraient à prouver que l'immunité de la mère passe au fœtus. Au point de vue clinique, on connaît quelques cas d'enfants nés morphinomanes, et l'on sait que beaucoup d'alcooliques sont descendants de buveurs.

3° LE SEXE. — Il a peu d'importance ; la femme, cependant, s'habitue moins facilement que l'homme à certains poisons.

4° LA RACE constitue, dans l'immunité naturelle, un groupe intéressant. Jæger a pu donner 30 grammes d'arse-

nic à un ours ou à des moutons sans inconvénients. Darwin remarqua que certains porcs noirs n'étaient pas intoxiqués par le Lachnantes tinctoria, qui tue les porcs blancs, etc. Sont-ce des susceptibilités ou de l'accoutumance? En tous cas, nous sommes peu documentés en ce qui concerne l'espèce humaine.

5° La maladie. — Elle exagère ou détruit l'accoutumance. Quelquefois, elle la détruit parce que la médication n'est pas absorbée, comme dans la période algide du choléra, soit quand il y a suspension des échanges organiques, comme dans le choc nerveux (Roger). De plus l'intégrité des organes de défense de l'économie est une des conditions essentielles de la tolérance médicamenteuse et de l'accoutumance.

L'élévation de la température a également une action sur la toxicité des médicaments; et c'est ainsi qu'on voit, chez des sujets en état d'accoutumance, une maladie aiguë intermittente interrompre brusquement la tolérance médicamenteuse, et l'inverse peut s'observer, plus souvent peut-être; les fébricitants supportent des doses énormes d'alcool, les pneumoniques tolèrent merveilleusement le tartre stibié ou la digitale. Les phénomènes douloureux paraissent avoir sur l'accoutumance aux médicaments sédatifs une influence toute spéciale. Les alcooliques sont réfractaires aux doses élevées d'opium, les tétaniques à celles de chloral, les épileptiques au bromure de potassium, les choréiques supportent très bien des doses élevées des médications; de même, les malades atteints d'affection mentale. Il convient de remarquer que les affections du système nerveux paraissent favoriser l'accoutumance, et les médicaments qui se prêtent le mieux à l'accoutumance sont ceux qui exercent une action élective sur cette partie de l'organisme.

6° Les idiosyncrasies. — Certains individus sont naturellement prédisposés à réagir d'une façon spéciale vis-à-vis des agents toxiques, et cette différence d'impressionnabilité appartient non seulement à l'économie tout entière, mais à chacun de ses éléments constitutifs. Nombreux sont des cas où des malades ne peuvent pas supporter l'opium, l'arsenic, le mercure, l'iodoforme, l'iodure de potassium, ce qui, par conséquent, fait obstacle à l'accoutumance; mais il y a, en sens inverse, des idiosyncrasies favorables et qui sont au moins aussi nombreuses.

Le médicament. — On sait la variabilité d'action et la valeur très inégale des médicaments, la qualité du médicament a une très grande importance pour les doses égales. L'absorption du médicament joue aussi un grand rôle, et à ce point de vue, son état physique a une grande importance. Devergie cite le cas d'une jeune fille qui avait essayé, à plusieurs reprises, de s'empoisonner avec de l'arsenic en morceaux vitrifiés, et qui finit par mourir. A l'autopsie, on trouva dans l'estomac un kyste renfermant de nombreux fragments d'acide arsénieux solide, qui était là depuis plusieurs mois.

Le mélange de certaines substances aux médicaments peut retarder ou diminuer ou augmenter leur nocuité. Pour acquérir l'accoutumance, il faut que le poison soit pris d'une façon régulière, à petites doses, d'abord, puis à doses progressivement croissantes, jusqu'à une limite déterminée, variable pour chaque sujet. Le mode d'administration joue un rôle très grand, l'injection intra-veineuse est plus active que l'injection sous-cutanée, et celle-ci que l'ingestion stomacale. L'association de plusieurs médicaments toxiques peut produire, suivant les cas, des effets diamétralement opposés; ou bien elle favorise la tolérance, ou bien elle accroît la gravité des accidents.

Les médicaments d'origine minérale sont, en général, ceux qui se prêtent le moins aux phénomènes d'accoutumance; le phosphore, le plomb, l'argent, le mercure, déterminent assez rapidement des signes d'intoxication. Mais, à côté de ces agents thérapeutiques auxquels l'organisme ne s'habitue pas, il en est d'autres, au contraire, qui peuvent être utilisés sans inconvénients à haute dose et d'une façon prolongée, et pour lesquels cependant l'accoutumance est purement apparente, ce sont ceux qui sont inertes, ceux qui ne s'absorbent pas, ceux qui ont une faible toxicité, ceux qui s'éliminent rapidement par de nombreuses voies. Dans ce dernier cas est le tartre stibié; cet agent, ingéré à petites doses, 5 à 6 centigrammes, provoque des vomissements, de la pâleur et du refroidissement de la peau, de l'irrégularité puis du ralentissement du pouls, de la dépression du système nerveux et de la puissance musculaire. D'autre part, dans la pneumonie, si on administre le tartre stibié à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme et plus, mais à doses fractionnées, on obtient d'abord l'effet éméto-cathartique ordinaire, mais, dès le second jour, quelquefois même d'emblée, ces effets ne se produisent plus et l'on peut dès lors continuer le traitement pendant quelques jours, sans voir survenir aucun trouble digestif. Il y a donc tolérance sans qu'il y ait accoutumance et immunité. Cette tolérance est d'ailleurs facilitée par l'élimination par plusieurs voies, la bile, l'urine, la sueur, le mucus bronchique. Cependant, la continuation trop longue du tartre stibié offre des dangers, car elle entraîne, à la longue, des dégénérescences viscérales.

En ce qui concerne les médicaments qui déterminent des phénomènes d'accoutumance réelle, Simon les divise en deux groupes : 1° *les poisons de l'intelligence* (opium, cocaïne, chloral, éther, chloroforme) qui stimulent énergiquement les centres nerveux psychiques et déterminent une sensation de bien-être toute spéciale qui les rendent de plus en plus désirables, et, en même temps, tellement indispensables au fonctionnement de l'organisme que la privation en devient intolérable et peut même s'accompagner d'accidents redoutables; 2° les seconds sont les analgésiques, les antithermiques, les iodures et les bromures, le borate de soude, l'arsenic; ils ne donnent pas lieu à ce besoin irrésistible, mais tantôt leur action s'émousse par habitude et les rend inefficaces, tantôt, après une initiation quelque peu difficile, ils finissent par être parfaitement tolérés à des doses de beaucoup supérieures à celles du début.

Opiacés. — Les faits d'opiophagie comme habitude passionnelle sont connus; et on a vu l'opium administré comme moyen médicamenteux à des doses fantastiques. Un malade de Trousseau prenait jusqu'à 20 grammes d'opium par jour; un autre de Zambaco prenait quotidiennement 20 grammes de laudanum de Sydenham. La morphinomanie est chose courante à l'époque actuelle; on a vu des morphinomanes aller jusqu'à 5, 9 et 12 grammes de morphine par jour. Les accidents de morphinisme ne se font sentir d'ordinaire qu'au bout de huit à dix mois. Dans l'accoutumance aux opiacés, il est intéressant de constater avec Regnier que la passion de la morphine est souvent l'apanage des nerveux et des surmenés. Sur 67 cas, cet auteur a compté jusqu'à 43 névropathes. La question d'individualité, de terrain est ici très importante.

Cocaïne. — On a essayé de l'employer comme remède de la morphinomanie; mais si, dans quelques cas, cette substitution a été suivie de succès, le plus souvent elle n'a fait qu'ajouter une intoxication à une autre. Les débuts du cocaïnisme étant agréables et le plus souvent sans dangers, l'accoutumance est rapide et certains malades arrivent jusqu'à 2 grammes de cocaïne. Les signes d'intoxication sont précoces; d'après Magnan et Saury, il y a des sensations de corps étrangers sous la peau, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, des tremblements, des crampes, des attaques épileptoïdes, de la tachycardie (Erlenmeyer), des troubles de la respiration, des sueurs profuses, de l'insomnie, de l'impuissance et, à la fin, une déchéance intellectuelle profonde. La guérison de la cocaïnomanie est très difficile à obtenir.

Chloral. — La chloralomanie est plus rare, parce que ce médicament laisse souvent derrière lui de l'affaiblissement intellectuel et de l'obnubilation sensorielle. D'autre part, les neurasthéniques et les hystériques, les maniaques le tolèrent mal, et, dans maintes affections, il détermine du collapsus. Lorsque la limite de tolérance est acquise, les phénomènes d'intoxication chronique se déroulent, à savoir : les troubles digestifs, les vomissements, la diarrhée, de l'ictère, des éruptions cutanées, amaigrissement, œdèmes, etc. L'état de besoin du chloral est moins marqué que dans les autres intoxications; cependant, dit Hodée, si on retarde l'heure du chloral, la face devient rouge et congestionnée, des taches se montrent sur les joues, il y a de l'anxiété, des crises diarrhéiques. Kirn a observé des hallucinations, Pichon de l'état syncopal.

Éther. — L'éthéromanie passionnelle s'observe surtout en Angleterre; et cette intoxication, dont les effets se rapprochent de ceux de l'alcool, dans beaucoup de cas, altère seulement le caractère et laisse la santé générale excellente (Beluze). L'accoutumance à l'éther, soit en boissons, soit en inhalations, peut acquérir des proportions considérables. Briquet le chimiste en consommait une pinte par jour; un malade d'Ewald était arrivé jusqu'à 2 livres 1/2. Les signes de l'intoxication sont un abattement complet avec perversion du sens moral, délire impulsif, incohérence des idées, tremblement, faiblesse générale, hypertrophie du foie. La suppression de l'éther chez les sujets habitués ne s'accompagne cependant pas de l'irrésistibilité à rechercher le stimulant qu'on observe dans d'autres accoutumances.

Accoutumances complexes. — Elles proviennent d'un essai de suppléance ou s'observent chez des individus qui, blasés, ne ressentent plus les effets de leur toxique habituel et demandent à d'autres poisons des sensations nouvelles et plus vives que celles auxquelles ils étaient habitués. Miphaw a relaté le cas d'un malade adonné à la fois à la morphine, aux bromures, au chloral et, par surcroît, au haschich et à l'alcool. La plus dangereuse de ces associations toxiques est celle de la morphine et de la cocaïne, qui se distingue du morphinisme par l'existence de troubles sensoriels et de conceptions délirantes, et sa marche plus rapide. Le chloralisme aggrave les troubles gastro-intestinaux habituels de la morphinomanie; on voit survenir des vomissements, accompagnés de douleurs violentes et de sensations de brûlures, le long de l'œsophage, du pyrosis, une bouche sèche et pâteuse, l'haleine fétide.

Chloroforme. — La chloroformomanie est rare et n'a guère eu au début qu'un prétexte : soulager une affection chronique douloureuse. Le chloroforme peut être toléré longtemps sans inconvénients; mais, à haute dose, il n'en est plus de même, témoin un pharmacien qui était arrivé à en absorber par jour le contenu d'une bouteille ordinaire, et qui tomba dans un état de somnolence continuelle avec affaiblissement de la mémoire, amaigrissement, insomnie, hydropisies et œdèmes, faiblesse du cœur, dyspepsie. D'après Rehm, la passion du chloroforme ne se rencontre guère que chez les nerveux. Les troubles intellectuels observés peuvent s'accompagner d'hallucinations terrifiantes, de folie périodique.

Caféine. — Il n'y a pas d'exemple d'habitude de caféine; on peut observer de l'intoxication chronique par le café en nature, caractérisée par de l'insomnie, de l'inaptitude au travail, du tremblement des mains, un affaiblissement musculaire général, des palpitations, des irrégularités du pouls, etc.

Les médicaments du second groupe ne sont pas l'objet d'habitudes passionnelles, et leur emploi prolongé ne s'accompagne pas de l'irrésistibilité qui caractérise les médicaments précédents. L'accoutumance se borne pour les uns à la perte graduelle de leur efficacité; pour les autres, à la disparition des phénomènes d'intolérance qui marquent chez certains sujets les premiers temps de leur administration, et qui sont de nature à empêcher un traitement intense et de longue durée. Tels sont, comme analgésiques, la phénacétine et l'antipyrine; pour les hypnotiques, la paraldéhyde, le méthylal (Mairet et Combemale).

Arsenic. — La dose maniable de l'arsenic est assez étendue, mais la dose toxique pour un sujet adulte est de 3 à 5 centigrammes. Briquet arrivait à cette dose dans la fièvre paludéenne. Cougnat, dans la chorée, recommande de 35 à 40 grammes de liqueur de Boudin par jour; ces doses sont cependant dépassées par les arsenicophages de la Basse-Autriche et de la Styrie. Knapp a vu un mangeur d'arsenic absorber 25 centigrammes d'orpiment et un autre 30 centigrammes d'acide arsenieux. Peut-être faut-il admettre que l'innocuité de ces hautes doses ne résulte que d'un défaut d'absorption, car les arsenicophages ne mangent que des préparations insolubles ou peu solubles; cependant, on peut observer chez eux des phénomènes d'abstinence, c'est-à-dire des troubles plus ou moins graves accompagnant la suppression brusque de toxique et disparaissant quand les sujets y recouraient à nouveau.

Iodures. — Les accidents iodiques sont les mêmes, mais on peut dire que l'iodisme dépend en partie de la prédisposition du sujet, de la dose et de la variété d'iodure employée. D'autre part, l'observation montre que l'iodisme succède souvent à la première dose pour diminuer et disparaître complètement malgré la continuation du médicament. Il y a une accoutumance réelle aux iodiques, et elle peut être favorisée par l'adjonction de la belladone, des bromures, du bicarbonate de soude, de l'antisepsie intestinale.

Bromures. — La tolérance des bromures est très grande, et Féré, dans certains cas d'épilepsie, a pu amener des malades de 4 jusqu'à 20 grammes par jour.

Borate de soude. — Le même auteur a vu des malades supporter jusqu'à 20 grammes de borate de soude, alors que parfois des doses minimes de 2 à 3 grammes produisent des phénomènes toxiques très marqués.

Atropine. — L'accoutumance à l'atropine a été surtout démontrée expérimentalement par von Anrep. La susceptibilité des adultes est très grande, tandis que les enfants, les coquelucheux, par exemple, supportent très facilement des doses très élevées de belladone. Trousseau, dans l'épilepsie, allait jusqu'à faire prendre par jour vingt pilules d'extrait de belladone. Il n'en est pas moins vrai que c'est là un médicament dangereux et qu'il faut le manier avec une grande prudence.

En résumé, il est acquis qu'un assez grand nombre d'agents toxiques peuvent être tolérés par l'organisme, grâce à une habitude graduelle et prolongée, à des doses de beaucoup supérieures à celles qui seraient fatales à la généralité des individus. Ce sont en général des médicaments composés organiques, de faible toxicité relative. Au début de l'accoutumance, il y a souvent une période d'initiation pénible, et la condition essentielle pour la production de l'accoutumance, c'est que les doses de l'agent toxique ne soient que peu à peu et graduellement augmentées. Parfois même, pour arriver à ce résultat, il faut procéder par des moyens détournés, diminuer la dose initiale, que l'on relève ensuite progressivement, ou bien adjoindre au médicament principal un agent reconnu capable, de par la physiologie et l'expérience, d'obvier aux inconvénients du premier. Mais, que l'accoutumance se fasse seule, ou qu'on soit obligé d'y aider, elle est, en général, assez rapidement obtenue.

Le mode d'introduction de l'agent toxique dans l'organisme a peu d'influence sur la production de l'accoutu-

mance elle-même : cependant, il est bon de remarquer qu'un sujet accoutumé à tel mode d'absorption déterminé ne l'est pas forcément à un autre. Mais, ce qui domine surtout l'étiologie de l'accoutumance, c'est la question de l'individu, du terrain. Une fois que l'accoutumance est constituée, elle détermine d'abord l'affaiblissement considérable de la toxicité des médicaments, puis, telle substance qui, au début, impressionnait pour ainsi dire l'organisme tout entier, n'agit plus, au bout d'un certain temps, que sur tel ou tel de nos appareils; mais la persistance de l'excitabilité de certains organes malgré l'accoutumance n'est pas absolument complète. D'autre part, Kossbach a remarqué que les organes qui, normalement, sont les plus sensibles à l'action du médicament, sont aussi ceux qui subissent le moins l'influence de l'habitude.

L'accoutumance n'est pas indéfinie ; elle a, dans tous les cas, une limite qui ne peut être impunément franchie, où on observe des signes d'intoxication, tenant soit à la dose, soit au mode d'administration, soit aux susceptibilités individuelles.

II

Rapport de M. J.-F. Heymans, professeur à l'Université de Gand.

Quoiqu'il soit impossible dans les sciences positives de formuler une définition comprenant tous les cas particuliers, je crois pouvoir dire que l'accoutumance à un poison chez un individu est un état organique particulier, déterminé par des doses antérieures de ce poison, grâce auquel le pouvoir toxique du poison est moins grand que chez un individu semblable auquel ce poison est administré pour la première fois. L'accoutumance à certains poisons confère l'immunité active ; nous verrons plus loin quels sont ces poisons et par quoi cette immunité diffère de l'accoutumance simple.

L'accoutumance est le fait du poison lui-même ; elle est spécifique en ce sens qu'un organisme accoutumé à un poison donné ne l'est pas au même degré aux autres poisons ; tous les faits, signalés comme contraires à la spécificité de l'accoutumance, s'expliquent par une augmentation de la tolérance.

Ce que je viens de dire des poisons en général s'applique aux médicaments pour lesquels la clinique signale l'accoutumance, car tous sont des poisons à des degrés divers. En nous plaçant au point de vue clinique, je dirai donc que l'accoutumance à un médicament chez un malade est un état organique particulier determiné par des doses antérieures de ce médicament, d'où il résulte que la dose active est plus élevée que chez un malade semblable auquel ce médicament est administré pour la première fois. Je dis : « un malade semblable auquel ce médicament est administré pour la première fois » et j'établis ainsi la différence entre l'accoutumance et la tolérance.

L'accoutumance aux médicaments s'observe tant chez les individus pour le reste normaux, que chez les individus malades.

La propriété de déterminer l'accoutumance — il est à peine besoin de le relever — n'appartient pas exclusivement aux médicaments proprement dits, mais à un très grand nombre de poisons. On n'a pas jusqu'ici recherché systématiquement quels poisons déterminent l'accoutumance et quels poisons provoquent l'accumulation, mais à en juger par les résultats déjà publiés, par exemple ceux de Calmette (Ann. Past. 1895, p. 244) sur l'ouabaïne, le curare et la strychnine, on peut admettre que la plupart des glucosides et des alcaloïdes ainsi que la plupart des composés chimiques inorganiques et organiques, si pas tous, sont à même, au moins dans certaines circonstances, de provoquer l'accoutumance.

Elle n'est pas non plus liée à un groupe déterminé de composés chimiques, car on la rencontre chez les composés minéraux tels que l'arsenic, chez les composés organiques tels que l'alcool et l'éther, chez les composés d'origine végétale tels que la morphine, et sans doute aussi chez les composés d'origine animale.

La clinique a observé des cas innombrables d'accoutumance aux médicaments et pourtant elle nous fournit à peine quelques données sur la nature de cette accoutumance. Comme toujours, qu'on me permette de le redire, l'observation clinique, qui juge en dernier ressort de la valeur thérapeutique des médicaments anciens ou nouveaux, se montre d'une impuissance désespérante en face du pourquoi des phénomènes qu'elle constate.

C'est donc à l'expérimentation à préciser le comment et la nature de l'accoutumance aux médicaments. Malheureusement l'étude pharmacodynamique des médicaments, si brillamment inaugurée en France par Magendie et Claude Bernard, est très loin d'avoir scruté systématiquement cette question. Successivement, les chercheurs, les hommes de laboratoire, ont été détournés vers l'anatomie et la physiologie, vers la pathologie et la bactériologie. Heureusement, cette dernière a découvert les toxines et la sérothérapie, jetant ainsi un pont entre les conquêtes les plus récentes de la science expérimentale et les vagues intuitions de l'enfance de l'art médical, réduite aux mélanges de quelques poisons informes. Les vaccinations par les virus atténués d'après Pasteur, les immunisations par les toxines d'après Behring, ont ainsi mis au jour maintes données intéressantes qui jettent également de la clarté sur l'accoutumance médicamenteuse, dont l'étude avait été abandonnée par les pharmacologistes. En effet, depuis von Anrep, dont le travail sur l'atropine a été paraphrasé par son maître Rossbach, l'accoutumance aux médicaments n'a plus été, à notre connaissance, l'objet de recherches spéciales. Le terme même a disparu des publications scientifiques et ne se retrouve plus que dans les ouvrages cliniques. De fait, nous ignorons encore le mécanisme intime de l'accoutumance aux médicaments ; pour le préciser quelque peu, nous sommes obligés de comparer l'accoutumance médicamenteuse à l'immunité acquise et innée.

Comment se produit l'accoutumance aux substances chimiques, aux poisons ? Ce mécanisme est certainement complexe. Nous l'avons déjà dit, l'immunité humorale se caractérise par la formation des antitoxines. Seulement, toute immunité humorale paraît s'accompagner en outre d'une immunité cellulaire, au moins partielle, comme il ressort des travaux de Metchnikoff sur la phagocytose et comme l'ont démontré entre autres Camus et Gley, Ehrlich et Kossel pour les globules rouges du sang des lapins immunisés contre le sang d'anguille. Par conséquent, toute accoutumance toxique, toute immunité innée ont peut-être ceci de commun que les cellules atteintes primitivement par le poison n'en sont plus modifiées dans leur tonus vital.

Comment peut-on comprendre que certaines cellules soient ou deviennent insensibles à des poisons agissant sur d'autres cellules apparemment semblables?

Dans certains cas, ce sera parce que le poison ne pénètre plus dans la cellule, celle-ci ayant modifié ses propriétés osmotiques et sélectives : tel doit être le cas pour l'épithélium stomacal vis-à-vis des poisons qu'il ne détruit pas, qu'il n'absorbe pas, et qui pourtant n'agissent pas sur lui ; tel doit encore être le cas pour les cellules du sang, qui viennent en contact avec tous les poisons absorbés et ne sont pourtant modifiées que par un très petit nombre.

D'autres fois, la cellule modifie son intérieur de telle manière que le poison, tout en y entrant, n'y trouve rien à quoi se combiner et en sort comme tel. Tel doit être le cas pour les poisons à action générale, qui, charriés par le sang,

se répartissent dans tout l'organisme et pourtant n'agissent que sur des éléments bien déterminés. Tous les poisons à action générale qui sont administrés à l'intérieur et qui s'éliminent comme tels, traversent l'épithélium gastro-intestinal et l'épithélium rénal, le plus souvent sans le modifier d'aucune manière.

D'autres fois, enfin, la cellule importunée par l'intrus qui renouvelle constamment sa visite, loin de se laisser empoisonner, fait sa pâture du poison. La vraie accoutumance ou la vraie immunité cellulaire acquise doit consister, nous semble-t-il, en ce que le poison devienne pour la cellule un aliment. Le premier cigare et le premier verre de liqueur peuvent nous avoir rendu malade, tandis qu'ils réconfortent un organisme accoutumé. Puisqu'alors la cellule détruit le poison, on peut dire qu'elle est antitoxique ou phtérotoxique, seulement cette propriété étant liée à la vitalité cellulaire, l'extrait de ces cellules est dépourvu de toute action antitoxique et dès lors l'immunité cellulaire acquise n'est pas transmissible d'un animal à l'autre comme l'est l'immunité antitoxique. Il est parfaitement établi que les leucocytes peuvent devenir bactéricides et phtérotoxiques, mais faut-il dénier absolument cette propriété à toutes les autres cellules? cela ne me paraît ni démontré ni probable.

Souvent, mais à tort selon nous, compare-t-on l'organisme accoutumé à un muscle épuisé par un courant électrique, car un tel muscle ne se contracte plus quel que soit l'excitant, tandis que l'organisme accoutumé à un médicament présente encore parfaitement les phénomènes que le médicament provoquait antérieurement.

Les hypothèses particulières qu'on a formulées sur l'accoutumance à l'alcool, à la nicotine, à l'éther, à la morphine et aux nervins en général, sont nombreuses mais ne reposent sur aucune donnée expérimentale précise; nous croyons qu'il n'y a pas lieu de nous y arrêter. Avouons notre ignorance plutôt que de nous payer de mots. On est d'autant plus heureux de rencontrer, dans ce vaste désert, un travail expérimental tel que celui de Beredska (Ann. Pasteur, 1899, p. 209), qui analyse systématiquement l'accoutumance à un médicament, à savoir l'acide arsénieux. Cette accoutumance paraît incontestable chez l'homme tandis que « les expérimentateurs qui se sont occupés de l'arsénicisme sont unanimes à reconnaître qu'en ce qui concerne les animaux du laboratoire, il n'y a point d'accoutumance et même que les animaux après plusieurs injections deviennent plus sensibles et meurent souvent d'une dose inférieure à la dose mortelle ». C'est ce qui résume l'état de la question avant Beredska, et cet auteur continue : « Ceci est exact pour les conditions dans lesquelles se sont placés les auteurs ; cela n'empêche pas que l'accoutumance à l'arsenic existe et l'on peut la mettre en évidence, même en injectant simplement plusieurs fois à l'animal des doses considérables, mais non mortelles, d'arsenic. De cette façon on peut parvenir, très péniblement il est vrai, à faire supporter une dose tuant en quarante-huit heures.

Mais il existe un procédé beaucoup plus expéditif qui conduit aux mêmes résultats. Pour ne pas faire dévier le sujet du présent travail, nous en donnerons la description dans un prochain travail où nous traiterons de l'immunisation en général. »

Ce mémoire n'a pas encore paru mais, quel qu'il soit, ce procédé, nous pouvons admettre qu'il est possible de déterminer chez les animaux l'accoutumance à l'arsenic. Et l'auteur, poursuivant ses recherches, sous la direction du savant collègue Metchnikoff, se demande : « Comment se comportent les globules blancs dans ces cas (chez les animaux accoutumés)? » Et il répond : « L'expérience montre qu'ils se comportent exactement comme s'il s'agissait d'un animal neuf soumis à une dose, non mortelle, d'arsenic.

Tandis que le témoin, du même poids, réagit ou en hypoleucocytose seule ou hyperleucocytose passagère suivie d'hypoleucocytose, selon la quantité d'arsenic, le lapin préparé réagit tout différemment : après une hypoleucocytose ayant le caractère de celle qu'on observe dans le cas de doses non mortelles vient s'établir un stade hyperleucocytaire très prononcé qui dure plusieurs jours; puis tout rentre dans l'ordre, le sang reprend sa constitution normale. »

Après avoir donné des chiffres qui démontrent cette affirmation, l'auteur conclut : « Ce fait que deux animaux — un neuf, l'autre accoutumé — réagissent différemment vis-à-vis d'une même dose d'arsenic, nous fait conclure que le jeu des leucocytes ne relève qu'indirectement de la quantité du poison, mais qu'en réalité il est commandé par la résistance que l'animal oppose au poison. De plus, la nature de la réaction leucocytaire chez le lapin neuf et l'accoutumé nous apprend que la résistance de l'animal est d'autant plus efficace que les leucocytes et en particulier les polynucléaires, sont plus nombreux dans le sang et qu'elles y séjournent plus longtemps. »

Et après avoir démontré que les leucocytes de la période hyperleucocytaire contiennent seuls de l'arsenic, tandis que le plasma et les globules rouges n'en contiennent point, l'auteur conclut : « Les leucocytes accoutumés ne fuient pas devant le poison ; tout au contraire, attirés positivement, ils englobent l'arsenic et l'empêchent ainsi de diffuser dans l'organisme, d'où survie de l'animal. » En d'autres mots, ce seraient les leucocytes devenus phtérotoxiques qui expliqueraient l'accoutumance à l'arsenic. En serait-il de même pour l'accoutumance à la morphine et aux autres médicaments ainsi qu'aux poisons chimiques ou microbiens en général? En tout cas, depuis quinze ans et surtout dans ces derniers temps, Metchnikoff et ses élèves accumulent faits sur faits en faveur de la théorie de la phagocytose. Cependant, quand Beredska dit que « la vie (de l'animal empoisonné par l'arsenic) est corrélative de la phagocytose du poison... et que cette formule est l'aboutissant logique des faits exposés », je me demande si cette conclusion ne présuppose pas que l'absorption de l'arsenic n'est pas terminée avant l'hyperleucocytose qui pourtant « ne s'installe pas d'emblée après l'injection ; elle est précédée d'un stade hypoleucocytaire dont la durée est en raison directe de la dose injectée et dépasse rarement dix à douze heures ». L'accoutumance comme l'immunité s'observe après injection intravasculaire de la morphine et des toxines; et pourtant les poisons injectés dans le sang en disparaissent presque instantanément (*Arch. int. de pharm. et de thér.*, 1899, vol. VI) de sorte que la bataille doit se livrer dans ce cas, me semble-t-il, non dans le sang, mais ailleurs. Est-ce dans les organes riches en leucocytes ou est-ce dans un autre tissu (nerveux)? C'est là une question sur laquelle, nous n'en doutons pas, les recherches persévérantes des nombreux expérimentateurs qui s'intéressent aujourd'hui à l'étude des intoxications et désintoxications, finiront par porter la lumière. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

L'eau chaude en gynécologie.

M. le docteur Platon rapporte, dans le *Marseille médical*, treize cas d'affections aiguës ou chroniques de la femme dont sept métrites ou métro-salpingites, pelvi-péritonites, etc., qui, presque toutes, ont été guéries par l'emploi de l'eau chaude suivant la méthode de M. Reclus (1). Rappelons en quoi elle consiste :

(1) L'an dernier, au Congrès de gynécologie de Marseille, M. Platon avait déjà relaté les excellents effets de cette méthode (*Gaz. des hôpit.*, 27 oct. 1898).

Tous les matins, une demi-heure avant de se lever, la malade doit avoir sur la table de nuit un irrigateur pouvant contenir au moins un litre de liquide ; on le remplit avec de l'eau dont la température, une fois le récipient réchauffé, doit être encore de 50 degrés à 55 degrés. La malade introduit la canule dans l'anus et ouvre le robinet, mais peu à peu, pour que l'intestin ne se révolte pas, car il faut conserver le lavement encore une demi-heure. Puis la malade demeure immobile, et, au bout d'une demi-heure, se lève, rend son lavement, et la médication est terminée par une injection vaginale. On recommence chaque matin et aussi parfois chaque soir, jusqu'à l'apparition des règles, pendant lesquelles la suspension des lavements est de rigueur.

Il faut joindre à ces injections vaginales et rectales des pansements vaginaux à la glycérine iodée ou ichtyolée : la glycérine ayant un pouvoir absorbant considérable et établissant ainsi un véritable drainage des organes internes.

Il ne faut pas oublier de veiller aussi au bon fonctionnement de l'intestin et combattre par tous les moyens une constipation plus ou moins opiniâtre.

Telle est la technique employée par M. Platon dans le traitement des affections chroniques : métrite, métrorragie, dysménorrhée, rétro-déviation, antéflexion.

Dans les inflammations aiguës consécutives à une infection gonococcique ou puerpérale et surtout dans les cas d'inflammation des organes du petit bassin avec propagation au péritoine, le traitement par l'eau chaude donne des résultats surprenants.

Dans ces cas de pelvi-péritonite où la température de la malade oscille entre 39 degrés et 40 degrés, où le ventre dur, ballonné, réveillé à la moindre pression une douleur vive, où l'on constate un œdème du tissu cellulaire péri-utérin, où l'utérus lui-même semble immobile et difficilement accessible, où l'état général quelquefois précaire fait craindre pour le pronostic, la première indication à suivre est d'immobiliser l'intestin avec de l'extrait thébaïque qui calmera la douleur et arrêtera les vomissements s'ils se sont établis. Matin et soir le malade prendra un lavement à 50 degrés de 1 litre environ qu'elle gardera le plus longtemps possible.

Dans l'intervalle, toutes les deux ou trois heures, une injection de 2 litres à 50 degrés sera administrée.

Enfin, après le lavement du soir, selon l'état de la malade, des pansements vaginaux à la gaze gylcérinée seront pratiqués ou des ovules à la glycérine belladonée seront introduits profondément. (*Jour. de méd. et de chir. prat.*)

FORMULAIRE

Traitement de la pelade par l'acide lactique.

M. Balzer recommande :

Acide lactique.	15 grammes.
Eau distillée	30 —

pour frictions quotidiennes.

Ou : Alcool à 60 degrés.	30 —
Acide lactique.	10 —

pour frictions deux fois par jour.

En même temps, faire l'antisepsie du cuir chevelu avec de la liqueur de Van Swieten.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cure prompte et radicale de la syphilis. Syphilis et mercure (1), par le docteur Larrieu.

Après dix ans de pratique, M. Larrieu a pu se faire une opinion personnelle sur le traitement de cette maladie et ne pas se croire obligé de jurer *in verba Magistri*. Pour lui, il croit que la syphilis peut, dans la plupart des cas, être enrayée dès le début, et que, à cette période, elle est susceptible de guérir définitivement après un traitement de quatre à huit mois. Il y a loin de là à ce traitement de toute la vie qu'on conseille en haut lieu.

M. Larrieu ne préconise aucun remède secret : les médicaments qu'il emploie sont ceux employés par tous les syphiligraphes, seulement sa méthode varie.

Dans les six chapitres dont se compose son livre, il s'occupe longuement du mercure, et il conclut que l'emploi de ce médicament est actuellement encore abusif, quant à certains modes de son administration et quant aux doses usitées, et il démontre que ces doses ne doivent pas être trop longtemps prolongées.

Il démontre ensuite le peu d'efficacité des traitements abortifs et c'est surtout la teinture d'iode à laquelle il donne la préférence. Pour lui, elle paraît devoir être l'idéal de la médication. Grâce à elle, et avec l'aide des cautérisations et des frictions mercurielles, M. Larrieu parvient à guérir en un temps très court, deux mois environ, le chancre induré, accompagné ou non d'adénopathie satellite. En même temps, il conseille les applications hydrargyriques externes. La préparation iodurée à laquelle il donne la préférence est la teinture d'iode récente, à la dose de III gouttes, le matin à jeun.

Quelle que soit l'opinion qu'on professe sur le traitement de la syphilis, le livre de M. Larrieu est un livre à lire, car il est écrit avec conviction et il repose sur des faits.

A. C.

(1) 3e édit. In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

508. M. Duvoisin. Des ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue. — 509. M. Chambrin. Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs à l'intoxication par l'éther. — 510. M. Soullard. La cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant. — 511. M. Chevé. De l'érysipèle des enfants nouveau-nés et à la mamelle. — 512. M. Giradinovitch. Péricardite brightique. — 513. M. Joubert. Contribution à l'étude de l'albuminurie dans la diphtérie traitée par le sérum. — 514. M. Couvert. Extinction de la variole par la vaccination et la revaccination obligatoires. — 515. M. Miliann. Les sporozooses humaines.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — M. le docteur Chatin, chargé d'un cours complémentaire d'histologie à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. Cannieu, agrégé près la Faculté mixte de médecine de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie à ladite Faculté.

Nancy. — M. Rhomer (Joseph), agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur de clinique ophtalmologique à ladite Faculté.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, en date du 22 juillet 1899, la médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

MM. Mettetal, Millet et Mainguy, internes des hôpitaux de Paris ; Dionis du Séjour et Guihal, externes.

Marine. — M. Pélissier, médecin de première classe du port de Brest, est désigné pour continuer ses services au 8e régiment d'infanterie de marine à Toulon, en remplacement de M. le docteur Degroote.

Statistique. — Mortalité à Paris du 23 au 29 juillet, 948 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente 1007, mais supérieur à la moyenne ordinaire de la saison 896. — La fièvre typhoïde a causé 15 décès, dont 8 dans les hôpitaux, au lieu de 5 moyenne ordinaire de la saison; 134 nouveaux cas de maladie; la rougeole, 29 décès au lieu de 23 reste au-dessus de la moyenne (21); la scarlatine est encore assez répandue, 44 cas nouveaux, mais très peu meurtrière, 6 décès (moyenne 5); la diphtérie n'a causé que 3 décès, au lieu de la moyenne 8; la variole n'a causé aucun décès depuis quinze jours; la diarrhée infantile a causé 124 décès, chiffre supérieur à la moyenne (99). Il y a eu 12 suicides et 25 autres morts violentes.

Hygiène. — La Belgique était jusqu'ici régie au point de vue de l'hygiène par la loi du 18 juillet 1831. Cette loi va être remplacée par une nouvelle loi sanitaire actuellement à l'état de projet. Dans cette nouvelle loi, le gouvernement est autorisé à prendre toutes les mesures nécessaires sur l'avis des autorités sanitaires compétentes.

Tout cas de maladie contagieuse doit être signalé à l'autorité dans les vingt-quatre heures par le médecin traitant et par le chef du ménage ou son représentant. La liste de ces maladies sera vraisemblablement limitée à la variole, la scarlatine, la diphtérie, la fièvre tyhoïde, le choléra et la peste.

La vaccination et la revaccination sont obligatoires. Les infractions à la loi seront punies de peines pouvant aller jusqu'à 1 000 francs d'amende et deux ans de prison.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence des voyages économiques, une excursion aux Gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne, du 20 *au* 30 *août* 1899.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 francs; 2e classe, 245 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'Agence des voyages économiques, 17, rue Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 89. — MARDI 8 AOUT 1899. 72e ANNÉE. MARDI 8 AOUT 1899. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE
(Ve SESSION, LILLE 1899)

Troisième question : LEUCÉMIE ET ADÉNIE

I

Rapport de M. J. DENYS (de Louvain).

Il est impossible de s'élever aux conceptions modernes de la leucémie et de l'adénie et de faire progresser nos connaissances sur ce sujet, si l'on ne connaît pas bien la signification des diverses formes de leucocytes que l'on observe dans le sang.

Déjà en 1865, M. Schultze consacrait un travail spécial à l'étude de ces diverses formes, mais c'est à Ehrlich et à ses nombreux élèves que revient incontestablement le mérite de nous avoir révélé leur signification et leur valeur. En effet, se basant sur des procédés de coloration entièrement nouveaux, Ehrlich démontra qu'il existe dans le sang plusieurs *espèces* de leucocytes, indépendantes les unes des autres, et non plusieurs *variétés*, dérivant d'une forme unique par transformation. Les travaux d'Ehrlich ont rencontré beaucoup d'opposition, et actuellement encore ses conclusions ne sont pas admises par tout le monde ; bien plus ses procédés de coloration paraissent avoir été peu pratiqués en dehors de l'Allemagne. Ils sont pourtant la base de nos connaissances actuelles sur la leucémie et même de toute la pathologie des globules blancs. C'est pour ce motif que nous croyons indispensable de nous étendre sur les leucocytes du sang normal et d'exposer les raisons pour lesquelles, conformément à la doctrine d'Ehrlich, nous admettons plusieurs espèces de leucocytes.

La classification du savant allemand repose principalement sur la présence ou l'absence de granulations dans le protoplasme des leucocytes et sur les affinités diverses de ces granulations pour les matières colorantes.

Ehrlich distingue dans le sang normal de l'homme : 1° les lymphocytes, éléments petits, à noyau rond, à protoplasme rare et dépourvu de granulations; 2° les grands leucocytes mononucléaires, éléments volumineux, à protoplasme abondant, sans granulations; 3° les formes de passage, éléments intermédiaires aux précédents et aux suivants et renfermant quelques granulations neutrophiles; 4° les leucocytes polynucléés à noyau polymorphe, à protoplasme abondant, à granulations fixant les colorants neutres ; 5° les cellules éosinophiles, analogues aux précédents, mais s'en distinguant par l'affinité de leurs granules pour les colorants acides, dont un des types est l'éosine ; 6° les Mastzellen, à granulations fixant les couleurs basiques.

A l'état pathologique, Ehrlich décrit encore les formes leucocytaires suivantes : 1° les cellules mononucléaires avec des granulations neutrophiles ou myélocytes; 2° les cellules éosinophiles ou myélocytes éosinophiles ; 3° les pseudolymphocytes neutrophiles.

En résumé, le savant allemand décrit neuf sortes de leucocytes.

A notre avis cette classification peut se simplifier sans inconvénients, plusieurs des sortes admises par Ehrlich pouvant se fusionner entre elles. C'est ainsi que les grandes cellules mononucléaires n'étant que des lymphocytes riches en protoplasme rentrent dans la catégorie des lymphocytes ; les formes de passage, par leurs granulations neutrophiles, font partie des leucocytes polynucléés, parmi lesquels ils représentent des types moins mûrs ; enfin les formes pathologiques ne sont que des variétés des diverses formes normales.

Nous proposons la classification suivante :

Nous divisons d'abord les leucocytes en *lymphocytes* et en *myélocytes*, termes rappelant la source principale et presque exclusive de ces éléments. Les lymphocytes proviennent du tissu lymphatique des ganglions, de la rate, des follicules, etc., les myélocytes tirent leur origine de la moelle rouge des os.

Nos lymphocytes comprennent les lymphocytes d'Ehrlich et les grandes cellules mononucléaires du même auteur. Nos myélocytes se divisent en trois catégories : les neutrophiles, les éosinophiles et les basophiles, embrassant aussi bien les formes normales que les formes pathologiques.

Leucocytes.	Lymphocytes ou leucocytes sans granulations.	
	Myélocytes ou leucocytes à granulations.	neutrophiles.
		éosinophiles.
		basophiles.

Ces quatre sortes de globules ne dérivent pas les unes des autres, mais constituent quatre espèces distinctes. Nous admettons donc complètement les idées d'Ehrlich sur cette question.

Cette proposition est établie par les arguments suivants :

1° On ne trouve pas entre entre les quatre sortes de leucocytes les formes de passage établissant leur dérivation. La coloration par les procédés d'Ehrlich est surtout démonstrative à ce point de vue.

2° Les lymphocytes d'un côté et les myélocytes de l'autre se forment dans une gangue toute différente : les premiers dans un tissu réticulé, les seconds dans une variété de tissu muqueux.

3° Les lymphocytes ne dégagent pas de substance bactéricide; les myélocytes, du moins les neutrophiles, même recueillis dans la moelle, abandonnent à la trituration des quantités considérables de cette substance, à tel point, qu'une partie de moelle de lapin, triturée dans cent parties de sérum rendu inactif par un chauffage à 60 degrés, lui communique assez de pouvoir microbicide pour tuer en quelques heures un abondant semis de staphylocoques ou de bacilles du foin. Dans le sein même du tissu où ils se forment, et avant de l'avoir quitté, les myélocytes neutrophiles possèdent des propriétés biologiques différentes des lymphocytes (Wauters. *Arch. de méd. exp.*, 1898).

4° Les lymphocytes sont dépourvus de pouvoir phagocytaire; les myélocytes neutrophiles englobent et détruisent les microbes (Wauters. *Ibid.*).

Il y a donc lieu d'admettre comme espèces leucocytaires distinctes :

1° Les lymphocytes, 2° les myélocytes neutrophiles, 3° les éosinophiles ou acidophiles, 4° les basophiles.

Ces principes posés, nous pouvons aborder les principaux problèmes posés ou résolus dans ces derniers temps sur la leucémie et l'adénie.

Le plus important est sans doute celui qui a scindé la leucémie, telle qu'elle était conçue primitivement, en deux affections distinctes: la lymphémie et la myélémie (Ehrlich). Aux deux classes fondamentales de leucocytes, les lymphocytes et les myélocytes, correspondent en effet deux leucémies distinctes : la lymphémie, avec augmentation des lymphocytes, petits et grands, et la myélémie avec augmentation des myélocytes, représentés par leurs trois formes; en effet, on ne connaît pas encore de cas où l'augmentation n'aurait porté que sur une ou deux sortes de leucocytes granulés. Toutes les trois semblent y participer d'une façon constante.

Dans la lymphémie, on remarque, à côté des petits lymphocytes ordinaires, des lymphocytes plus grands, à partie protoplasmatique importante (grandes cellules mononucléaires). Dans la myélémie, à côté des formes ordinaires et adultes des myélocytes, apparaissent des formes plus jeunes, moins mûres. L'apparition de ces dernières serait même, d'après Ehrlich, le signe pathognomonique de la leucémie médullaire.

Il est impossible de faire le diagnostic entre les deux formes de leucémie, sans recourir à l'examen microscopique du sang. En effet les altérations des organes producteurs de leucocytes ne sont pas caractéristiques, pour le motif que les lymphocytes peuvent s'établir et proliférer dans les tissus producteurs de myélocytes et les myélocytes prendre pied et se multiplier dans les organes générateurs de lymphocytes. C'est ainsi que dans certaines myélémies, les ganglions lymphatiques forment tumeurs; à l'examen microscopique, on constate que l'hyperplasie est due aux myélocytes; vice-versa les lymphocytes peuvent proliférer très activement dans la moelle, en cas de lymphémie. Ces métastases ne sont que des formes particulières de l'aptitude que présentent les leucocytes à se créer des foyers secondaires de prolifération, foyers si communs dans la leucémie au sein des organes les plus divers, centres nerveux, nerfs, foie, reins, peau, etc.

On doit admettre qu'à la lymphémie et à la myélémie correspondent deux troubles essentiellement différents de l'organisme, malgré les apparences d'identité tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique. Nous avons déjà vu combien les métastases rendent trompeuses les altérations microscopiques ; la similitude des symptômes cliniques dans la lymphémie et la myélémie ne peut pas être invoquée pour conclure à l'unité de la leucémie, car la plupart de ces symptômes ne sont autres que ceux de l'anémie profonde qui accompagne toute leucémie.

La myélémie ou leucémie médullaire n'est connue que sous la forme chronique; elle dure un an, deux ans et même plus.

Au contraire, dans la lymphémie ou leucémie lymphatique, on a établi dans ces dernières années (Ebstein, A. Fränkel) deux formes distinctes : une forme chronique, d'une durée d'un an au moins, et une forme aiguë, durant plusieurs semaines à quelques mois. Cette dernière se distingue principalement de la première par l'intoxication générale de l'économie, la fièvre, et la tendance aux hémorragies. La rate est hypertrophiée, mais moins que dans la forme chronique; enfin les ganglions, tout en étant hypertrophiés, sont moins durs.

D'après différents auteurs, Hirschlaff, Pleischer et Leube, Körmöczi, il y aurait encore lieu de distinguer une forme de lymphémie suraiguë, dont la durée se compte par jours, et qui ne présenterait aucune des altérations caractéristiques de la rate, des ganglions ou de la moelle des os. Toutefois, ces observations demandent confirmation, les lésions étant dans quelques cas moins prononcées qu'on ne serait tenté de le croire (Benda). Précisément l'observation de Körmöczi vient justifier cette réserve, en effet on y lit que la moelle abonde en lymphocytes, il y a donc néoplasie de tissu générateur de lymphocytes et partant altération caractéristique.

Quelques auteurs (Hirschlaff entre autres) ont vu dans la lymphémie, peu de jours avant la mort, le sang envahi par des myélocytes. D'après eux, une myélémie serait venue s'ajouter à la lymphémie, mais d'après Ehrlich le phénomène doit être interprété différemment et considéré comme une leucocytose d'intensité extraordinaire.

Existe-t-il réellement des coïncidences de lymphémie et de myélémie, c'est-à-dire, des leucémies auxquelles concourent à la fois les lymphocytes et les myélocytes? C'est un point qui n'est pas démontré et qui nécessite de nouvelles observations.

Ces dernières années ont vu éclore beaucoup de travaux anatomo-pathologiques sur la leucémie, mais l'immense nombre ne présente que peu d'utilité, les auteurs ne posant pas ou posant à peine la question de la double origine des leucocytes. A l'avenir tout travail devra tenir compte de cette donnée et utiliser les réactifs colorants nécessaires pour identifier les différents leucocytes.

Quelle est la signification de l'énorme accroissement des globules blancs dans le sang? Est-ce une simple accumulation, due à un retard dans la destruction? Non, car nous avons dans les nombreuses figures de division, la preuve que les tissus en fabriquent des quantités extraordinaires. Bien plus, la division continue à s'opérer dans le sang, contrairement à ce qui se fait à l'état normal. Dans la leucémie, nous avons à la fois surproduction et destruction exagérée. On peut légitimement considérer tout le processus comme un acte de défense de l'organisme, un effort puissant pour lutter contre quelque trouble de l'économie. A quoi doit servir dans cette lutte l'énorme accroissement des leucocytes, et pourquoi tantôt des lymphocytes, tantôt des myélocytes? Du rôle physiologique des premiers, nous ne connaissons absolument rien; de celui des seconds que fort peu, tout au plus savons-nous la part importante qu'une sorte de myélocyte, le myélocyte neutrophile, occupe dans notre lutte contre les microbes; mais ce n'est assurément pas sa seule fonction. Tout le reste est à élucider; la physiologie ne nous fournit donc aucun indice pour jeter quelque lumière sur l'état leucémique du sang.

Il est à peine nécessaire de dire que de nombreuses tentatives ont été faites pour découvrir « le microbe » de la leucémie. Elles ont pour la plupart échoué, et nous pouvons considérer comme entachées d'erreur les observations qui relatent l'existence d'un microbe se cultivant sur nos milieux de culture actuels tels que le streptocoque, signalé

plusieurs fois. Dans ces dernières années, Löwit a décrit dans le sang et les organes (rate, moelle, ganglions) une amibe, identique dans la lymphémie et dans la myélémie et qui serait la cause de la maladie. Ces recherches demandent confirmation, d'autant plus que ce serait le même organisme produisant deux affections distinctes : la leucémie lymphatique et la leucémie médullaire.

Au point de vue de la chimie physiologique, nous avons à signaler plusieurs travaux (Moraczewski, Magnus-Levy, etc.), malheureusement ce côté de la question est encore trop peu avancé pour nous fournir des conceptions nouvelles.

Tout à côté de la leucémie, se place l'adénie ; les ressemblances sont même telles que l'adénie a reçu le nom de pseudoleucémie. Peu de progrès importants ont été faits sur le terrain de l'adénie et la plupart des travaux sont de nouveau inutilisables, parce qu'ils n'ont pas tenu compte de la pluralité des leucocytes. De nouvelles recherches, faites à la lumière des méthodes nouvelles, sont hautement désirables.

II

Rapport de M. Sabrazès, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Dans la première partie de ce rapport, l'auteur fait une étude complète et détaillée du sang et des éléments qui le composent. Après avoir exposé nos connaissances actuelles sur la morphologie du sang humain, il envisage ensuite les globules blancs du sang normal et pathologique et leur origine. Avec Ehrlich il reconnaît cinq sortes de globules blancs normaux : 1° les lymphocytes, 2° les grands leucocytes mononucléés, 3° les leucocytes polynucléés à granulations neutrophiles, 4° les leucocytes polynucléés éosinophiles, 5° les leucocytes à granulations basophiles ou Mastzellen des auteurs allemands. Sous l'influence de conditions pathologiques, le sang peut contenir en outre d'autres leucocytes distincts, qui sont : 1° des leucocytes mononucléés à granulations neutrophiles, 2° des leucocytes mononucléés à granulations éosinophiles, et enfin 3° des pseudolymphocytes à granulations neutrophiles d'Ehrlich. Après quelques considérations sur les leucocytoses simples, l'auteur passe à l'étude des leucémies.

I. **Leucémies.** — C'est Virchow qui, en 1845, étudia un des premiers les leucémies et qui rattacha l'énorme proportion de globules blancs dans le sang à des lésions des organes hématopoiétiques, et divisa les leucémies en lymphatique et splénique. Charcot et Robin, en 1853, décrivirent des cristaux octaédriques dans le sang de la rate d'un leucémique. Neumann, en 1869, étudie les modifications de la moelle osseuse constantes chez les leucémiques. Enfin Müller signale le passage dans le sang des cellules médullaires ou médullocèles de Robin.

« Au point de vue hématologique, anatomo-pathologique et clinique, nous décrirons, dit M. Sabrazès, à l'exemple d'Ehrlich, deux variétés de leucémie ; nous verrons ensuite si ces variétés appartiennent ou non à une même espèce morbide :

1° La leucémie myélogène, ou myélocytaire, ou myéloleucocytaire ou myélocythémie, de beaucoup la plus fréquente, — due à une hypertrophie myéloïde de la moelle osseuse avec état myéloïde du sang et de divers organes, parmi lesquels la rate figure au premier rang ;

2° La leucémie lymphocytaire ou lymphocythémie due à une transformation lymphoïde des territoires hématopoiétiques et des autres parties de l'organisme envahies et à une augmentation considérable du nombre des lymphocytes dans le sang. Cette forme comporte une subdivision en :

a. Lymphocythémie aiguë :
b. Lymphocythémie chronique.

Pour caractériser un cas donné de leucémie, on lui donnera le qualificatif de la variété à laquelle il appartient et on désignera, dit Ehrlich, par des périphrases, les localisations cliniques coexistantes : leucémie lymphatique ou lymphocythémie (à marche aiguë ou chronique) avec participation de la rate ou du foie ; leucémie myélocytaire avec participation de la rate et des ganglions lymphatiques. »

A. Myélocythémie. — a. *Modifications hématologiques.* — La leucémie myélogène ou myélocythémie ou myéloleucocythémie, abstraction faite de l'accroissement presque toujours très élevé du nombre des globules blancs (en moyenne 200 000 à 600 000 par millimètre cube), se traduit par un certain nombre d'anomalies établies par Ehrlich dans la constitution histologique du sang :

1° Indépendamment des leucocytes polynucléés neutrophiles et éosinophiles, on trouve dans le sang les éléments d'où ces cellules dérivent et qui restent normalement emprisonnées dans la moelle osseuse, c'est-dire les cellules mononucléées neutrophiles et les cellules mononucléées éosinophiles, désignées couramment par les cliniciens sous les noms ambigus de « myélocytes neutrophiles » et de « myélocytes éosinophiles ».

2° A l'augmentation des globules blancs dans le sang participent les trois types de cellules contenant des granulations, neutrophiles, éosinophiles, Mastzellen, ainsi que les lymphocytes dans une plus faible part.

3° On note aussi l'existence de formes cellulaires atypiques naines ou géantes (des divers leucocytes), ainsi que des globules blancs mitosiques.

4° Le sang contient toujours des globules rouges nucléés, souvent en grand nombre, et il présente en outre des stigmates d'anémie profonde.

Ces caractères histologiques sont loin d'être toujours hiérarchisés de la même façon dans les cas de leucémie myélogène.

Chaque malade imprime à sa formule hématologique une certaine individualité : tantôt, l'afflux des myélocytes mononucléés neutrophiles l'emporte : tantôt, l'éosinophilie ; tantôt, l'invasion des Mastzellen ; tantôt, l'abondance des hématies nucléées. L'image hématologique se modifie à tout instant sous des influences physiologiques, médicamenteuses, pathologiques.

Les changements qui s'opèrent dans la constitution du sang myélémique du fait d'une affection intercurrente ont attiré particulièrement l'attention des médecins.

Les maladies fébriles, intervenant à titre d'infection secondaire, ont la propriété d'entraîner une diminution du nombre total des leucocytes ; de plus, l'état myélémique s'efface et le type polynucléé neutrophile reprend le dessus dans le décompte des globules blancs (90 p. 100 et plus, comme dans les leucocytoses).

Enfin, dans certains cas de leucémie myélogène, l'organisme peut perdre la capacité de former des granulations leucocytaires neutrophiles.

b. *Etiologie.* — On a relevé parmi les causes de la myélocythémie les influences suivantes : anémie, diarrhée chronique, refroidissement, traumatisme de la rate, violents chagrins, troubles dans les fonctions sexuelles, gravidité, lactation prolongée, mauvaise hygiène alimentaire, etc.

On a noté aussi les maladies infectieuses suivantes : syphilis, paludisme, fièvre typhoïde, influenza, scarlatine, tuberculose.

Il est des cas où la maladie éclate sans cause connue.

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes (67 au lieu de 33 p. 100). L'âge mûr paye un plus large tribut que l'adolescence et l'enfance. La population ouvrière fournit le contingent le plus élevé.

c. *Symptomatologie.* — Le début insidieux est marqué tantôt par des symptômes d'anémie et de faiblesse générale,

tantôt par une gingivite hémorragique, tantôt par un gonflement de l'abdomen avec douleurs dans l'hypocondre gauche.

L'appétit diminue, entrecoupé parfois de fringales extraordinaires. La constipation, due à la compression du gros intestin par la rate, alterne avec de la diarrhée. La température reste normale ou subit des ascensions intermittentes irrégulières, surtout à l'occasion du surmenage physique, et cela du fait seul de la leucémie, ainsi que des examens nécropsiques l'ont montré.

Les malades ont un teint cireux et même jaune paille, véritablement cachectique. Le pannicule adipeux et le relief des muscles ne s'efface que tardivement, et dès lors l'amaigrissement profond contraste avec le développement de l'abdomen, surtout dans la région sus-ombilicale.

La rate, considérablement développée, reconnaissable sans hésitation par le palper à sa forme générale, aux saillies et aux encoches de son bord hilaire voisin de l'ombilic, occupe toute la moitié gauche de la cavité abdominale et déborde vers la droite. Sa ptose est parfois telle que son bord supérieur affleure l'épigastre; le va-et-vient du diaphragme lui imprime des mouvements; la main appliquée contre elle apprécie sa résistance élastique, les adhérences lâches de sa capsule à la paroi (crépitation neigeuse), sa sensibilité douloureuse, légère.

L'engorgement ganglionnaire, essentiellement variable comme intensité, précède ou suit la splénomégalie. Les ganglions mollasses, indolores, mobiles, isolés ou cohérents, tantôt petits, tantôt volumineux, occupent les diverses régions classiques. Ils n'ont aucune tendance à la suppuration.

La tendance à l'hémophilie est presque la règle. La rétine est, en général, le siège de petites effusions sanguines.

Les infections intercurrentes, influenza, érysipèle, tuberculose, septicémies, suppurations, etc., n'entraînent pas toujours l'issue fatale. Bien plus, elles exercent parfois une influence d'arrêt momentané sur la leucémie. Les polynucléés augmentent dans le sang : on a presque l'image d'une leucocytose.

On a cité de nombreuses observations de ce genre. Mais l'amélioration ne dure pas. Le sang reprend ses caractères antérieurs après disparition des phénomènes infectieux.

d. *Evolution.* — La durée moyenne de la myéloleucocythémie ne dépasse guère deux à quatre ans, des survies de huit à neuf ans et plus sont exceptionnelles. La mort survient soit brusquement (hémorragie cérébrale, infection maligne), soit assez rapidement (association rare de tuberculose); soit lentement, par insuffisance fonctionnelle.

e. *Pathogénie.* — La leucémie myélocytaire se réduit, en dernière analyse, à une exaltation désordonnée de la leucocytopoïèse dans la moelle osseuse.

L'hyperplasie de la moelle actionne la leucémie, car la destinée biologique des globules blancs myélogènes, quelle que soit leur capacité de multiplication, les condamne à circuler.

L'hypothèse d'un cancer du sang a été émise par Bard, par Herzfeld.

Pour remonter aux causes incitatrices de l'hyperplasie, on a interrogé la chimie des échanges organiques, la bactériologie, la médecine expérimentale, mais il faut bien avouer que, jusqu'à present, les tentatives d'inoculation de la maladie aux animaux ou d'isolement de microbes spécifiques sont restées vaines.

B. Lymphocythémie. — a. *Lymphocythémie aiguë.* — La lymphocythémie aiguë se caractérise par la brusquerie de son invasion, par la gravité des phénomènes morbides initiaux et par la rapidité extrême de son évolution, qui se termine par la mort, en quelques semaines.

Elle s'observe à tous les âges, chez le fœtus, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme mûr. Le sexe, les professions n'influent pas notablement sur sa fréquence.

Elle apparaît, soit sans cause connue, soit à la suite ou au cours de maladies infectieuses (influenza, syphilis héréditaire ou acquise, malaria, diphtérie, suppurations anciennes, rhumatisme articulaire aigu, etc.); soit dans des états anémiques, soit après des traumatismes de la rate, des os longs, etc. Les auto-intoxications (troubles gastro-intestinaux), l'alcoolisme, la grossesse, l'accouchement y prédisposent.

Le début est marqué par une sensation de lassitude générale, par des douleurs vagues dans les articulations, — dont le gonflement simule le rhumatisme articulaire aigu, — par de la splénalgie, par de la dysphagie, par des frissons, des vertiges, des palpitations, ou encore par des hémorragies cutanées, muqueuses, viscérales. Ces hémorragies ne manquent jamais; elles intéressent surtout les muqueuses gingivale, buccale, nasale, pharyngée, intestinale, vésicale. On note des symptômes d'anémie croissante, une hypertrophie plus ou moins marquée des divers groupes ganglionnaires, une augmentation du volume de la rate ou du foie. La température s'élève à 40 degrés et subit des oscillations irrégulièrement intermittentes. Les urines contiennent beaucoup d'acide urique. La mort survient dans le délire et le coma. La durée de la maladie varie de 3 à 16 septenaires.

Si on ne nombrait pas les leucocytes et si on négligeait d'examiner le sang sur des préparations bien colorées, on méconnaîtrait la lymphocythémie aiguë.

Voici, d'après A. Fraënkel, la formule hématologique de la leucémie aiguë :

1° Diminution considérable du nombre des globules rouges et de leur teneur en hémoglobine, avec altérations morphologiques des hématies telles qu'on les observe dans les anémies de haut degré. Présence de rares globules rouges nucléés;

2° Augmentation variable du nombre des globules blancs;

3° Parfois autant de leucocytes que d'hématies;

4° Prédominance des lymphocytes grands et petits sur les autres types leucocytaires, d'où le nom de lymphocythémie;

5° Absence des cristaux de Charcot-Robin dans le sang desséché.

Les lymphocytes de dimensions inégales ont les uns le diamètre d'une hématie, les autres, deux fois plus gros, ont un noyau volumineux, rond ou ovale, ou coupé d'une encoche.

D'où proviennent ces éléments monucléés? Pour résoudre ce problème, on a examiné, immédiatement après la mort, des préparations par frottis et des coupes de la rate, des ganglions, de la moelle osseuse.

Il semble que l'aptitude des lymphocytes à se greffer dans les petits foyers adénoïdes de l'organisme si abondamment répandus, foyers dans lesquels ils arrivent mécaniquement, apportés par la circulation lymphatique et sanguine, et où ils continuent à se diviser, donnant naissance à d'autres lymphocytes qui forment *in situ* des nodules lymphoïdes supportés par un fin reticulum fibrillaire, il semble que ces facteurs représentent le processus fondamental de la leucémie aiguë et puissent donner la clef des formations lymphomateuses secondaires.

Les commémoratifs, le déroulement des phénomènes cliniques suggère, à première vue, l'hypothèse d'une maladie infectieuse; mais le tableau anatomo-pathologique. la généralisation des nodules lymphoïdes imposent l'idée de néoplasie développée aux dépens des organes producteurs des lymphocytes et du sang, en un mot, d'un véritable lymphocytome leucémique malin.

b. *Lymphocythémie chronique.* — La lymphocythémie aiguë se relie, par une série de cas intermédiaires, à la lympho-

cythémie chronique. La durée assignée à la maladie est, en effet, des plus arbitraires.

De nombreuses formes de transition acheminent vers les types cliniques de lymphocythémie chronique ou leucémie lymphatique signalée par Virchow, étudiée dans ses altérations médullaires par Neumann.

La marche de la leucémie chronique est plus lente, moins sujette d'une façon générale aux coups, la tendance aux hémorragies est moins accentuée. Cependant, la lymphémie chronique peut prendre brusquement une marche aiguë. Nous retrouvons ici le rôle prédisposant du rachitisme, des états chloro-anémiques, des infections (malaria, syphilis, tuberculose, fièvre typhoïde, grippe, septicémie, etc.), et l'importance des traumatismes.

La lymphocythémie chronique plus encore que la leucémie aiguë rappelle l'évolution des néoplasmes.

Unité ou dualité des leucémies. — L'image clinique et la formule hématologique séparent l'une de l'autre les deux modalités de leucémie myélogène et lymphatique que nous venons de décrire isolément.

Sommes-nous en présence de deux espèces morbides ou de variétés d'une seule et même maladie?

La première opinion doit, jusqu'à plus ample informé, prévaloir.

La myéloleucocythémie a pour substratum historique des cellules déjà spécialisées, les myélocytes; la lymphocythémie, des éléments cellulaires morphologiquement distincts des précédents et moins différenciés. La doctrine de la spécificité cellulaire défendue par M. Bard trouve ici son application.

Aussi bien les formes mixtes publiées jusqu'à présent n'entraînent pas la conviction dans le sens unitaire eu égard à l'insuffisance et à l'imprécision des examens hématologiques qui les accompagnent.

De même, l'assertion de Löwit, à savoir que, dans ces prétendues formes mixtes de myélémie et de lymphémie, les *amœbiens* spéciaux à chacune d'elles seraient associés, réclame, pour être admise, plus qu'une simple affirmation. La conception dualiste doit prévaloir.

II. **Adénie.** — Bonfils, en 1857, publia un cas d'hypertrophie splénique et ganglionnaire dans lequel Robin ne constate aucune espèce d'anomalie dans le rapport des globules blancs aux hématies. Bientôt après, on observa des cas semblables; alors une série de dénominations nouvelles voient le jour; lympho-sarcome (Virchow), adénie (Trousseau), pseudo-leucémie (Conheim), lymphome malin (Billroth), lymphadénome, diathèse lymphogène (Jaccoud).

Un certain nombre de classifications s'imposent sous le nom général de *lymphocytome*.

Ce groupe lymphocytome comprend plusieurs types morbides avec des variétés intermédiaires:

1° Le lymphocytome leucémique: généralisation par les voies sanguine et lympathique; variétés: aiguë et chronique;

2° Le lymphocytome pseudo-leucémique: généralisation par la voie lymphatique, et accessoirement par la voie sanguine; variétés: aiguë et chronique;

3° Le lymphocytome aleucémique: généralisation par la voie lymphatique;

4° Le lymphosarcome: propagation par contiguïté et accessoirement par la voie lymphatique.

a. Lymphocytome pseudo-leucémique. — Cette affection est caractérisée essentiellement par l'anémie, avec présence de normoblastes et tendance aux hémorragies. L'excrétion urique est habituellement exagérée. Sauf la limitation plus étroite et l'envahissement plus lent des territoires de tissu adénoïde, sauf l'absence du symptôme leucémie, la maladie est essentiellement la même que le lymphocytome leucémique d'emblée.

b. Lymphocytome pseudo-leucémique aigu. — C'est un lymphocytome aigu, comme l'ont établi les données nécropsiques, caractérisé par des adénopathies multiples, une splénomégalie, des métasases dans la plèvre et les poumons, etc. aggravé vraisemblablement par des infections intercurrentes. L'évolution s'effectue en quelques semaines.

c. Lymphocytome aleucémique. — Chez l'enfant, l'homme mûr et plus rarement le vieillard, on peut voir se développer, dans l'un quelconque des territoires ganglionnaires lymphatiques, mais plus particulièrement au niveau du cou, dans les régions sous-maxillaire, carotidienne ou sus-claviculaire, une hyperplasie considérable d'un ganglion qui, loin de rétrocéder, comme dans la plupart des adénites banales, devient le premier chaînon d'une série d'hypertrophies ganglionnaires. Celles-ci éclosent pour ainsi dire de proche en proche, suivant les voies de la lymphe, de pléiade à pléiade, et deviennent finalement symétriques, occupant les aisselles, les aines, l'espace sus-épitrochléen, s'étendant à la bifurcation trachéo-bronchique, au mésentère, au hile des viscères; finalement, des nodules lymphoïdes se révèlent sur la corticalité de la rate, du foie, des poumons, voire même dans la moelle osseuse.

Sur les coupes des ganglions, dont la capsule reste toujours intacte, la structure folliculaire prédomine, mais la texture du ganglion est absolument désorientée. Les deux variétés lymphocytaires, grandes et petites, agglomérées en rangs serrés, masquent le réticulum fibrillaire irrégulier et épaissi, qui les supporte dans sa trame. Des trabécules de tissu conjonctif plus ou moins denses brident les follicules exubérants. Ces lymphocytes sont vraisemblablement d'origine néoplasique.

d. Lymphosarcome. — L'allure éminemment maligne, subordonnée à la puissance de prolifération des lymphocytes, à la prédominance des éléments de grandes dimensions à la régularité du reticulum, différencie le lymphosarcome du lymphocytome aleucémique.

La tumeur a pour origine exclusivement les ganglions d'une région déterminée (cervicale, axillaire, inguino-crurale, trachéo-bronchique, mésentérique, etc.) ou encore les follicules lymphatiques d'une muqueuse (pharynx, intestin, etc.), ou bien les corpuscules adénoïdes d'un organe (rate). Elle ne reste pas limitée à ses foyers d'origine; elle rompt et franchit les enveloppes ganglionnaires, infiltre les organes voisins, englobe dans ses masses néoplasiques les muscles, les vaisseaux, les nerfs, etc. Les ganglions confluents, fusionnés, bosselés, de consistance inégalement dure et mollasse, adhèrent aux tissus voisins et aux parties profondes de la peau, qui est rouge, tendue, chaude, œdémateuse, parfois ulcérée et néoplasique.

La tumeur progresse sur place, ne se propage que lentement aux ganglions lymphatiques adjacents et ne se complique que rarement de métastases viscérales, lesquelles — contrairement à la forme pseudo-leucémique — épargnent souvent la rate et le foie. Ces métastases sont en relation, par les lymphatiques, avec une pléiade ganglionnaire lymphosarcomateuse.

La formule hématologique, sauf une diminution relative et absolue du nombre des lymphocytes et un état anémique terminal, se maintient sensiblement normale.

On ne confondra le lymphosarcome ni avec le sarcome, ni avec l'endothéliome des ganglions: l'élément motriciel n'est plus, dans ces cas, le lymphocyte, mais la cellule conjonctive des travées, d'une part, et la cellule endothéliale des sinus, d'autre part.

e. Micropolyadénopathie tuberculeuse progressive. — Ces adénopathies se traduisent essentiellement par une leucocytose légère polynucléée, neutrophile; siègent surtout dans les régions cervicales et axillaires auxquelles elles donnent un aspect monstrueux. Les ganglions n'adhèrent pas les

uns aux autres, limités par une épaisse capsule, ils ont le volume d'une noix, d'une mandarine ou d'une orange; leur consistance est fibro-lipomateuse; leur forme régulière, non bosselée. Autour des ganglions volumineux sont de petits ganglions satellites. La surface de section est blanc grisâtre, mais on n'y trouve, à l'œil nu, ni granulations ni points caséeux, ni foyers de nécrose apparents. L'inoculation aux cobayes détermine une tuberculose classique. Histologiquement, les foyers tuberculeux sont entourés d'un anneau de sclérose. Quelquefois, ces follicules tuberculeux sont en nombre extrêmement réduit. Sur les coupes ou les frottis, on trouve des bacilles de Koch, mais toujours en petit nombre. La rate peut agir de même que les ganglions (splénomégalie tuberculeuse de Rendu et Widal). Cette lymphadénie tuberculeuse ne rappelle donc en rien les adénites tuberculeuses banales, et doit être distinguée du lymphadénome, car elle est justiciable de l'extirpation, et le pronostic est beaucoup moins grave.

f. ADÉNITE AIGUE HYPERTROPHIQUE. — Simulant le lymphocytome aleucémique, survient chez l'enfant, provoque des accès de fièvre intermittente ou rémittente connus sous le nom de fièvre ganglionnaire. L'origine de l'infection siège dans la bouche, le nez, l'oreille. Les ganglions hypertrophiés suppurent ou rétrocèdent spontanément.

g. ADÉNITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE SIMULANT LE LYMPHOCYTOME ALEUCÉMIQUE, ou adénie infectieuse de Combemale, produit des accès fébriles rémittents ou intermittents. Dans ce groupe, on a probablement rangé des cas de lymphocytome ou de ganglions tuberculeux; mais il y a des observations de Majocchi et Piccini, de Maffucci, Roux et Launois, Combemale, etc., etc., où différents micro-organismes ont été décelés, mais il y a des faits non moins nombreux où les cultures et l'inoculation ont été négatives. « Si on met ces faits en parallèle, dit Sabrazès, on arrive à cette conclusion que les observations précédentes sont ou bien des adénites infectieuses malignes septicémiques, ou bien des lymphocytomes préexistants, infectés secondairement, ou encore des lymphocytomes en période de développement; l'agent microbien qui a suscité l'hyperactivité de multiplication des cellules devenues néoplasiques, se trouvant encore dans les ganglions. Vraisemblablement, ces cas se subdivisent en ces divers groupes. D'ailleurs, il faut constater que toutes les infections ganglionnaires confondues dans le domaine illimité de l'adénie, ont pour théâtre les régions cervicales et que c'est à cet âge que les adénopathies sont le plus fréquentes, ainsi qu'en témoignent de nombreuses statistiques. Si ces micropolyadénopathies persistent ou s'accroissent à mesure que les causes qui les ont produites disparaissent, il faut soupçonner la tuberculose. » (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Onctions à la lanoline et brossages du mamelon dans la prophylaxie des gerçures du sein.

D'après un confrère américain, le docteur Mabbott, on parviendrait à éviter les gerçures et crevasses du sein, dues à l'allaitement, en soumettant la femme pendant quatre à six semaines qui précèdent l'accouchement au traitement suivant :

Tous les soirs, au coucher, on pratique sur les deux mamelons des onctions avec de la lanoline qu'on s'attache à faire pénétrer dans tous les plis cutanés. Le lendemain matin, on frotte doucement le bout du sein et l'aréole, pendant trois ou quatre minutes, au moyen d'une brosse molle, chargée de savon et d'eau tiède, puis on lave à l'eau froide et on essuie à sec.

Les mamelons sont ainsi débarrassés des croûtes et produits desséchés de sécrétions qui pourraient rendre vulnérable la peau de ces régions. (*Sem. méd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

516. M. LOURDIN. Contribution à l'étude du délire dans la fièvre typhoïde. — 517. M. LAHAYE. De l'utilité des rayons de Rœntgen pour le diagnostic des ectasies de la crosse de l'aorte. — 518. M. BERTHIER. Contribution à l'étude de la gangrène des extrémités dans la pneumonie. — 519. M. POCHON. Étude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit. — 520. M. PENOT. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans la grossesse. — 521. M. RAOUL. Du pronostic en aliénation mentale. — 522. M. CANONNE. Procédés opératoires pour établir la continuité du tube digestif après la gastrectomie partielle. — 523. M. CARON. Du traitement des phlegmons ischio-rectaux par l'incision simple. — 524. M. BONAMY. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. — 525. M. AUCLAIR. De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer de l'utérus. — 526. M. BUISSON. Névrite rétrobulbaire héréditaire et familiale. — 527. M. BLAGNY. De la salpingectomie avec ovariectomie partielle. — 528. M. FEGE. Du massage précoce dans les traumatismes. — 529. M. YMBERT. Contribution à l'étude de la fistule pyo-stercorale consécutive à l'appendicite. — 530. M. CHARPENTIER. Relation entre les troubles du réflexe pupillaire à la lumière et la syphilis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès français de médecine. — Dans sa séance de clôture, le Congrès a décidé de tenir ses prochaines assises à Toulouse, en 1901, dans les premiers jours d'août, M. Lemoine (de Lille) est nommé président du Congrès de 1901; MM. Mossé (de Toulouse) et Caubet (de Toulouse) sont élus vice-présidents; M. Saintange (de Toulouse), secrétaire général, et M. Parent (de Toulouse), trésorier.

Les questions mises à l'ordre du jour du Congrès prochain sont les suivantes : 1° Convulsions chez l'enfant; 2° Insuffisance hépatique; 3° Médicaments d'épargne.

Écoles de province. — *Dijon.* — Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Lyon, pour une place de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Dijon, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Zipfel.

Nomination. — M. le docteur Gaëtano Mazzoni, médecin de Léon XIII, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur et médecin honoraire du Vatican.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Georges Laurens, assistant d'otologie et de laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine, suppléant M. Lermoyez pendant les vacances, fera les mardis, jeudis et samedis à neuf heures et demie, la consultation oto-laryngologique.

Le lundi matin, opérations courantes de la spécialité.

Le mercredi à neuf heures et demie, interventions chirurgicales sur la mastoïdite et les complications cranio-cérébrales des otites. Chirurgie du larynx et des sinus de la face.

La peste en Orient. — Le nombre total des cas de peste à Alexandrie, depuis le début de l'épidémie, est de 80. Sur ce nombre, il y a 37 décès, 39 guérisons et 4 malades sont encore en traitement.

Durant la semaine dernière, il y a eu 1 nouveau cas, 2 décès et 3 guérisons.

Étranger. — La chambre syndicale des médecins de la Basse-Autriche vient de décider que les praticiens qui traiteront les malades par voie de correspondance, sans connaissance préalable du sujet, seraient déférés au jury d'honneur de la corporation.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

JUGEMENT

de la 10e chambre du tribunal correctionnel de la Seine, du 8 décembre 1898, confirmé par arrêt de la Cour d'appel de Paris, du 7 juin 1899.

Société chimique des Usines du Rhône contre Bourdallé et consorts.

Le tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi,

Attendu que Gilliard, Monnet et Cartier ont pris le 23 juin 1890 un brevet pour « la préparation industrielle du chlorure d'éthyle et l'application de tubes de verre scellés comme récipients pour le transport et le fractionnement pratique de ce chlorure et autres composés volatils analogues »;

Qu'ils y énoncent que « pour la facilité de son transport et pour sa manipulation, le chlorure d'éthyle est enfermé dans des tubes de verre effilés, fermés à la lampe et de diamètre variable, de manière que chaque praticien appelé à s'en servir pour une anesthésie locale ou pour toute autre opération ait à sa disposition des quantités de chlorure fractionnées et de conservation parfaite »;

Attendu en outre, que la Société chimique des usines du Rhône, anciennement Gilliard, Monnet et Cartier, s'est fait délivrer le 27 mai 1896 un brevet pour « l'emploi de récipients de formes diverses et en toutes substances avec une ou plusieurs issues capillaires, pour la pulvérisation des parfums, en mélange avec des corps à bas point d'ébullition »;

Attendu que, dans le courant de l'année 1898, de nombreux tubes de verre ou en métal, remplis de chlorure d'éthyle ou vides, une certaine quantité contenant un mélange de chlorure et de parfum, tous, d'ailleurs, prétendus contrefaits, ont été saisis chez les prévenus;

Que ceux-ci, en ce qui concerne le brevet du 23 juin 1890, ne contestent pas que l'objet de ce brevet puisse être considéré comme une invention ou une application nouvelle; mais qu'ils invoquent pour se justifier, d'abord l'antériorité de tubes ou instruments semblables à ceux qui ont été brevetés, ensuite, la divulgation de ces derniers, qui seraient tombés dans le domaine public avant la prise du brevet;

Attendu, sur le premier point, que si l'emploi de l'éthyle, en vue de l'insensibilisation locale et sa conservation dans des récipients particuliers étaient connus avant l'époque où les plaignants ont obtenu leur brevet, il est certain cependant que ceux-ci ont les premiers imaginé d'enfermer le chlorure d'éthyle dans une petite ampoule de verre à col effilé et fermé à la lampe et qu'ils ont constitué ainsi un instrument chirurgical absolument nouveau;

Que cet instrument est d'un transport et d'une manipulation fort commodes; qu'il permet, sans autre appareil, d'utiliser le chlorure pour l'anesthésie locale; qu'il suffit, à cet effet, de briser avec les doigts l'extrémité effilée de l'ampoule et que le liquide jaillit immédiatement en jet filiforme;

Que l'insensibilisation locale au moyen d'un tube de verre contenant la quantité voulue de chlorure d'éthyle et servant lui-même d'instrument de chirurgie, est un résultat à la fois industriel et scientifique qui n'avait pas encore été obtenu jusqu'alors;

Qu'aucune antériorité ne peut être valablement opposée à Gilliard, Monnet et Cartier; que les appareils Galante et Vincent sont tous différents de forme et de mode d'emploi; que, sans doute, ils conservent l'un et l'autre le chlorure d'éthyle et peuvent le projeter, mais que par leur dimension, aussi bien que par leur mécanisme assez compliqué, ils sont impropres aux opérations chirurgicales, surtout aux opérations dentaires; que, dans tous les cas, ils ne présentent ni les facilités ni les avantages des ampoules des demandeurs;

Que, de même, les ampoules Boissy diffèrent de ces dernières par leur but et leur mode d'emploi; qu'elles ont bien deux pointes effilées que l'on brise pour faire sortir le liquide, mais que ce liquide ne jaillit pas, qu'il coule pour être recueilli sur un mouchoir et respiré ensuite par le malade; qu'il serait ainsi volatilisé en partie si c'était du chlorure d'éthyle et ne produirait qu'imparfaitement l'anesthésie;

Qu'il n'y a pas lieu de faire état de la déposition du sieur Lemière; que ce témoin a, il est vrai, justifié par la production de ses livres qu'il avait fabriqué en 1887 des tubes de verre à bec effilé fermés à la lampe et devant contenir un liquide volatil; mais que ces tubes n'ont pas été en réalité remplis de chlorure d'éthyle et qu'on ignore l'usage auquel ils étaient destinés; que dès lors cette première objection des prévenus tirée des antériorités n'est pas fondée;

Attendu, sur le second point, qu'il n'est pas démontré que les tubes Gilliard, Monnet et Cartier fussent tombés dans le domaine public le 23 juin 1890, par suite de la divulgation qui en aurait été faite antérieurement;

Que les déclarations des témoins entendus à l'audience ne sont nullement probantes à cet égard; que celles qui ont paru le plus décisives par leur précision, ainsi que par l'indication des dates fixes et des personnes, sont reconnues inexactes après contrôle;

Qu'ainsi le sieur Goldschmidt, chirurgien-dentiste, avait affirmé que déjà, en 1889, il avait vu à l'Ecole dentaire de Paris le docteur Meng se servir, pour l'anesthésie locale, de tubes effilés et fermés à la lampe; mais qu'une lettre du docteur Meng communiquée au tribunal et portant la date du 4 décembre 1898 contient des énonciations absolument contraires, que M. Meng y déclare qu'il n'a connu qu'en août 1890, au Congrès de Berlin, les tubes de chlorure d'éthyle;

Que de même, le sieur de Faye, médecin dentiste, avait indiqué qu'il avait vu en 1888, à l'Ecole dentaire de Genève, le tube des demandeurs et qu'en arrivant à Paris, en avril 1890, il s'était empressé d'acheter des tubes du même genre chez Cornelsen, 16, rue Saint-Marc; que, cependant, une lettre de ce dernier du 3 décembre 1898, établit que c'est seulement en 1891, d'après ses livres et factures, qu'il a eu des tubes de Gilliard et Cie, et qu'il a pu en vendre;

Qu'un autre témoin, le sieur Crépieux-Jamin, avait déposé que bien avant le 23 juin 1890, il avait employé le tube Gilliard à Genève et à Rouen; qu'il l'avait même répandu dans cette dernière ville, en avait parlé à des docteurs et à des pharmaciens, entre autres à M. Weil, et qu'il avait acheté des tubes chez celui-ci; mais que le sieur Weil lui oppose un démenti formel, déclarant que Crépieux-Jamin ne l'a entretenu qu'en mars 1891 des tubes Gilliard et que c'est à cette époque qu'il en a fait venir pour la première fois;

Qu'ainsi les témoignages en apparence les plus catégoriques ne peuvent inspirer confiance au tribunal et que les autres, fondés seulement sur des souvenirs vagues, n'ont aucune valeur;

Que, d'autre part, les demandeurs justifient, soit par des extraits de leurs livres, soit par des publications scientifiques qu'ils n'ont pas fait connaître ni mis en vente leur produit avant le 23 juin 1890;

Qu'en conséquence la preuve de la divulgation n'est point faite par les prévenus;

Attendu que les tubes de verre pour éthyle saisis chez Bourdallé et les autres inculpés sont la représentation exacte des tubes brevetés par Gilliard, Monnet et Cartier, qu'ils sont donc contrefaits et que l'action des demandeurs est justifiée;

Mais qu'il y a lieu de faire exception pour les tubes en métal nickelé remplis de chlorure d'éthyle ou vides qui ont été saisis; qu'ils sont d'une capacité et d'un aspect tout autres que les ampoules de Gilliard et Cie; qu'ils ressembleraient plutôt aux appareils Galante et Vincent; que d'ailleurs ils ne sont point visés par le brevet du 23 juin 1890 qui porte seulement sur des ampoules de verre;

Attendu, en ce qui concerne le brevet du 27 mai 1896, que le mélange de parfum au chlorure d'éthyle dans des tubes en verre ou en métal munis d'orifices capillaires est incontestablement une application nouvelle de moyens connus; qu'un produit industriel et nouveau a été ainsi obtenu; que sans l'aide de ressort ou de siphon, le liquide parfumé s'échappe en jet de pulvérisation du tube où il est enfermé;

Que le lance-parfum imaginé par les demandeurs est un instrument commode et agréable, qui permet d'avoir toujours sur soi, sans le moindre embarras, une petite quantité d'essence dont on use à volonté;

Que le brevet est régulier dans la forme, que la description y est suffisante; qu'aucune antériorité ou divulgation n'est invoquée;

Que les lance-parfum de verre ou en métal saisis chez les prévenus sont une contrefaçon manifeste des tubes dont la Société chimique des usines du Rhône s'est assuré la propriété exclusive;

Attendu que Bourdallé est l'auteur des susdites contrefaçons : qu'il a fabriqué ou fait fabriquer pour les répandre en son nom dans le public les ampoules de verre pour éthyle pur, aussi bien que les lance-parfum de verre ou de métal saisis chez lui et chez les revendeurs :

Que Dominé, pharmacien de 1re classe, chef du laboratoire de Bourdallé, a pris part directement à la contrefaçon en préparant lui-même les produits contrefaits;

Par ces motifs :

Déclare Bourdallé et Dominé coupables du délit de contrefaçon des tubes de verre pour éthyle brevetés le 23 juin 1890 par Gilliard, Monnet et Cartier et du délit de contrefaçon de tubes de verre ou en métal, dits lance-parfum, brevetés le 27 mai 1896, par la Société chimique des usines du Rhône, lesdits délits commis à Paris depuis moins de trois ans :

En réparation, les condamne;

Bourdallé à 100 francs d'amende,

Dominé à 100 francs d'amende;

Condamne Bourdallé et Dominé solidairement avec la Société des produits chimiques et anesthésiques de Paris, à payer eux-mêmes des dommages-intérêts qui seront également fixés par état;

Condamne solidairement Bourdallé, Dominé et la Société des produits chimiques et anesthésiques de Paris à tous les dépens, du bazar de l'Ouest;

Prononce la confiscation de tous les tubes de verre pour éthyle pur et de tous les tubes lance-parfum en verre ou en métal saisis chez les prévenus condamnés et chez les autres prévenus renvoyés;

Ordonne la restitution des tubes en métal saisis autres que les lance-parfum;

Rejette les demandes reconventionnelles;

Ordonne, aux frais des condamnés, l'insertion du présent jugement dans deux journaux, au choix des demandeurs, le coût de chaque insertion ne devant pas dépasser cinquante francs.

N° 90. — JEUDI 10 AOUT 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 10 AOUT 1899. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE
(Ve SESSION, LILLE 1899)

COMMUNICATIONS DIVERSES SUR LES MYOCARDITES

MM. P. Merklen et *Rabé* ont étudié quelques cas de sclérose du myocarde localisée aux oreillettes. D'après ces auteurs, le **myocardite chronique des oreillettes** est plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. Outre les lésions parenchymateuses qui s'observent dans toute myocardite chronique, il existe une sclérose diffuse sous-épicardique et sous-endocardique, inter et intra-fasciculaire, qui dissocie et détruit les cellules musculaires. Comme conséquences, ces altérations peuvent gêner la libre évacuation du sang des oreillettes dans les ventricules, d'où stase pulmonaire, s'il s'agit de l'oreillette gauche, ou stase hépatique, s'il s'agit de l'oreillette droite ; enfin elles peuvent être la cause de troubles arythmiques. Cette arythmie, signalée par M. Huchard, arythmie permanente et rebelle à la digitale, n'a pas de lésion causale connue ; MM. Huchard et Renaut tendent à la placer dans les cellules nerveuses ganglionnaires du cœur, qui, on le sait, sont surtout nombreuses dans les parois auriculaires, au voisinage du sillon auriculo-ventriculaire. On peut admettre que la sclérose auriculaire gêne le fonctionnement de ces cellules au même titre que celui de la fibre musculaire cardiaque. Il est, de plus, admis par tous les physiologistes, que l'excitation initiale qui préside à la contraction rythmique du cœur, a son point de départ dans l'oreillette et ne se transmet que secondairement au ventricule. D'ailleurs, cela n'empêche pas d'admettre que d'autres causes, en particulier les variations de la tension intra-cardiaque, peuvent intervenir dans la genèse de cette arythmie. L'arythmie rebelle liée au rétrécissement mitral peut cesser complètement quand se produit l'insuffisance tricuspidienne par dilatation de l'oreillette droite, parce qu'alors la dérivation ainsi produite fait diminuer la tension dans la petite circulation et dans l'oreillette gauche ; de même l'arythmie peut apparaître à la suite de l'interruption brusque d'une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, interruption due à la médication digitalique.

M. Huchard ne saurait admettre sans réserve cette interprétation de l'origine de l'arythmie permanente. Ce trouble cardiaque ne s'observe pas seulement dans les scléroses auriculaires, mais dans celles qui atteignent les sillons auriculo-ventriculaires et même la base des ventricules. Enfin on peut observer dans le rétrécissement mitral une arythmie sous la dépendance d'une thrombose inter-auriculaire.

M. A. Weber (de Paris), étudiant **l'atrophie et l'hypertrophie de la fibre musculaire du cœur dans les myocardiopathies chroniques**, n'a rien trouvé qui justifiât les termes de myocardites atrophiques ou hypertrophiques. Le processus artério-scléreux est essentiellement atrophique ; d'autre part dans les hypertrophies et atrophies totales du cœur on ne trouve pas de modifications de volume de la fibre cardiaque suffisantes pour expliquer l'augmentation ou la diminution de volume du cœur.

La moyenne de dimension de la fibre cardiaque est de 16 µ pour les cœurs scléreux dystrophiques, de 23 à 26 µ pour les cœurs scléreux compliqués de lésions orificielles, de 23 à 30 µ pour le cœur rénal, et de 13 à 16 µ pour l'atrophie simple du cœur.

L'hypertrophie et l'atrophie totales du cœur se rattachent donc plutôt à des causes extra-cardiaques. En terminant, l'auteur rappelle qu'il n'a jamais pu reconnaître dans l'étude des lésions parenchymateuses de la myocardite chronique les signes d'un processus inflammatoire primitif. Les lésions inflammatoires sont toujours consécutives. En conséquence, on devrait substituer le terme de myopathies cardiaques chroniques, à celui de myocardites chroniques.

Pour *M. Merklen*, l'atrophie et l'hypertrophie des fibres musculaires dans la sclérose du myocarde sont des lésions en quelque sorte connexes ; les parties saines suppléent les parties altérées par hypernutrition et hyperfonctionnement. Mais on ne saurait partir de ces constatations purement histologiques pour rejeter, en clinique, la distinction entre la myocardite chronique hypertrophique et la myocardite atrophique.

Cette distinction est basée sur l'existence ou l'absence de l'hypertrophie, non de quelques faisceaux musculaires, mais de tout le myocarde ; cette hypertrophie résulte de circonstances diverses concomitantes : efforts, lésions rénales, artério-sclérose, insuffisance aortique ; mais quelle que soit sa cause, elle constitue pour la circulation une sauvegarde relative, alors que son absence, et mieux encore l'atrophie des parois cardiaques, est une menace pour l'existence, ou tout au moins une infériorité dans la lutte. Il n'est pas

indifférent d'avoir une myocardite chronique avec hypertrophie ou avec atrophie ; la clinique démontre et justifie cette distinction.

MM. J. Mollard et *Cl. Regaud* (de Lyon) ont étudié l'**état des artères dans les myocardites aiguës**, soit provoquées expérimentalement par la toxine diphtérique chez les animaux, soit spontanément chez l'homme, à la suite de diphtérie, de fièvre typhoïde, etc. Les altérations des artères sont très fréquentes, mais non absolument constantes. Elles siègent à peu près exclusivement dans la tunique moyenne des artérioles et des petites artères, dont elles frappent à la fois l'élément musculaire et l'élément élastique. Tantôt les fibres musculaires sont gonflées avec des vacuoles à leur intérieur ou dans les interstices, tantôt, au contraire, la tunique moyenne prend en totalité un aspect homogène, ne présentant plus aucun détail de structure La tunique élastique est tuméfiée et granuleuse ; dans un grand nombre de cas, elle a complètement disparu. Souvent aussi, la tunique moyenne est infiltrée de leucocytes plus ou moins nombreux.

Il n'y a ni endartérite, ni péri-artérite. L'adventice ne présente d'autre lésion que l'infiltration leucocytaire.

La tunique interne est intacte et seulement quelquefois soulevée et décollée par des vacuoles de la tunique moyenne.

Du reste, l'endartère n'existe pas dans les artérioles et les petites artères du cœur ; il ne peut donc pas y avoir d'endartérite dans le sens rigoureux du mot.

M. Cautru (de Paris) a retiré d'excellents résultats de l'emploi du **massage abdominal dans l'hypertension artérielle**. Le massage du ventre produit comme effet immédiat un abaissement de la pression artérielle, et une diminution du nombre des pulsations et, comme effets médiats, une diurèse plus ou moins abondante, avec régularisation des différentes fonctions de l'économie par l'intermédiaire de la circulation générale.

Il est donc tout indiqué dans les affections avec hypertension et dans l'hypertension essentielle due, comme on le sait, depuis les remarquables travaux de M. Huchard, à une intoxication du sang, qui amène une vaso-constriction, puis une irritation vasculaire pouvant aboutir, dans un délai plus ou moins éloigné, à l'artério-sclérose.

D'après les nombreux exemples recueillis par l'auteur, le massage abdominal peut être considéré comme préventif et curatif de l'hypertension permanente, et de ses conséquences, et comme utile dans l'artério-sclérose confirmée.

On considère l'**encoche de Sibson** comme pathognomonique de la présence d'une certaine quantité de liquide dans le péricarde. Il n'en est rien. *M. Cassaët* (de Bordeaux) a observé une malade, au cours d'une ascite ponctionnée plusieurs fois, atteinte de pleurésie gauche avec congestion pulmonaire double. Au cours de cette pleurésie, qui nécessita plusieurs ponctions, il constata « l'encoche de Sibson ». Croyant à l'existence d'un épanchement péricardique, et voyant la dyspnée augmenter, il fit deux ponctions du péricarde qui restèrent entièrement blanches. Une thoracentèse fit disparaître les accidents et la rapidité de l'évolution de la maladie montra que le péricarde n'était pas intéressé.

On peut rattacher, dans ce cas, la forme spéciale de matité au double chevauchement en sens inverse du cœur dilaté et du poumon gauche, dont le bord antérieur, seul indemne, s'était considérablement développé par compensation et s'était porté vers la ligne médiane. L'encoche de Sibson n'est donc pas pathognomonique de la péricardite.

M. Blind (de Paris), étudiant les **troubles digestifs dans l'artério-sclérose**, rappelle que, tandis que les cardiopathies valvulaires affectent le type hypopeptique, il n'en est pas de même dans les cardiopathies artérielles. Il divise, avec M. Huchard, l'évolution de l'artério-sclérose en quatre périodes. Dans la première, celle du spasme artério-capillaire, on n'a pas pu démontrer, jusqu'ici, le spasme des vaisseaux de l'estomac. Dans la deuxième période, celle de l'hypertension artérielle, on constate, au début de la digestion, des bouffées de chaleur s'accompagnant de lourdeur de tête, de tendance au sommeil, parfois de vomissements et de pyrosis ; à l'analyse du suc gastrique, on trouve de l'hyperchlorhydrie. La souffrance de l'estomac se traduit par une élévation réflexe de la circulation pulmonaire ; le cœur, qui lutte déjà contre l'hypertension dans la grande circulation, se trouve ainsi pris entre deux hypertensions ; il en résulte d'abord de la tachycardie, puis de l'arythmie, enfin de la dilatation, dilatation qui n'obéira pas à la digitale, mais au régime.

Dans la période de la sclérose artérielle, il convient d'accorder une attention spéciale aux phénomènes douloureux de la région sterno-épigastrique, douleurs qui peuvent dépendre de l'estomac, mais aussi et souvent d'aortite, de péri-aortite, de coronarite : il faut faire le diagnostic avec beaucoup d'attention pour ne pas passer à côté d'accès d'angine de poitrine légers en les considérant comme des gastralgies.

Dans la période des scléroses viscérales avec insuffisance des organes sclérosés, l'artério-scléreux se rapproche de l'asystolique valvulaire comme type de chimisme gastrique. Il est un mitro-artériel, avec un estomac hypopeptique ou apeptique. L'artério-sclérose de l'estomac même est représentée par le linitis plastica ou inflammation cirrhotique de l'estomac.

M. Huchard est d'avis qu'il importe d'entourer d'un soin précieux les fonctions gastriques des cardiaques. Le mauvais état de l'estomac retentit sur le cœur, soit par un réflexe comme on l'a trop souvent dit, soit plutôt par formation de toxines fermentatives de l'estomac : un cardiaque dont l'estomac fonctionne mal dilate son cœur. Quand il s'agit d'un scléreux en hypertension, le cœur se trouve ainsi pris entre deux hypertensions, l'hypertension de la grande circulation, d'origine artérielle, et l'hypertension de la petite circulation, d'origine gastrique. De là une brutale déchéance fonctionnelle du cœur.

« La dyspepsie des cardiaques veut être recherchée. Beaucoup font de la dyspepsie sans le savoir, comme M. Jourdain faisait de la prose. Mais il importe que le médecin, lui, le sache. Chez ces malades, la digitale ne fait rien, l'hygiène alimentaire fait tout. »

On sait que le **rétrécissement mitral pur** est longtemps compatible avec l'existence, à condition que l'on ait soin de ne réclamer à l'organe en état de méiopragie qu'un travail compatible avec ses forces et d'éviter soigneusement le surmenage ou simplement la fatigue des appareils digestif, nerveux, musculaire, génital.

M. le professeur Surmont (de Lille) pense que ce traitement hygiénique, dont la nécessité est absolue, est insuffisant, toutefois, à prévenir les complications broncho-pulmonaires, si fréquentes dans le rétrécissement mitral pur : il faut, dans ce but spécial, avoir recours à la **cure d'air**.

Celle-ci, comme dans la tuberculose, doit être permanente

de jour et de nuit; la suralimentation n'est pas à recommander, l'engraissement n'étant pas à désirer. Dans ces conditions, la cure d'air se borne donc à l'aération permanente de jour et de nuit.

Sous l'influence de cette pratique, on voit s'amender les accidents broncho-pulmonaires, de quelque nature qu'ils soient, mais les résultats les plus remarquables sont peut-être ceux que l'on obtient chez les malades atteints d'accès pseudo-asthmatiques, accès qui disparaissent le plus souvent pour ne plus revenir. Les bronchites et les accidents congestifs disparaissent enfin très rapidement, et bien que l'on sache que souvent la tuberculose pulmonaire revêt une forme bénigne chez les malades atteints de sténose mitrale, il n'est pas inutile de déclarer que, loin de contre-indiquer la cure d'air, la lésion cardiaque est une raison de plus de la prescrire.

L'état du cœur s'améliore parallèlement à la disparition des accidents broncho-pulmonaires.

Cette influence remarquable de la cure d'air dans le rétrécissement mitral pur semble indiquer que la pathogénie des complications broncho-pulmonaires est complète, liée à la fois à l'injection bronchique et aux troubles circulatoires.

M. Peugniez (d'Amiens), ayant opéré quatre malades atteints d'anévrysme, a étudié les **lésions anatomo-pathologiques des artères atteintes d'anévrysme.** Les vaisseaux présentaient tous des lésions de mésartérite. Tous les sujets avaient été atteints de maladie infectieuse, paludisme ou grippe, à l'époque où avait débuté la lésion anévrysmale, ce qui confirme l'opinion émise par M. Huchard, que l'artériosclérose n'est qu'un terrain favorable au développement des anévrysmes, la lésion infectieuse étant, au contraire, la graine dont naît la maladie.

Enfin, *MM. J. Mollard* et *Cl. Regaud* (de Lyon) rapportent, sous le titre : **Lésions chroniques du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique expérimentale; lésion de la fibre musculaire et sclérose interstitielle,** les détails des expériences relatées dans le rapport de M. Renaut.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'entéroclyse comme traitement de la fièvre typhoïde.

La balnéation dans le traitement de la fièvre typhoïde jouit à notre époque d'un légitime succès.

Les merveilleux effets qu'elle procure sont connus de tous, mais on est forcé de convenir que sa technique présente des difficultés et des inconvénients.

Si nous mettons en parallèle la méthode des grands lavements froids employés systématiquement, nous constatons que les résultats thérapeutiques sont les mêmes; et de plus, la technique de cette méthode est d'une *simplicité* telle, qu'elle ne réclame point de personnel spécial et qu'elle peut être employée dans tous les milieux sociaux, à *la ville comme à la campagne.*

La voici telle que nous la rapporte la *Gazette hebdomadaire* d'après M. Houdeletck.

Technique de l'entéroclyse. — Le nom d'entéroclyse a été donné par Cantani à l'emploi systématique des grands lavages du gros intestin.

On se servira d'un bock en verre ou en tôle émaillée, et aseptique, ou à son défaut d'une bouteille en verre ou en métal qu'on fera bouillir.

Le récipient sera placé près du lit du patient à une hauteur de 20 ou 30 centimètres au-dessus de l'anus. Il sera suspendu à un clou ou crochet fiché dans le mur ou dans la boiserie du lit. La pression sera très faible, le jet ne devra pas dépasser, en sortant du bec de la sonde, un arc de 5 à 6 centimètres, cette faible pression a une grande importance dans l'administration de l'entéroclyse. D'après Lesage, Dauriac et Augerant, les pressions faibles seraient une condition de succès pour permettre au liquide d'arriver jusqu'à la valvule iléo-cæcale et de la traverser.

Si le liquide arrive avec force dans le gros intestin, il provoque de violents mouvements péristaltiques accompagnés de douleurs intolérables. La valvule iléo-cæcale résiste et la paroi intestinale se déchire. A l'extrémité du tube en caoutchouc composant l'ensemble de l'appareil, on adapte une canule molle ou simplement une grosse sonde uréthrale en caoutchouc de Nélaton, n° 29 ou 30 de la filière Charrière.

Cette sonde sera l'objet du plus grand soin au point de vue antisepsie. On la fera bouillir après chaque entéroclyse, et dans l'intervalle de son emploi on la tiendra dans un plateau contenant une solution antiseptique. Un peu avant l'ajustage de la sonde on placera un robinet ou mieux une pince presse-tube qui servira à régler le jet du liquide.

Chaque entéroclyse sera de deux litres à la température de 12 degrés à 15 degrés. Divers liquides furent employés par un certain nombre d'auteurs. Foltz a préconisé le tannin ainsi que Cantani; Bouchard, le naphtol; Féréol, l'eau phéniquée; Bonnaire remplace l'eau boriquée par une solution saturée de naphtol, etc.

Après avoir essayé divers liquides tels que infusion aromatique, solution de tannin, de permanganate de potasse à 10 centigrammes p. 1 000, M. Houdeletck s'est adressé à l'iode dans les proportions de 1 gramme de teinture d'iode pour 1 litre d'eau bouillie. L'iode dans les lavements a déjà fait ses preuves. MM. Eimer, Delioux, de Savignac et Bossu (de Lyon) l'ont employé avec succès dans diverses affections inflammatoires de l'intestin. Etant donné les indications premières de cette méthode, le manuel opératoire sera des plus simples. On commence par prendre la température du malade. Cette température sera prise dans l'aisselle, par la raison que les grands abaissements de température qu'on obtient en prenant la température rectale sont le fait d'une réfrigération locale et partant ne peuvent servir de base à ces appréciations.

Cependant les températures du matin et du soir, qui sont appelées à décrire la courbe de la marche de la maladie, sont prises au rectum, avant toute intervention et bien après la dernière entéroclyse du soir.

La température étant prise dans l'aisselle, le patient est amené sur le bord du lit, préalablement recouvert d'une toile imperméable, et placé dans le décubitus latéral droit, la cuisse gauche fléchie, la droite allongée, et la hanche droite reposant sur la partie pontée d'un bassin à écoulement.

Ce bassin, de forme triangulaire et incliné, est muni à une de ses extrémités d'une ouverture où s'adapte un tube en caoutchouc permettant au liquide restitué de se déverser dans un baquet placé près du lit et dans lequel se trouve un liquide désinfectant.

Dans le cas où le patient est dans une adynamie profonde ou dans un délire intense, on le laisse dans le décubitus dorsal en tenant les cuisses fléchies sur l'abdomen.

A ce moment on fait un lavage de la région anale externe et du périnée, avec de l'eau boriquée et du coton hydrophile. On amorce l'appareil, puis on enduit la sonde de vaseline boriquée et on l'introduit en la dirigeant un peu en avant, comme pour aller du périnée à l'ombilic. Après avoir pénétré de 3 centimètres, on dirige la sonde légèrement en arrière, car le rectum suit la courbure du sacrum, et ainsi l'on introduit la sonde à une profondeur de 20 ou 30 centi-

mètres. Cette manœuvre doit être faite avec délicatesse pour ne pas blesser le malade.

Ceci fait on recommande au patient de tenir la bouche ouverte et de ne pas faire de grandes inspirations. Prenant alors le robinet en main, on ouvre progressivement afin d'éviter l'arrivée brusque du liquide, jusqu'au moment où le pavillon du robinet a une direction oblique par rapport à l'axe du tuyau. On arrive ainsi à avoir un jet qui, au sortir du bec de la sonde, fait un arc de 5 à 6 centimètres. Dans le courant de cette opération qui dure vingt minutes, on veille à ce que le malade ne souffre pas, et à la moindre colique on interrompt le courant et laisse la douleur se calmer. Puis on recommence en ouvrant progressivement. Quelques petits incidents peuvent se produire pendant la durée de l'entéroclyse :

1° Le liquide ne s'écoule pas et pour quatre raisons différentes :

a. La première et la plus simple c'est que le tube peut faire un coude dans sa partie extra-abdominale, et ainsi empêcher le liquide de s'écouler. Il suffit de vérifier et de mettre en place.

b. L'écoulement peut aussi s'arrêter lorsque le bec de la sonde vient buter contre la paroi intestinale ou contre un repli de la muqueuse. On le dégage en imprimant à la sonde un mouvement de va-et-vient.

c. La lumière de la sonde peut être obturée par un grumeau de matière fécale ou par des mucosités. Pour libérer l'orifice il faut élever le réservoir, afin d'augmenter la pression qui chasse ce grumeau et permet au liquide de reprendre son cours. Ce résultat obtenu, on remet le bock en place.

d. Enfin, lorsque aucun de ces procédés ne réussit, c'est que la sonde est fortement obturée par des matières fécales. Il faut donc l'enlever doucement, la déboucher ou mieux la changer.

2° Si le liquide ressort par l'anus, ce qui arrive assez fréquemment chez les enfants, il ne faut pas considérer ce fait comme défavorable; au contraire, il permet d'injecter une plus grande quantité de liquide.

Une fois l'entéroclyse terminée on invite le patient à restituer son liquide, qui s'écoule, comme nous l'avons vu, du bassin au baquet. Puis on enlève délicatement la sonde. Ceci fait on procède au nettoyage, avec de l'eau boriquée, de la région anale externe, du périnée et du scrotum ou de la vulve. On enlève le bassin ainsi que la toile imperméable. Le malade, sans avoir fait aucun mouvement qui puisse le fatiguer, repose dans son lit. On lui jette une couverture sur les jambes et on lui fait prendre un petit verre de vin vieux ou une potion à l'alcool. La température est reprise à l'aisselle.

Comme pour les bains, l'entéroclyse se fait toutes les trois heures, chaque fois que la température atteint 39 degrés. Lorsque cette température baisse d'une façon constante, on espace de plus en plus le nombre des lavements et on les supprime entièrement lorsque la température demeure plus de quarante-huit heures au-dessous de 38 degrés. La nuit on laisse d'habitude reposer les malades. Cependant, dans les cas très graves il faut agir comme pour la balnéation.

Il arrive quelquefois que le malade a le ventre si douloureux qu'il ne peut supporter l'administration de 2 litres d'entéroclyse. Il ne faut pas exiger qu'il les prenne. Diminuez plutôt la quantité du liquide, suivant la tolérance du malade, à 1 litre 3/4, 1 litre 1/2, 1 litre 1/4, 1 litre même, en maintenant une très faible pression.

Des effets thérapeutiques de l'entéroclyse. — L'entéroclyse administrée systématiquement a une action favorable sur l'abaissement de la température, sur la diurèse, sur le système nerveux, sur le tube digestif et la peau. En conséquence ses effets theurapeutiques ont une influence sur la durée de la maladie, sur les rechutes et enfin sur la mortalité.

L'action des irrigations intestinales ne s'exerce pas seulement dans la dothiénentérie, et son application au traitement de quelques autres affections fébriles telles que pneumonie, broncho-pneumonie, typhlite, pérityphlite et fièvre hectique des tuberculeux a une action très favorable sur la marche générale de ces maladies. Les observations prouvent que cette médication a pour effet d'abaisser la température, d'activer la circulation, et par ce fait d'exciter la fonction rénale, de combattre les hyperémies, enfin de maintenir favorablement l'état général. C'est dans la fièvre hectique des tuberculeux que l'entéroclyse a donné les résultats antithermiques les plus extraordinaires. Ces faits méritaient une mention spéciale, autant au point de vue de la clinique thérapeutique qu'à cause des problèmes de pathologie générale qu'ils soulèvent.

FORMULAIRE

Liniment contre les douleurs articulaires.

Acide salicylique.	3 grammes.
Baume de Fioraventi. . . .	200 —

pour l'usage externe. En frictions sur les points douloureux. (*Ann. Pharm.*, Milan.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies nerveuses (1), par E. Brissaud (2e série, hôpital Saint-Antoine), recueillies et publiées par Henry Meige.

Le second volume qui vient de paraître des leçons sur les maladies nerveuses faites à l'hôpital Saint-Antoine par le professeur E. Brissaud, se fait remarquer comme le premier par la haute originalité des vues, ainsi que par les charmes de la forme sous laquelle l'auteur sait présenter des conceptions générales qui pourraient être un peu ardues par elles-mêmes.

Plusieurs leçons sont consacrées au zona, curieuse maladie dont la science n'a pas encore le dernier mot, mais qui semble être souvent d'origine infectieuse. Après avoir mis le lecteur au courant de la théorie actuelle du neurone, M. Brissaud explique ce qu'il entend par la « métamérie spinale », théorie qui, d'après l'auteur, peut rendre compte de la distribution périphérique du zona. Il existerait dans la moelle, comme le montre l'embryologie, des étages à chacun desquels correspondrait un territoire périphérique bien déterminé. Le zona répondrait le plus souvent à une lésion d'un de ces étages.

Parmi les formes de zona, il en est une particulièrement grave, c'est le zona ophtalmique, grave non seulement par ses complications immédiates portant sur le globe oculaire, mais peut-être plus encore parce que c'est la manifestation d'une lésion des centres nerveux, surtout de l'athérome des vaisseaux du cerveau; ainsi s'explique que le zona ophtalmique a pu être le précurseur d'une apoplexie, et dans un autre cas d'une hémiplégie droite chez un albuminurique.

La théorie des métamères donne encore l'explication de la distribution de certaines éruptions dues à des trophonévroses, telles que le lichen, l'urticaire, l'eczéma, etc.

C'est ce qui fait le sujet d'une leçon intitulée : « La métamérie dans les trophonévroses. »

M. Brissaud cherche à préciser l'histoire de la myélite transverse, sur laquelle les traités classiques restent à peu près muets. Il faut comprendre la myélite transverse comme une myélite diffuse, chronique, siégeant généralement dans

(1) 2e série. In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

la partie moyenne de la région dorsale, et se révélant au clinicien par une paralysie spasmodique, avec des douleurs, des troubles de la sensibilité, souvent l'existence du syndrome de Brown-Séquard. Ce sujet amène M. Brissaud à traiter des paraplégies flaccides par compression. C'est là un sujet que différents travaux, en particulier ceux de M. Marinesco, ont mis à l'ordre du jour : ces paraplégies flaccides sont rares et peuvent être dues à l'interruption fonctionnelle des fibres pyramidales.

Les chapitres sur le syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis, sur la paralysie pseudo-bulbaire cérébrale, sur le pouls lent permanent et ses rapports avec les syndromes bulbo-protubérantiels et la paralysie faciale, et enfin les chapitres sur les formes de l'infantilisme et en particulier l'infantilisme myxœdémateux sont des chapitres d'actualité.

Il est difficile de les analyser tous comme il conviendrait et on ne peut que les signaler pour donner au lecteur l'envie de lire ces leçons qui sont reproduites d'une manière si vivante.

De nombreuses gravures, photographies de malades ou dessins illustrent cet ouvrage et lui donnent une forme artistique parfaite que rehausse encore celle du texte. C'est donc là un excellent livre, qui n'intéresse pas seulement le neuropathologiste, mais qui s'adresse à tous les cliniciens qui ne pourraient rester étrangers aux questions de pathologie nerveuse.

Traité de médecine et de thérapeutique (1), publié sous la direction de MM. Brouardel et Gilbert. — T. VI : *Maladies du cœur*, des *artères*, de l'*aorte*, des *veines*, du *système lymphatique* et du *sang*.

Le tome qui vient de paraître du traité de MM. Brouardel et Gilbert ne se montre pas inférieur aux précédents volumes de la même publication. La moitié de l'ouvrage consacrée aux maladies du cœur est écrite par M. Pierre Merklen, dont tout le monde sait la science clinique et la compétence spéciale sur ce sujet. Ces chapitres se font remarquer par la sobriété du style, et la concision qui n'exclut pas la parfaite mise au point des questions. Les chapitres d'introduction sur la *séméiologie cardiaque* seront lus avec fruit aussi bien par le débutant qui y trouvera toutes les notions physiologiques qui sont nécessaires à l'intelligence des cardiopathies que par le médecin déjà exercé à la clinique qui y puisera des notions précises.

Les chapitres qui traitent des *péricardites* et des *endocardites* ont été mis au courant des données récentes fournies par la bactériologie, qui ont contribué à jeter une vive lumière sur la pathogénie de ces lésions, en permettant de les reproduire expérimentalement. Les chapitres sur l'*infarctus du myocarde* et ses conséquences possibles : rupture du cœur, anévrismes du cœur, ainsi que ceux où sont étudiées les *myocardites* sont des plus intéressants. L'*asystolie* est présentée avec ses troubles viscéraux multiples : *poumon cardiaque*, *foie cardiaque*, *rein cardiaque*, *cerveau cardiaque*, *utérus cardiaque*. Enfin l'auteur consacre un chapitre à l'étude de l'*œdème aigu du poumon*, remarquablement étudié par M. Huchard.

La bactériologie et l'expérimentation ont étendu nos connaissances sur la pathogénie des *artérites*, dont l'étude est faite dans ce volume par MM. Roger et Gouget, très au courant de tout ce qui touche à l'expérimentation de laboratoire. Une riche bibliographie fait connaître au lecteur les derniers travaux sur des lésions qui sont encore à l'ordre du jour pour les chercheurs, et dont l'importance ne saurait échapper à qui considère les graves troubles qu'elles entraînent à leur suite. L'étude des artérites n'est pas une simple curiosité de laboratoire ou d'amphithéâtre, elle est du plus haut intérêt pour la clinique et la thérapeutique, car en permettant au médecin de ne pas laisser échapper le lien qui rattache les troubles viscéraux qu'il observe à une artérite ayant son origine dans une maladie infectieuse déjà ancienne, lui permettra de faire une thérapeutique pathogénique et peut-être prophylactique.

C'est M. Boinet (de Marseille) qui traite des *aortites*, sur lesquelles il a déjà publié d'intéressants travaux. Dans les *anévrismes de l'aorte* les notions nouvelles fournies par l'inspection de la trachée, par la radioscopie, prennent leur place.

De même que pour les *aortites* c'est à la bactériologie et à la médecine expérimentale que nous devons les notions précises que nous possédons actuellement sur les *phlébites*. Ces notions remontent à la thèse de doctorat de M. Widal sur la phlegmatia puerpérale. C'est M. Widal, qui par ses travaux originaux a si largement contribué à éclairer l'histoire des phlébites, qui nous en donne un intéressant exposé en collaboration avec M. Bezançon.

Dans un chapitre intitulé *maladies du système lymphatique*, M. Bezançon apporte des notions d'acquisition toute récente dues en grande partie à des travaux personnels de l'auteur et qui nous montrent l'importance si grande du système ganglionnaire lymphatique dans la défense de l'organisme contre les microbes et leurs toxines. C'est là un intéressant chapitre de pathologie générale qui jusqu'ici avait été négligé dans les traités de nosographie descriptive.

L'ouvrage se termine par les *maladies du sang*, dont traite le Dr Parmentier, élève du professeur Hayem. M. Parmentier a raison de dire après M. Gilbert : « Le présent appartient à l'hématologie, » comme en témoignent les études récentes sur les diverses variétés leucocytaires, sur ce précieux moyen du séro-diagnostic, qui est venu compléter l'hémo-diagnostic. Des nombreuses figures montrent l'aspect au microscope des différentes préparations du sang, ainsi que les diverses variétés des leucocytes, qu'on peut trouver dans les examens de sang leucémique.

En somme cet ouvrage ne dément pas les promesses de ses aînés, ce que d'ailleurs pouvaient faire présumer les noms des auteurs, qui ont traité des parties de la science médicale pour lesquelles leurs travaux personnels les avaient spécialement désignés.

Un siècle de vaccination et ce qu'il nous enseigne (1), par le docteur Tebb.

Au moment où la vaccination et la revaccination sont tout d'actualité, où le rapport officiel présenté à l'Académie de médecine proclame les bienfaits de l'obligation vaccinale, il peut être intéressant, en manière de comparaison, d'envisager les objections présentées, en Angleterre même, par l'un des adversaires les plus autorisés de la doctrine jennerienne.

Ce livre est, en effet, un plaidoyer contre la vaccination. Ce que nous apprend l'expérience de cent années de vaccination, dit en substance le docteur Tebb, c'est que la méthode de Jenner est une déception et constitue un préjugé nuisible.

A l'aide de faits, d'observations, de statistiques, l'auteur s'efforce de démontrer que la vaccination s'attribue à elle-même, dans la diminution des cas de variole, le mérite qui revient aux progrès de l'hygiène générale, au traitement plus rationnel des maladies. Il signale « au public, aux médecins, aux législateurs » des risques, des dangers que n'avaient pas prévus les premiers propagateurs du vaccin, même du vaccin exclusivement animal.

Si cet ouvrage n'ébranle pas la foi des « vaccinateurs », il les intéressera néanmoins par sa forme séduisante, son

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) In-8° de 452 p. Prix : 7 fr. 50. — Londres, Swan Sonnenschein and C°.

argumentation loyale, et par un index excellent qui en rend l'étude très aisée.

Principes d'hygiène coloniale (1), par le docteur Georges Treille, ancien professeur d'hygiène navale et de pathologie exotique aux écoles de plein exercice de la marine, inspecteur général en retraite du service de santé des colonies.

Ce livre s'adresse à ceux qui veulent connaître les conditions physiques de la colonisation, et par là se faire une opinion qui leur serve de guide dans l'appréciation des entreprises coloniales auxquelles ils désirent se livrer.

Mais il s'adresse encore à ceux qui, sans participer personnellement à ces entreprises, entendent exercer leurs droits de citoyens à l'égard de la chose publique, et en s'inspirant de l'intérêt national, peser de leur influence sur la direction des affaires coloniales. Car l'expansion de l'Europe dans les pays tropicaux, à laquelle la France a pris une part si étendue, impose à chacun de nous des devoirs nouveaux à remplir.

Mais sans l'hygiène pratiquée dans la vie privée comme dans l'administration publique, il n'y a nulle sécurité sous les tropiques.

La santé de l'Européen dans ces régions est exposée à tant d'aléas, que la sûreté des capitaux engagés dans les entreprises dont il a la charge en est elle-même incertaine. Qu'un chef de maison de commerce, qu'un chef d'exploitation agricole entre les mains desquels reposent des intérêts primordiaux vienne à tomber gravement malade ou à disparaître brusquement, ce peut être la ruine; c'est, à coup sûr, un trouble sérieux dans la marche des affaires. Il faut donc que l'Européen qui se fixe dans les pays chauds s'instruise des risques qu'il est exposé à y courir, et qu'en toute connaissance de leurs causes il s'entoure des moyens les plus propres à s'en garantir.

Ce livre a précisément pour but l'étude de ces conditions. L'auteur s'est inspiré, pour le faire, d'abord d'une expérience personnelle déjà longue, acquise en visitant les colonies d'Asie, d'Afrique et d'Amérique à diverses époques de sa carrière; et aussi de l'enseignement de la pathologie et de l'hygiène tropicales qu'il a pratiqué comme professeur aux anciennes écoles de plein exercice de la marine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

531. M. Bouvier. Contribution à l'étude des troubles paralytiques des membres inférieurs dans la blennorragie. — 532. Mme Amieux-Addi. Contribution à l'étude des névrites du plexus brachial. — 533. M. Courtois. Streptocoques et scarlatineux. Streptococcine et essai de sérothérapie streptococcique chez le lapin. — 534. M. Gaillard. Troubles pulmonaires pendant la menstruation. — 535. M. Dugrais. Étude sur une variété relativement bénigne de l'hémoptysie chez les tuberculeux. — 536. M. Cohendy. Traitement de l'ulcère de l'estomac. (Revue critique.) — 537. M. Netter. Des rapports de la chlorose avec la menstruation et des troubles de la menstruation dans la chlorose. — 538. M. Mouzineizys. Étude médico-légale de la responsabilité professionnelle des médecins, chirurgiens et accoucheurs. — 539. M. Pasquier. Diagnostic et traitement chirurgical des kystes hydatiques des poumons. — 540. M. Délétré. De l'anus iliaque dans le traitement de certaines maladies du rectum. — 541. M. Aboulker. Étude clinique des tumeurs non cancéreuses. — 542. M. Lecacheur. Contribution à l'étude des injections intra-utérines. — 543. M. Bachimont. De la puériculture intra-utérine au cours de grossesses gémellaires.

(1) In-8° carré de 270 p., avec fig., cart. à l'anglaise. Prix : 5 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Doctorat en médecine. — Par décret du 24 juillet 1899, les dispositions suivantes, relatives au doctorat en médecine, seront mises en exécution à dater de la session de juillet-août 1900.

Article premier. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première inscription : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

Soit une dispense de baccalauréat (lettres, philosophie), les quatre certificats d'études supérieures, ci-après désignés, délivrés par une Faculté des sciences : physique, chimie, botanique, zoologie ou physiologie générale ou embryologie générale.

Art. 2. — Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes :

Premier examen. — Épreuve pratique : Dissection. — Épreuve orale : Anatomie, moins l'anatomie topographique.

Deuxième examen. — Épreuve orale : Histologie, physiologie y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — *Première partie.* — Épreuve pratique : Médecine opératoire et anatomie topographique. — Épreuve orale : Anatomie topographique, pathologie externe; accouchements.

Deuxième partie. — Épreuve pratique : Anatomie pathologique. — Épreuve orale : Pathologie générale ; parasites animaux, végétaux, microbes; pathologie interne.

Quatrième examen. — Épreuve orale : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — *Première partie.* — Clinique externe, clinique obstétricale.

Deuxième partie. — Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 3. — Les épreuves pratiques sont éliminatoires.

En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve pratique demeure acquis.

Art. 4. — A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois.

Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve.

Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (première partie du troisième examen), pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixé à six semaines.

Art. 5. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes :

Boule blanche	Très bien.
Boule blanche-rouge	Bien.
Boule rouge	Assez bien.
Boule rouge-noire	Médiocre.
Boule noire	Mal.

Pour les examens à matière unique (premier examen, deuxième partie du troisième examen et cinquième examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité deux boules noires. Deux boules rouge-noire équivalent à une boule noire.

Pour les examens à matières multiples (deuxième examen, première partie du troisième et quatrième examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité une boule noire pour une des matières de l'examen.

L'ajournement ne porte que sur cette matière, et, dans ce cas, il est d'une durée de six semaines.

Faculté de Paris. — Un congé pour le premier semestre de l'année scolaire 1899-1900 est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants.

M. Marfan, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

Marine. — M. Pellan, médecin de deuxième classe du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le « Lion » (escadre de l'Extrême-Orient), en remplacement de M. Martin.

M. Gombaud, médecin de première classe du port de Rochefort, est désigné pour continuer ses services au 3e régiment d'infanterie de marine, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Merleau-Ponty.

M. Depied, médecin de première classe du port de Toulon, est désigné pour continuer ses services au 4e régiment d'infanterie de marine, en garnison à Toulon, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Fournes.

Hôpital Cochin. — Pendant la période des vacances, M. Souques, médecin des hôpitaux, fera des conférences cliniques à l'hôpital Cochin. Il les commencera le vendredi 11 août à dix heures du matin, et les continuera, à la même heure, les mardis et vendredis suivants.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de la fête de l'Assomption, les billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 août 1899, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 91. — SAMEDI 12 AOUT 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 12 AOUT 1899. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juillet au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*

S'adresser directement aux bureaux du journal.

REVUE GÉNÉRALE

Gangrènes des organes génitaux externes de l'homme.

Par Jean PETIT et Prosper MERKLEN,
Internes des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — Les gangrènes des organes génitaux externes de l'homme sont connues depuis longtemps. Déjà Boyer (1) parlait des gangrènes du pénis qu'il rapportait à une « cause morbifique générale ». Plus tard, Moulinié (2) s'occupa également des gangrènes du pénis et créa le mot de « pénitis gangréneux ».

Le cas de Richet (3) est classique ; il s'agissait d'une gangrène spontanée des corps caverneux.

Une observation de Vidal (4), en 1855, a trait à un malade dont les bourses furent gangrénées à la suite d'une blennorragie.

Demarquay (5) publia, enfin, en 1870, un long mémoire sur les gangrènes du scrotum. Il y rechercha surtout les causes de cet accident.

A partir de cette époque les travaux se sont multipliés, et, suivant l'impulsion donnée par Demarquay, les auteurs semblent s'être surtout attachés à rechercher l'origine de la gangrène des organes génitaux externes. La distinction entre les gangrènes à point de départ génital et les gangrènes à point de départ urinaire était déjà connue, mais elle ne fit que s'accentuer davantage. En même temps, on continuait à montrer l'influence des maladies générales et des états infectieux sur l'apparition de ces gangrènes.

Verneuil (1), reprenant les idées de Marchal [de Calvi (2)], faisait voir le rôle du diabète dans certaines gangrènes. Ichtschastny (3) en citait un cas dans le cours de la fièvre intermittente. Rondot (4) incrimina la fièvre typhoïde.

On avait aussi remarqué que, dans beaucoup de cas, la gangrène venait compliquer une infection préexistante et modifier son évolution. C'est ainsi que Gosselin (5) décrivait un cas d'érysipèle à forme gangréneuse, et que plus tard Jalaguier (6), dans sa thèse, créait le type clinique de la lymphangite gangréneuse et en citait deux localisations au fourreau de la verge.

Quelques années agrès, Fournier (7) constata des cas de gangrène génitale qu'il ne put rapporter à aucune cause connue et dont l'évolution était très rapide. Aussi les désigna-t-il sous le nom de gangrène foudroyante spontanée. Il inspira, en même temps, la thèse de Lallemant (8). Le sujet fut repris par Taurin (9) et récemment mis au point par Emery (10).

La bactériologie s'est à son tour occupée de la question. Elle a montré, entre les mains d'Albarran et Hallé (11), que, dans le phlegmon gangréneux des bourses d'origine urinaire, il fallait incriminer la bactérie pyogène. Balzer (12) a étudié les agents microbiens d'un certain nombre de cas de gangrène génitale, et d'autres auteurs ont recherché la part

(1) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, 1831, p. 1432.
(2) MOULINIÉ. *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, et *Cliniques chirurgicales de l'hôpital de Bordeaux*, Paris 1839.
(3) RICHET. *Arch. de méd.*, 1841.
(4) VIDAL. *Monit. des hôpit.*, 1855.
(5) DEMARQUAY. *Arch. de méd.*, 1870.

(1) VERNEUIL. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1867 : *Gaz. hebd.*, 1877, p. 664 ; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1881, p. 1461.
(2) MARCHAL DE CALVI. *Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 178.
(3) ICHTSCHASTNY. *Rev. de Hayem.*
(4) RONDOT. Th. d'agrég., 1880.
(5) GOSSELIN. Érysipèle à forme gangreneuse, *Gaz. des hôpit.*, 1879.
(6) JALAGUIER. Th. de doct., Paris 1880.
(7) FOURNIER. *Semaine méd.*, 1883, p. 345 ; 1884, p. 69.
(8) LALLEMANT. *De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme*, Th. de Paris, 1884.
(9) TAURIN. Th. de Paris, 1889.
(10) EMERY. *Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme*, Th. de Paris, 1896.
(11) ALBARRAN et HALLÉ. Note sur une bactérie pyogène et sur son rôle dans l'infection urinaire, Acad. de méd., 19 août 1888.
(12) BALZER. De la gangrène des organes génitaux, *Médecine mod.*, 1893, p. 686.

qui leur revenait dans l'apparition de la gangrène foudroyante spontanée.

II

Etiologie et pathogénie. — On peut classer en quatre groupes les différentes causes qui déterminent les gangrènes des organes génitaux externes de l'homme :

a. Gangrènes d'origine urinaire;

b. Gangrènes d'origine génitale ;

c. Gangrènes relevant d'une cause générale (dyscrasies, infections, etc.) ou d'un traumatisme ;

d. Gangrènes foudroyantes spontanées.

a. *Gangrènes d'origine urinaire.* — Ces gangrènes sont consécutives aux lésions traumatiques et surtout pathologiques de l'urèthre.

Les ruptures de l'urèthre constituent la lésion traumatique la plus commune. L'urèthre peut être blessé dans toutes ses portions. Ce sont les chutes à califourchon et les fractures du bassin (fractures doubles) qui provoquent la grande majorité de ces ruptures. Dans ces cas l'infiltration concomitante de l'urine dans la loge périnéo-pénienne de Richet ne s'accompagne pas fatalement de gangrène. On sait, en effet, que l'urine n'est pas septique par elle-même, mais qu'elle se résorbe sans déterminer d'accidents. Pour que la gangrène se produise il faut l'adjonction d'espèces microbiennes. En même temps que l'urine, il s'épanche du sang et c'est dans ce foyer uro-hématique que se font les infections secondaires qui donneront naissance au phlegmon diffus gangréneux.

Quand il s'agit d'une lésion pathologique, c'est, en général, au rétrécissement de l'urèthre que l'on a affaire. Pour que l'infiltration se produise, il faut une dilatation du canal et un amincissement de ses parois en amont du point rétréci. On sait que ces lésions ne sont pas en rapport avec le degré du rétrécissement (1).

Ces premières lésions entraînent à leur suite une stase urinaire avec formation d'une poche qui s'infecte naturellement. Les parois de cette poche deviennent friables et la poche se rompt au moindre effort ou même spontanément. Les tissus péri-uréthraux sont envahis par une urine devenue septique et c'est la septicité de l'urine seule qui détermine tous les accidents de suppuration et de gangrène. On y peut rencontrer une flore bactérienne très riche, mais les espèces le plus communément trouvées sont le staphylocoque, le streptocoque et surtout l'ancienne bactérie pyogène d'Albarran et Hallé (2), assimilée aujourd'hui au colibacille (3). L'expérimentation a d'ailleurs démontré que cette bactérie reproduisait par inoculation des abcès à caractères sphacéloïdes.

Très vraisemblablement dans les formes franchement gangréneuses de l'infiltration urinaire, il faut parfois incriminer le vibrion septique de Pasteur.

Ces différents microbes ont chez certains malades une virulence telle qu'ils provoquent des sphacèles diffus avant même l'arrivée de l'urine (4). On doit enfin tenir compte de la notion du terrain et ne pas oublier que les tissus du vieil urinaire sont placés dans des conditions favorables au développement du sphacèle.

b. *Gangrènes d'origine génitale.* — La coïncidence possible de la gangrène avec une lésion des organes génitaux externes de l'homme est de notion courante. Les inflammations banales peuvent s'accompagner de gangrène : c'est le cas de la balano-posthite, surtout avec végétations, des ulcérations vénériennes de toute nature (chancre mou, chancre syphilitique, gomme, herpès) et même de certains pénitis. La lymphangite et le phlegmon simple peuvent également aboutir à la gangrène. Enfin on la voit compliquer le phimosis et plus souvent encore le paraphimosis.

D'après Balzer (1), c'est au chancre mou qu'il faut rapporter la plupart des cas de gangrène d'origine génitale. Comment se produit en pareil cas la gangrène? Est-ce sous l'influence du bacille spécifique de Ducrey? A la vérité, ce bacille a une action nécrosante sur les tissus, mais il les ulcère sans les sphacéler. Nécessaire est une infection secondaire du chancre par des microbes sphacélogènes. Ces derniers trouvent plus particulièrement une porte d'entrée dans le chancre mou lorsque ce chancre se complique de phimosis ou qu'il est malproprement tenu. Balzer et Jaquinet, Mermet ont ainsi rencontré le vibrion septique dans la sérosité du sphacèle consécutif au chancre. Mais le vibrion septique n'est pas le seul agent de gangrène puisque Souplet n'a décelé dans trois cas que des microbes pyogènes ordinaires. Allen (2), de son côté, adopte les mêmes idées mais sans pouvoir se prononcer sur la variété du bacille causal de la gangrène.

Le paraphimosis constitue également une des causes de gangrène qui méritent d'attirer l'attention. Dans la statistique publiée par Balzer en 1893, sur 25 cas de gangrène des organes génitaux, 8 fois il fallut incriminer le paraphimosis.

Bien plus rares sont les cas où la gangrène des organes génitaux est consécutive à une lésion testiculaire. Balzer, dans son article, en cite un cas où la gangrène apparut au cours d'une orchite blennorragique avec suppuration de l'épididyme. Von Büngner (3) commente longuement une observation dans laquelle, après une attaque d'influenza, on vit apparaître une orchite suppurée à staphylocoque doré qui se termina par gangrène du scrotum. La peau fut sphacélée sur toute la partie médiane depuis le périnée jusqu'à la racine du pénis ; deux languettes latérales recouvraient seulement la partie supérieure de la face externe de chaque testicule.

c. *Gangrènes relevant d'une cause générale ou d'un traumatisme.* — Dans ce troisième groupe doivent rentrer toutes les gangrènes qui sont sous la dépendance d'une maladie dyscrasique, d'une infection générale ou d'une intoxication. On sait combien les diabétiques sont prédisposés aux gangrènes. Une même prédisposition se rencontre mais avec une fréquence moindre chez les albuminuriques. Les maladies infectieuses, par suite des modifications qu'elles impriment à l'organisme, peuvent aboutir au même résultat. Ichtschastny (4) a vu la gangrène des organes génitaux survenir dans le cours du paludisme, Leders dans le cours de la fièvre typhoïde, Rostan dans la variole, Orlowski dans le

(1) Vigneron. Rétrécissements larges avec infiltration d'urine, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, août 1891.

(2) Albarran et Hallé. Loc. cit.

(3) Achard et Renaut. Soc. de biol., 22 déc. 1891. — Reblaud. Soc. de biol., 29 déc. 1891. — Krogius (d'Helsingfors), *Arch. de méd. expérim.*, 1892, p. 66.

(4) Guyon et Albarran. Sur la gangrène urineuse d'origine microbienne, *Cong. franç. de chir.*, 1891, p. 511.

(1) Balzer. Loc. cit.

(2) Allen. *Journ. of cut. and genit.-urin. diseases*, fév. 1894, p. 55.

(3) Von Bungner. Gangrène suraiguë du scrotum, *Arch. f. klin. Chir.*, XLII, 4.

(4) Ichtschastny. Loc. cit.

scorbut, Devrient (1) dans la grippe. D'autres auteurs ont également insisté sur le rôle des fièvres éruptives. On a même signalé l'influence de la morve et du charbon. En ce qui concerne les intoxications, il faut mettre en relief l'alcoolisme. Cabrol et Boyer ont chacun cité uu cas où la gangrène relevait d'une intoxication par la cantharide.

L'athérome artériel, dont le rôle est bien connu dans la gangrène des membres, a pu également provoquer la gangrène de la verge, témoin le cas de Reclus (2), qui « observa, à Bicêtre, un vieillard de 84 ans dont le gland et la partie antérieure de la verge étaient atteints de gangrène sénile ; il mourut et nous trouvâmes une ossification en tuyau de pipe de l'artère dorsale de la verge ». On a vu des gangrènes du scrotum accompagner des eschares de la région sacrée chez les gens succombant à une affection de la moelle ou du cerveau.

C'est surtout chez ces différentes catégories de malades que le traumatisme est capable d'aboutir à la gangrène. Mais le traumatisme peut dans certains cas suffire par lui-même. La contusion violente et l'hématome pariétal mettent parfois les tissus des bourses dans des conditions de réceptivité qui permettent le développement de la gangrène. Les observations ne manquent pas à cet égard (Régnier, de Bouzonville, Velpeau, J. Cloquet, Follet, Gaucher, de Baurienne).

Les morsures d'animaux, l'arrachement de la peau de la verge, les corps étrangers de l'urèthre créent autant de portes à l'infection gangréneuse. Fournier (3) rapporte le cas de Védrènes où il s'agissait d'un Kabyle auquel sa femme fit une section profonde de la verge qui détermina un sphacèle du gland et d'une partie du canal. Mention doit être faite, enfin, des malades qui par suite de perversion sexuelle (constriction de la verge par un anneau, etc.) se présentent au médecin avec des accidents gangréneux dont l'origine est d'autant plus difficile à dépister qu'elle est volontairement cachée.

Les chirurgiens ne doivent pas oublier que, dans la ponction de l'hydrocèle vaginale suivie d'injection, l'orifice interne de la canule peut quitter la vaginale pour pénétrer dans les tuniques scrotales, auquel cas la teinture d'iode injectée s'y infiltre et détermine volontiers des accidents gangréneux. Aussi ne craindra-t-on pas, dans cette opération, de pousser et de maintenir profondément la canule. Cet accident n'a pas de suites graves, en général, mais dans un ordre de faits analogues, Thiriar (4) a cité un cas de septicémie gangréneuse produite par la ponction du scrotum.

d. *Gangrènes foudroyantes spontanées.* — Le caractère étiologique de cette variété de gangrène est, d'après Fournier (5), son apparition sans aucune cause connue. On n'en a publié jusqu'à présent qu'un petit nombre de cas consignés dans la thèse d'Emery (6). De ces observations, on peut conclure aux données suivantes, d'autant plus importantes que la cause déterminante n'est pas connue.

Les malades sont presque tous âgés de vingt à trente ans. Ils étaient auparavant en bonne santé, n'avaient pas de tare organique, ni diabète, ni syphilis. Leur hygiène était même satisfaisante.

L'influence du coït est controversée. « L'acte génital avait été accompli récemment par la plupart des sujets de nos observations, soit, en général, la veille ou l'avant-veille du début de l'affection. Mais il est deux ou trois cas, au moins, où la date du coït remontait à une époque trop éloignée du début des accidents pour que l'on pût, a priori, établir entre eux et les rapports sexuels une relation de cause à effet (1). »

Dans les observations, on n'a jamais noté ni plaie ni porte d'entrée quelconque avant l'apparition de la gangrène, et, par conséquent, on ne voit pas quelle est la voie de pénétration suivie par le microbe.

C'est, en effet, à un micro-organisme qu'il faut vraisemblablement rapporter ces accidents. Duclaux, le premier, a brièvement signalé la présence d'un microcoque chez un malade de Fournier. Pellizzari et Volterra ont trouvé des streptocoqucs dans des coupes de fragments de prépuce spontanément gangréné et aussi dans la sérosité. Emery enfin a également rencontré le streptocoque dans le liquide du sphacèle qu'il a recueilli.

Ce serait donc un streptocoque doué d'une très forte virulence, qui serait responsable de la gangrène foudroyante spontanée. Un cas plus récent encore de Fournier (2) semblerait plaider dans le même sens, puisque Sabouraud y nota la présence d'un streptocoque encore indéterminé.

En tout cas, ce microorganisme, quel qu'il soit, ne peut pénétrer que par deux voies : la voie uréthrale et la voie cutanée. Dans ce dernier cas, il viendrait de l'extérieur, peut-être dans un coït suspect, à travers une minuscule érosion passée inaperçue.

III

Symptômes et Marche. — Le tableau clinique et la marche des gangrènes des organes génitaux externes de l'homme varient avec leurs causes. Nous en décrirons les principaux types correspondant aux données étiologiques précédentes.

On doit prendre comme exemple de gangrène d'origine urinaire le phlegmon urineux qui complique le rétrécissement de l'urèthre : à une rétention de l'urine dans la vessie succède la disparition de la tumeur vésicale et l'envahissement de la loge périnéo-pénienne. Le malade, qui était en état de rétention, se sent soudainement soulagé, mais il ne peut rendre d'urine par le méat. Peu à peu le périnée fait saillie et se distend. Les téguments deviennent d'un rouge de plus en plus foncé, pour prendre bientôt une teinte cuivrée et ecchymotique. La tumeur périnéale d'abord dure devient bientôt crépitante sous l'influence des gaz dus au coli-bacille, et ces gaz, s'ils sont assez abondants, donnent de la sonorité à la percussion. Par places, des phlyctènes se soulèvent, remplies d'un liquide brunâtre recouvrant un derme insensible. En même temps des points noirâtres de sphacèle apparaissent au niveau du scrotum et du périnée : la gangrène est constituée. Elle est suivie de l'élimination des tissus mortifiés et d'un pus fétide. Ces phénomènes peuvent s'étendre au pénis, aux aines, à la paroi abdominale.

Les phénomènes généraux atteignent leur maximum d'intensité. Un grand frisson caractérise leur début. Le malade présente les signes classiques de l'intoxication uri-

(1) Devrient. *St-Petersb. med. Wochens.*, 30 mai 1892, et *Semaine méd.*, 14 sept. 1892, nº 46, p. 367.
(2) Reclus. *Traité de chir.*, t. VIII, p. 268, 1892.
(3) Fournier. *Semaine méd.*, loc. cit.
(4) Thiriar. Septicémie gangréneuse produite par ponction du scrotum, *Ann. Soc. belge chir.*, 1894.
(5) Fournier. *Semaine méd.*, 1883 et 1884, loc. cit.
(6) Emery. Loc. cit.

(1) Emery. Loc. cit., p. 20.
(2) Fournier. Soc. de derm. et de syphil., 12 nov. 1896, et *Semaine méd.*, 18 nov. 1896, p. 464.

neuse, il tend à la fièvre hectique et à l'adynamie, au milieu desquelles il succombe le plus souvent, surtout si l'intervention est tardive et si le malade était déjà sous le coup d'une tare organique. Mais de larges débridements au thermocautère combinés au rétablissement du cours normal de l'urine peuvent amener le malade à la guérison et permettre la cicatrisation des grandes surfaces laissées à nu par la chute des eschares.

La gangrène qui accompagne le chancre mou offre le type le plus commun des gangrènes d'origine génitale. Dans son travail, Balzer (1) en a donné un tableau complet.

Le chancre mou est, en général, recouvert par le prépuce œdématié ; celui-ci prend une teinte ecchymotique, se couvre souvent de phlyctènes et présente enfin une coloration noirâtre à laquelle succède la formation d'eschares. Le gland, de son côté, peut être le siège des mêmes phénomènes et comme il est tuméfié il se trouve comprimé par le prépuce qui l'enveloppe, ce qui occasionne de très vives douleurs. Par le prépuce s'écoule un liquide sanguinolent d'odeur fétide.

En même temps, apparaissent des phénomènes généraux : élévation de la température, pouls rapide, quelquefois état typhoïde, et cela même dans les cas où la gangrène est limitée.

Au bout de quelques jours, arrêt du processus, formation d'un sillon qui sépare l'eschare de la peau saine, chute de l'eschare, suppuration, apparition de bourgeons charnus et réparation.

Aux gangrènes compliquant le chancre mou, Balzer reconnaît différentes variétés suivant leur localisation : le processus nécrosique se limite à une partie du prépuce ; il envahit le prépuce en entier, épargnant toutefois la région du filet ; il se manifeste sous forme de plaques au niveau du gland et de la rainure. La gangrène est-elle plus étendue, on voit tout le pénis et le scrotum envahis. Parfois même l'extension, rapide dans ces cas, remonte jusqu'à l'abdomen, il atteint la partie supérieure des cuisses ; elle peut aussi se faire en profondeur, attaquer les corps caverneux et perforer l'urèthre.

Dans le paraphimosis, la gangrène apparaît lorsque le prépuce ne peut plus être ramené au delà de la couronne du gland. La striction continue et poussée à l'excès empêche la nutrition. Le sphacèle commence alors sur la face dorsale de la verge. Mais il reste toujours peu étendu. La chute de l'eschare produit un débridement naturel, d'où réduction spontanée. Le gland, dans ces conditions, ne se gangrène jamais (2), comme on l'a répété à tort, et l'accident guérit de lui-même.

Les gangrènes qui relèvent d'une maladie générale n'offrent pas de caractères objectifs spéciaux. Elles hâtent d'habitude l'évolution de la maladie primitive d'autant plus que cette dernière crée un terrain qui rend leur évolution plus redoutable.

Dans le diabète en particulier, il est à noter que les taches gangréneuses ont une coloration blanchâtre ainsi que les eschares parcheminées qui leur succèdent.

Depuis Quesnay, il est classique de décrire une forme de gangrène appelée gangrène blanche et que l'on a confondue avec la gangrène par cadavérisation (3).

(1) Balzer. Loc. cit.
(2) Bouilly. *Manuel de pathologie externe*, t. IV, p. 208, 1892.
(3) Reclus. *Traité de chirurgie*, t. I, 1890, p. 74.

Jalaguier (1), dans sa thèse, a montré qu'il s'agissait là de deux choses différentes. Ce que l'on appelle la gangrène blanche se présente d'abord sous forme d'infiltration sanguine du scrotum et de la peau de la verge. Les téguments sont lie de vin, puis en l'espace de quelques heures la coloration noire disparaît et se transforme en une plaque blanc de lait. Si nous signalons cette variété de gangrène, c'est parce que Fournier l'a rencontrée au niveau du fourreau de la verge et que Reclus (2) en rapporte une observation où la plaque avait envahi les trois quarts du scrotum et qui se termina par la guérison.

Les gangrènes dans lesquelles le traumatisme est la seule cause ont une marche bénigne et restent le plus souvent limitées.

Fournier a bien décrit la marche de la gangrène foudroyante spontanée dont Emery a nettement mis en relief les trois périodes.

Une période de début ou d'inflammation est remarquable par sa bénignité apparente. Après un « simple endolorissement » de la verge pouvant aller jusqu'à des douleurs plus violentes, le malade présente un peu de rougeur et de gonflement surtout marqués dans la région préputiale. Ces phénomènes locaux s'accompagnent ou bien sont précédés de fièvre et de frissons.

La seconde période ou période de mortification apparaît, dit Fournier, « comme par un véritable coup de théâtre. »

La mortification se présente sous forme de phlyctènes ou bien sous forme de disparition de la sensibilité avec changement de coloration des téguments. Elle débute, en général, par la partie dorsale de la verge, mais tout autre point de la verge ou le scrotum peuvent être primitivement atteints.

La caractéristique de cette mortification est sa rapidité d'extension. Tous les organes génitaux externes sont susceptibles d'être envahis en vingt-quatre heures. L'eschare est noire comme de l'encre, sillonnée par des rayures jaunes ou vertes, parsemée parfois d'îlots de peau saine.

Aussitôt que débute la mortification, les symptômes généraux deviennent graves : fièvre intense, vomissements, sueurs, pouls rapide, teint pâle, adynamie même dans certains cas.

La période de réparation débute dans la plupart des observations aussi brusquement que la précédente. En même temps que l'état général se relève, un sillon d'élimination se creuse, d'où s'écoule un liquide séro-purulent. Les parties sphacélées se rétractent de la périphérie au centre et tombent. Mais leur épaisseur est faible, car elles ne dépassent pas les limites du derme et laissent l'aponévrose intacte. La réparation est rapide, comparée à l'étendue du sphacèle qui peut remonter jusqu'à l'hypogastre. Il est curieux de noter que, très souvent, l'anneau antérieur du prépuce est bien conservé et sert ainsi à la reconstitution des téguments.

Les gangrènes n'étant le plus ordinairement que des complications qui apparaissent au cours de maladies d'ordre divers, nous ne devons pas considérer ici comme des complications de ces gangrènes les autres accidents qui se montrent concomitamment dans ces maladies. Seuls nous intéressent donc les accidents que la gangrène est capable d'engendrer par elle-même. Ils sont d'ailleurs peu nom-

(1) Jalaguier. Loc. cit.
(2) Reclus. *Traité de chirurgie*, 1892, p. 17.

breux : des cicatrices vicieuses qu'on a rarement observées, l'extension aux voies lymphatiques du processus infectieux, la phlébite dans les territoires veineux voisins, les abcès à distance, lés hémorragies causées par la chute de l'eschare, la perforation de l'urèthre et les fistules consécutives, le fongus du testicule, telles sont les principales complications que la gangrène peut laisser à sa suite.

En ce qui concerne la gangrène foudroyanté spontanée, il faut ajouter l'apparition possible du purpura, de l'érythème de la face et du cou, les eschares aux parties déclives, la broncho-pneumonie, l'érysipèle bronzé enfin que l'on a même signalé comme précédant la gangrène foudroyante spontanée.

IV

Diagnostic et Pronostic. — Reconnaître l'existence d'une gangrène est chose facile, tant sont évidents ses caractères. On ne s'en laissera toutefois pas imposer par des affections ulcéreuses du pénis ou du scrotum qui peuvent revêtir l'odeur fétide propre à la gangrène : cancer et syphilis des organes génitaux. Les syphilides ulcéreuses phagédéniques ont une évolution particulière, elles ne retentissent pas sur l'état général et cèdent au traitement spécifique. Il en sera de même pour certaines lésions gommeuses.

Il existe des maladies inflammatoires telles que le phlegmon diffus, la lymphangite, l'érysipèle, qui arrivent à une virulence suffisante pour se compliquer de gangrène ; dans ces cas il sera nécessaire de ne pas perdre de vue l'affection primitive, mais de considérer les accidents gangréneux comme un épiphénomène et de les rapporter à leur véritable cause.

Devant un malade atteint de gangrène des organes génitaux externes, le point important consistera donc à rechercher l'origine de façon à établir le pronostic et à instituer le traitement. Le passé urinaire du malade et son interrogatoire feront aisément reconnaître la gangrène consécutive à une lésion de l'urèthre. L'examen objectif du pénis montrera les accidents génitaux. On ne négligera pas l'examen des urines et l'étude de l'état général du malade. En un mot, la cause de la gangrène sera toujours facilement trouvée, sauf dans les cas de gangrène foudroyante spontanée, dont c'est la caractéristique de ne pas avoir de cause.

D'une manière générale, les gangrènes d'origine génitale paraissent être les plus bénignes. Les gangrènes d'origine urinaire, au contraire, imposent un pronostic plus réservé et qui dépend en grande partie du traitement. C'est là, néanmoins, une fin assez commune dans le rétrécissement de l'urèthre.

Si les gangrènes génitales des maladies infectieuses et dyscrasiques comportent toujours un pronostic sérieux, parce qu'elles indiquent une profonde déchéance de l'organisme ou une grande virulence de l'infection, on doit cependant avouer qu'elles n'en sont pas moins soumises à une sorte d'échelle de gravité, variable avec l'état individuel de chaque malade.

Dans tous les cas de gangrène foudroyante, dit Fournier, la terminaison s'est faite d'une façon désastreuse localement, mais d'une façon heureuse quant à la vie. Encore ajoute-t-il qu'il n'accepte pas cette conclusion d'une manière absolue, et il cite deux cas qui se sont terminés par la mort.

V

Traitement. — Il est à peine besoin de dire qu'il n'y a pas de traitement unique de la gangrène des organes génitaux externes de l'homme.

S'agit-il de la gangrène qui accompagne le phlegmon urineux, on l'aborde le plus tôt possible par le thermocautère, et l'on attend que le foyer sphacélique soit évacué et détergé pour rétablir le cours normal de l'urine par l'uréthrotomie interne.

En cas de gangrène d'origine génitale, on supprime, s'il est besoin, les obstacles mécaniques qui gênent la circulation locale (phimosis, paraphimosis) ; on fait de larges débridements sur les parties latérales du pénis si la gangrène dépasse le prépuce et l'on pratique l'antisepsie locale par tous les moyens ordinaires.

La même conduite est suivie par Fournier dans les cas de gangrène foudroyante spontanée. Il donne des bains à température douce prolongés pendant deux ou trois heures, et recourt à de grandes et profondes incisions sur les parties malades.

Dans toutes ces variétés de gangrène, on n'oubliera pas de relever l'état général du malade et l'on s'inspirera particulièrement des indications thérapeutiques tirées de la fièvre et de l'adynamie.

Lorsque les phénomènes aigus sont terminés, la réparation se fait en général facilement, grâce à l'élasticité de la peau du scrotum. Ce n'est que si les délabrements sont trop étendus que l'on s'adresse à des procédés autoplastiques (1).

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE
(ve session, Lille 1899)

COMMUNICATIONS DIVERSES SUR LA LEUCÉMIE ET L'ADÉNIE

L'opinion générale est que le rôle du chirurgien dans le traitement des adénies est nul, parce que la récidive est inévitable après l'intervention et que l'opération expose à la généralisation des lésions. *M. Vanverts* (de Lille), étudiant les **indications de l'intervention chirugicale dans les adénies**, pense que cette opinion est juste pour les cas ou la leucémie accompagne la lymphadénie et où la lymphadénie est étendue à plusieurs organes. Il semble, au contraire, que, dans les cas où la lymphadénie est localisée à un organe, on puisse et on doive enlever la tumeur dans l'espoir de débarrasser totalement l'organisme de cette lésion maligne. Si la récidive est la règle, après l'ablation de la rate, des ganglions ou du testicule atteint de lymphadénisme, il semble que la cause en soit dans l'ancienneté des lésions. Les faits rares, mais certains, de guérison ou de survie notable après cette opération doivent pousser le chirurgien à intervenir d'une façon très précoce dans les cas de ce genre.

MM. F. Bezançon et *M. Labbé* font ensuite une très intéressante communication sur l'**anatomie pathologique et la pathogénie du lymphadénome ganglionnaire.**

« Le terme de lymphadénome, employé dans son sens clinique, s'applique en réalité à trois variétés de lésions ganglionnaires : 1° adénie infectieuse ; 2° lymphome tuberculeux ; 3° lymphadénome proprement dit.

Les recherches actuelles ne sont pas suffisantes pour démontrer la nature infectieuse de cette dernière variété. La théorie infectieuse reste à l'état d'hypothèse. L'anatomie

(1) Allen. Loc. cit. — Rascol. Gangrène du scrotum, dénudation complète du testicule, anaplastie par la méthode française, réunion immédiate, *Gaz. des hôpit.*, 1883, n° 28.

pathologique est encore aujourd'hui la seule base sérieuse sur laquelle on puisse faire reposer la spécificité du lymphadénome et établir une classification de ses diverses formes.

L'examen anatomo-pathologique permet de rejeter du groupe du lymphadénome le lymphome tuberculeux, qui n'est pas une variété de tuberculose ganglionnaire hypertrophiante, et les adénies infectieuses, groupe disparate se rattachant aux adénites infectieuses.

Le lymphadénome reste, selon la définition de MM. Cornil et Ranvier, « une tumeur constituée par un tissu adénoïde de nouvelle formation. »

Cette tumeur se présente sous deux aspects différents, selon que son tissu est formé des éléments normaux du tissu lymphoïde (lymphadénome typique), ou bien d'éléments anormaux, dérivés du tissu lymphoïde (lymphadénome métatypique).

Dans les deux formes, l'hypergenèse du tissu aboutit à la disparition de l'architecture générale du ganglion.

Le lymphadénome typique est constitué par un réticulum non modifié, dans les mailles duquel on ne trouve que les variétés cellulaires du ganglion normal, les lymphocytes et les leucocytes mononucléaires.

C'est un tissu analogue qui constitue les lymphomes du foie et du rein développés dans les gaines péri-artérielles. C'est aussi ce même tissu qu'on retrouve dans la rate et dans la moelle des os.

Le lymphadénome métatypique est surtout caractérisé par l'apparition, dans les mailles du tissu réticulé modifié ou non, de cellules anormales, cellules très volumineuses à noyau bourgeonnant ou à noyaux multiples rappelant les myéloplaxes de la moelle des os et de la rate de certains animaux, cellules à noyau vésiculeux colossalement hypertrophié, plasmazellen, cellules éosinophiles, enfin, des cellules à protoplasma vacuolaire renfermant des débris cellulaires ou des noyaux.

Beaucoup de ces cellules sont en voie de division directe ou indirecte; la karyokinèse y est souvent pervertie.

Toutes ces cellules se trouvent disséminées au milieu de cellules normales (lymphocytes et leucocytes mononucléaires), ce qui différencie le lymphadénome des tumeurs épithéliales ou sarcomateuses, dans lesquelles les cellules se trouvent groupées sous forme de boyaux ou de nappes continues.

Dans certains cas, l'évolution fibreuse du réticulum aboutit au cloisonnement de la tumeur par des bandes conjonctives, qui peuvent dessiner une véritable lobulation.

Les lymphadénomes typiques et métatypiques sont susceptibles de se généraliser et de s'accompagner de leucémie; mais l'on ne peut dire si l'une des formes prédispose plus que l'autre à ces complications.

Par ces caractères anatomiques, le lymphadénome se rapproche plutôt des tumeurs malignes que des adénites infectieuses.

Il diffère cependant des tumeurs malignes par son évolution spéciale. Tandis que, dans les cancers, l'extension de la tumeur se fait, soit par propagation directe, soit par embolie, dans le lymphadénome, la généralisation se fait presque simultanément à tous les points de l'organe lymphoïde nouvellement atteint.

La lymphadénie nous apparaît comme une aptitude spéciale de tout le tissu réticulé de l'organisme à s'hyperplasier et à devenir le siège d'une prolifération active.

A ce point de vue, elle mérite d'être rapprochée des cas de polyadénome gastrique généralisé, de tumeurs polykystiques multiples, d'endothéliome de la rate ou des os. Cependant, l'hyperplasie n'aboutit pas, comme dans les tissus normaux, à la formation de cellules utiles; elle est déviée de son type normal; les leucocytes produits n'aboutissent pas à leur forme parfaite et n'acquièrent pas la propriété phagocytaire, comme le montre la facilité avec laquelle se produit l'infection secondaire des ganglions lymphadéniques, malgré la surproduction de leucocytes.

Si nous connaissons un des éléments qui prédisposent le terrain à l'éclosion du lymphadénome, à savoir l'irritation du territoire cutané ou muqueux auquel appartient le groupe ganglionnaire primitivement envahi, la cause primordiale du lymphadénome, comme celle du cancer, nous est encore totalement inconnue. »

MM. Sicard et *Guillain*, au cours de **recherches hématologiques dans quelques maladies du système nerveux**, ont été amenés aux résultats suivants :

Chez les hémiplégiques, il existe une hyperglobulie constante, parfois accompagnée d'hyperleucocytose du côté hémiplégié. Dans le sang de ces malades, on peut encore constater des granulations, distinctes de celles des hématoblastes, granulations abondantes, se formant en amas, peut-être en rapport avec la destruction des globules blancs, peut-être aussi sous la dépendance de troubles pigmentaires ou vaso-moteurs chroniques. Ces granulations sont sans doute à rapprocher des « hémoconies » signalées récemment par Müller, par Ehrlich et Lazarus dans la maladie d'Addison.

Chez les syringomyéliques, ils ont pu constater l'absence de toute leucocytose à polynucléaires neutrophiles ou éosinophiles, fait qui a son importance pour le diagnostic différenciel avec la lèpre, maladie éosinophilique. Chez certains malades, atteints de spondylose rhyzomélique de Marie, de sclérose en plaques ou de paralysie générale, on peut mettre en évidence une leucocytose à polynucléaires neutrophiles; il en était de même, mais à un taux beaucoup plus élevé, chez une malade atteinte de tumeur cérébrale, tumeur que l'autopsie révéla de nature purulente. Ces quelques considérations montrent l'intérêt qui peut s'attacher à l'étude hématologique dans les affections du système nerveux.

M. Potel (de Lille) a vu survenir un **syndrome leucémique** chez une femme de vingt ans, à la suite d'un accouchement. La rate et les ganglions cervicaux et trachéo-bronchiques du côté droit étaient hypertrophiés. Le nombre de leucocytes était de 158000, alors que celui des globules rouges, très pauvres en hémoglobine (R = 1108153, G = 0,53), était tombé à 2077000. Il y a donc 1 leucocyte pour 13 hématies. Cette leucémie, après être restée chronique pendant plusieurs mois, a pris soudain une allure aiguë et s'est accompagnée d'hyperthermie. Les auteurs ont assisté au déclin de cette période terminale aiguë; ils ont constaté chez leur malade ce fait curieux, et déjà signalé par nombre d'auteurs, quand la mort est proche : la chute brusque du nombre des leucocytes (46500 — 1 leucocyte pour 44 hématies).

L'analyse des urines, faite au moment de cette disparition des leucocytes, n'a pas fait constater un accroissement notable de la quantité d'acide urique éliminé (88 centigrammes en vingt-quatre heures); ce qui est en contradiction avec l'opinion couramment admise, que l'augmentation de l'acide urique notée souvent chez les leucémiques est due à l'élimination des leucocytes détruits.

MÉDECINE PRATIQUE

De quelques usages de la levure de bière en thérapeutique.

Parmi les médications nouvelles, il en est peu qui semblent appelées à rendre plus de services que la levure de bière. Depuis quelques mois, elle a été étudiée comme agent thérapeutique dans les conditions les plus diverses. M. Brocq, dans un remarquable article de vulgarisation (1), a montré quels bienfaits on pouvait retirer de l'emploi de la levure de bière dans la furonculose.

L'action thérapeutique de la levure de bière est connue depuis longtemps. Mosse (2), en 1852, déclarait s'être déjà servi avec succès dans la furonculose de la levure de bière donnée à la dose de trois cuillerées à bouche (pour un adulte) délayée dans un peu d'eau. Follin, dans son *Traité de chirurgie*, Gingeot (3), rappellent cette indication.

Dans l'étude de vulgarisation dont nous parlons plus haut, M. Brocq, citant tous ces auteurs, insiste, en particulier, sur une lettre de M. A. Debouzy, de Wignehies (Nord), publiée en juillet 1894, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (4).

M. Debouzy déclare que depuis très longtemps la levure de bière est un remède populaire dans son pays contre la furonculose. Il a expérimenté sur lui-même « ce remède de bonne femme » et a été étonné de la rapidité et de la constance de son action. De la fermentation stomacale, de nombreuses éructations, de la diarrhée quelquefois, sont les seuls inconvénients qu'il ait observés par cette méthode de traitement. Il donne la levure à la dose quotidienne de *deux à trois cuillerées à soupe* délayées dans un verre de bière et prises pendant les repas.

En juillet 1895, M. Gobert revenait sur le même sujet dans une communication à la Société anatomique de Lille (5).

En 1895 enfin, M. de Backer, dans son livre sur les *Ferments thérapeutiques*, relate ces deux derniers travaux et publie trois observations de furonculose dans lesquelles il a employé avec un succès complet 20 grammes de levure pure mélangée avec son poids de miel blanc, délayée dans un verre de bière, à chaque principal repas.

M. Brocq, à l'appui de tous ces travaux, apporte un certain nombre d'observations très probantes dont sa propre histoire. Voici d'après lui quel est le mode d'emploi de la levure, ses inconvénients, et sa manière d'agir.

Mode d'emploi. — « J'emploie d'ordinaire la levure de bière fraîche. Les brasseurs de Paris me la livrent sous l'aspect d'une sorte de crème marron clair, assez semblable à de la crème de chocolat un peu pâle. Dès qu'on la laisse au repos dans un vase, elle se divise d'ordinaire en trois couches : au fond du vase se trouve une partie assez épaisse, molle, d'une couleur café au lait un peu foncé; au-dessus se voit une couche de liquide marron assez foncé; enfin, la couche supérieure, de beaucoup la plus épaisse, est formée d'une sorte de crème assez résistante, café au lait foncé, et qui fermente avec beaucoup d'activité. Pour m'en servir, je mélange, tout d'abord, avec soin, les trois couches et je prends une cuillerée à café bien pleine de ce mélange que je délaie dans un verre à Bordeaux d'eau ordinaire ou d'eau minérale alcaline. Je donne cette dose trois fois par jour au commencement de chaque repas. Le goût n'en est pas trop mauvais, mais il faut que la levure soit bien fraîche; dès que son goût change, dès qu'elle devient un peu aigre, je crois qu'il faut s'en procurer de nouvelle. En somme, quand on le peut, il faut en avoir de fraîche tous les jours en été, tous les deux jours en hiver, quand il ne fait pas froid; on peut à la rigueur ne la changer que tous les trois jours lorsque la température est très basse.

Quand on ne peut se procurer la levure de bière dont nous venons de parler, on peut, à la rigueur, la remplacer, par de la levure de pâtissier ou de boulanger : c'est une substance solide, ayant la consistance du fromage de Roquefort, d'un blanc un peu jaunâtre, et dont on prend gros comme une noisette délayée dans un peu d'eau à chaque repas, ou, comme le fait M. de Backer, mélangée à partie égale de miel blanc. Il m'a semblé que la levure de bière était mieux supportée par l'estomac et avait des effets thérapeutiques plus actifs.

Les médecins du Nord, M. Debouzy en particulier, donnent la levure à des doses beaucoup plus fortes : ils en donnent jusqu'à deux ou trois cuillerées à soupe par jour, et ils la délaient dans de la bière.

Il est évident que, pour cette substance, comme pour la plupart des médicaments, il doit y avoir de grandes différences suivant les sujets au point de vue de son mode d'action, de son efficacité et de sa tolérance. Tel doit avoir besoin d'une dose relativement minime pour en ressentir les effets thérapeutiques; tel autre devra au contraire en prendre des quantités considérables pour en retirer quelque utilité. On sera donc, parfois, obligé de doubler ou de tripler les doses que nous employons d'ordinaire.

Mais, en outre, et c'est là le point vraiment délicat de cette médication, il semble que toutes les levures ne soient pas comparables entre elles au point de vue de leur efficacité. Nous réclamons à cet égard des recherches nouvelles pour préciser cette si importante question. Il serait utile que la pharmacie pût donner un produit constant dans ses effets et toujours d'excellente qualité.

Je crois qu'il faut la prendre aux repas délayée dans un peu d'eau ou dans un peu de bière. La dose varie de 3 à 9 cuillerées à café par jour suivant la tolérance du sujet et les nécessités de la maladie.

Inconvénients de la médication. — M. Debouzy a fort bien précisé les quelques inconvénients que peut avoir la levure. Parfois, elle provoque des pesanteurs d'estomac, des aigreurs, des renvois acides qui se succèdent chez certaines personnes avec une rapidité et une abondance des plus désagréables. Elle peut aussi donner de la diarrhée, mais ce dernier accident est des plus rares : quand elle agit sur les intestins, le sujet a une ou deux garde-robes par jour, un peu plus faciles qu'en temps normal; souvent même il n'en obtient pas cet effet utile. En somme, pour peu que les malades soient persévérants et dociles, il est de règle que cette substance, quand elle est fraîche, soit bien tolérée.

Effets de la levure de bière dans la furonculose et sur les anthrax. — Les effets sur la furonculose nous ont semblé être réellement remarquables chez certaines personnes. La plupart des sujets qui sont atteints de cette affection voient d'ordinaire leurs accidents disparaître, ou, tout au moins, s'amender fortement, quand ils font usage de la levure.

Quand un anthrax de petit volume est déjà en pleine évolution au moment où l'on prend la levure, voici ce que l'on observe dans la grande majorité des cas : au bout de deux ou trois jours, il devient insensible; du troisième au quatrième jour, l'œdème périphérique commence à diminuer et il en est de même de la lymphangite quand elle existe; du quatrième au cinquième jour, l'anthrax s'arrête dans son évolution : il n'augmente plus, il commence même à rétrocéder; la suppuration diminue et cesse complètement dès le septième ou le huitième jour; à cette date, l'anthrax se cicatrise, mais il persiste souvent des indurations assez volumineuses qui peuvent ne disparaître qu'avec beaucoup de lenteur, parfois après plusieurs semaines. Chez moi,

(1) BROCQ. *Presse méd.*, 1899, n° 8.

(2) MOSSE. *The Lancet*, t. II, p. 113.

(3) GINGEOT. *Traitement rationnel de l'affection furonculeuse*, Paris 1885, p. 44.

(4) Page 476, art 15961.

(5) GOBERT. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1895.

elles durent à peu près le même laps de temps que les anthrax laissés à leur évolution naturelle.

La guérison est, d'ordinaire, plus rapide s'il s'agit d'un simple furoncle; elle est parfois, pas toujours, plus lente s'il s'agit d'un anthrax de volume moyen. Je n'ai jamais encore soigné, par ce procédé, d'anthrax très volumineux et à complications menaçantes.

Quand on cesse trop tôt la levure, l'anthrax peut avoir des velléités de récidive, aussi est-il prudent de continuer le médicament tant qu'il y a le moindre symptôme inflammatoire au niveau de l'induration consécutive, et même tant que l'induration est d'un volume notable, à moins que la levure ne finisse par fatiguer le tube digestif des sujets.

Quand il s'agit d'une furonculose rebelle et à foyers multiples, çà et là disséminés, l'action de la levure se fait également sentir du troisième au dixième jour, suivant les cas. Comme l'a fort bien remarqué M. Debouzy, il peut encore survenir quelques furoncles pendant que le malade prend la levure, mais ces furoncles, à peine perceptibles, n'évoluent pour ainsi dire jamais.

Il semble donc que la levure de bière ait pour effet :

1° Quand on l'administre alors qu'un furoncle ou qu'un anthrax a déjà paru, d'en empêcher le développement, la suppuration, les complications (œdèmes, lymphangites, abcès), de le réduire à un petit noyau induré ; mais, en réalité, du moins dans beaucoup de cas, elle ne le supprime pas totalement, cependant, elle peut en abréger considérablement la durée chez certains sujets.

2° Elle semble prévenir et empêcher, dans une mesure très notable, la production de furoncles nouveaux, et elle arrive ainsi à guérir certaines furonculoses rebelles.

En somme, dans ces affections, elle semble avoir un effet restrictif des plus remarquables sur la suppuration.

J'ai obtenu, en outre, de bons résultats avec la levure dans les hydrosadénites de l'aisselle et même dans certaines autres dermatoses suppuratives, telles que les acnés voldmineuses phlegmoneuses, les acnés rebelles, les folliculites staphylococciques, et, par suite, certains sycosis ; mais, il m'a semblé que son action dans ces diverses affections, quoique réelle, était bien moins rapide, moins évidente, beaucoup plus aléatoire que dans la furonculose.

Dans beaucoup de cas de cette dernière affection, la levure donne, nous le répétons avec intention, d'excellents résultats. Si même nous ne nous guidions que d'après les faits que nous avons pu surveiller avec soin, nous serions tenté de dire que la levure de bière fraîche est pour la furonculose un spécifique, au même titre que le mercure pour la syphilis, que la quinine pour l'impaludisme. Nous devons cependant reconnaître que deux de nos malades ont déclaré qu'ils n'en avaient retiré aucun bénéfice, que certains autres ont dit n'avoir pu la tolérer, que d'autres, enfin, n'en subissent les bons effets qu'à la longue. Mais, nous croyons que, dans quelques-uns de ces faits négatifs, il faut incriminer la mauvaise volonté du malade, son défaut de persévérance, sa négligence, son dégoût irraisonné du médicament, assez souvent la mauvaise qualité ou l'insuffisante quantité de la levure. Le médecin devra tenir un compte sérieux de ces divers éléments d'insuccès.

Il n'en est pas moins vrai qu'en présence de ces quelques échecs, échecs qu'ont aussi observés d'éminents confrères, nous devons nous tenir encore sur une prudente réserve et ne pas formuler des conclusions par trop laudatives pour ce singulier médicament.

Quoi qu'il en soit de ces restrictions, la levure de bière fraîche nous paraît être, à l'heure actuelle, le moyen thérapeutique de beaucoup le plus efficace que l'on puisse employer à l'intérieur contre la furonculose et contre les anthrax; il nous a semblé supérieur à tous ceux qui ont été tant vantés : benzonaphtol, acide borique, goudron camphré, soufre, hyposulfite de soude, sulfureux, colchique, etc. Il agit pour ainsi dire seul, sans le secours de pansements rigoureux et compliqués. » (*A suivre.*)

FORMULAIRE

Préparations à base de lithine.

M. F. Martz (de Lyon) indique, dans la *Province médicale*, les formules suivantes pour les diverses préparations des sels de lithine qu'on emploie couramment dans la diathèse urique, la goutte, le rhumatisme chronique et le diabète :

1° Carbonate de lithine. . . 20 centigrammes.

pour une prise. A prendre une prise, matin et soir, dans un grand verre de limonade gazeuse.

2° Carbonate de lithine. . . 20 centigrammes.
Acide benzoïque. . . . . 10 —
Bicarbonate de soude . . 50 —

pour un cachet. Un cachet matin et soir.

3° Carbonate de lithine. . . 10 centigrammes.
Arséniate de soude . . . 2 milligrammes.
Extrait de gentiane . . . 10 centigrammes.

pour une pilule. A prendre deux à quatre pilules par jour.

4° Benzoate de lithine . . . 10 centigrammes.
Benzoate de soude. . . . 50 —
Salol. . . . . 50 —

pour un cachet. A prendre deux à quatre cachets par jour.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte (1), par H. Huchard.

Le Traité magistral de M. Huchard dont les deux premiers volumes viennent de paraître est, comme le dit l'auteur, un nouveau livre plutôt que la troisième édition de ses « Leçons cliniques », tellement elles ont été remaniées et augmentées de plusieurs chapitres, en particulier de tous ceux qui traitent des anévrysmes. L'ouvrage de M. Huchard est vraiment le couronnement de toute l'œuvre du savant maître, qui a consacré à l'étude des cardiopathies la plus grande part de sa vie scientifique, et qui a eu le mérite d'être l'ouvrier de la première heure de doctrines aujourd'hui devenues classiques.

Alors qu'autrefois sous l'impulsion des travaux de Bouillaud, on considérait comme l'origine principale des cardiopathies l'endocardite rhumatismale, M. Huchard a été un des premiers à montrer le rôle immense et peut-être prépondérant que jouent les lésions artérielles dans les affections de l'organe central. Aussi consacre-t-il le premier volume de son Traité à l'étude des cardiopathies artérielles, et d'abord il étudie ce qui est « la clef de la pathologie cardiaque, la source féconde d'indications et de succès thérapeutiques », la tension artérielle. Hypotension ou hypertension, ces deux mots résument le pronostic et la règle de traitement de la plupart des affections cardiaques. Dans l'étude de l'hypotension, l'auteur traite de l'embryocardie, dont on sait, depuis ses beaux travaux et ceux de ses élèves, toute la gravité pronostique.

L'artério-sclérose des artères périphériques et celle du myocarde occupent le reste du premier volume, qui se termine par une étude thérapeutique très approfondie des scléroses vasculaires. On y trouvera des données précieuses sur les indications et le mode d'administration de la digitale, des iodures, sur les traitements physiques qui sont à l'ordre du jour : massage, gymnastique, balnéothérapie, cure de terrain, etc.

Le second volume traite des angines de poitrine et des

(1) 3 vol. gr. in-8°. Prix : 32 francs. — Paris, O. Doin.

lésions de l'aorte, aortites et anévrysmes aortiques; l'angine de poitrine vraie par lésion coronarienne est opposée aux pseudo-angines réflexes, pseudo-angine hystérique, pseudo-angine du goitre exophtalmique, pseudo-angine dans la neurasthénie et le neuro-arthritisme.

L'ouvrage se termine, enfin, par un chapitre entièrement nouveau, l'étude des anévrysmes de l'aorte.

Le Traité de M. Huchard est destiné à faire époque et à rester comme un monument élevé à la clinique et à la thérapeutique des cardiopathies; l'auteur nous montre que le rôle du médecin n'est pas d'être contemplateur passif des souffrances du cœur, dont Corvisart avait proclamé à tort l'absolue incurabilité. On n'a plus le droit aujourd'hui de s'associer à cette pensée de désespérance, et tout praticien instruit peut et doit rendre à ses cardiaques de réels services.

Les mouvements méthodiques et la « Mécanothérapie » (1), par le docteur Fernand LAGRANGE.

Ce livre est comme le complément de la « Médication par l'exercice », du même auteur, où ont été étudiées, d'une manière générale, toutes les formes de mouvements corporels que peuvent utiliser l'hygiène et la thérapeutique.

M. le docteur Lagrange a restreint son étude à une forme particulière de mouvements, les « Mouvements méthodiques». Ceux-ci peuvent être appliqués suivant des méthodes diverses; le présent travail est limité à un seul procédé, à celui qu'on peut dire sans conteste le plus complet et le plus sûr de tous, au procédé « mécanique » où Mécanothérapie. Toutefois, le lecteur n'y trouvera pas des détails minutieux sur l'emploi des appareils de mécanothérapie, mais seulement des documents permettant aux médecins de prescrire, à bon escient, ce mode de traitement. Aussi, M. Lagrange a-t-il consacré une grande partie de l'ouvrage à l'exposé des indications des mouvements méthodiques, et justifié ses conclusions par des arguments empruntés à la physiologie, à la pathogénie et à la clinique. L'emploi thérapeutique du mouvement est une nouveauté, et l'autorité de l'auteur, dans ces questions, est un garant contre les préventions qui peuvent encore subsister à leur sujet.

La péritonite tuberculeuse (2), par le docteur G. MAURANGE.

La péritonite tuberculeuse a été dans ces derniers temps, au point de vue anatomo-pathologique et thérapeutique, l'objet de nombreux et importants travaux. Le but du présent Aide-Mémoire est la mise au point de la question. Si le tableau clinique de la péritonite tuberculeuse a subi peu de retouches, en revanche les progrès de l'investigation histo-bactériologique, de la pathologie expérimentale et de la chirurgie, ont apporté des modifications profondes dans l'interprétation de la pathogénie et de l'évolution du processus morbide et dans la manière d'en comprendre et d'en instituer le traitement.

Toutes les parties du sujet sont, dans ce volume, successivement abordées. Le livre premier est consacré à l'étude anatomopathologique et expérimentale, le second résume les renseignements fournis par la clinique; le troisième et dernier expose le traitement, en discute et cherche à en interpréter les résultats.

Cette dernière partie est surtout à lire : car elle résume et complète les principaux travaux de ces dix dernières années sur l'opportunité du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, proposé et vulgarisé l'un des premiers, en France, par l'auteur, dès 1889.

(1) Gr. in-8°, avec 55 fig. dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1).

Par le docteur A. CORLIEU.

Le même jour, selon l'usage louable de la Faculté, les noms et prénoms des docteurs régents de la très salutaire Faculté de médecine de l'Académie de Paris ont été lus par Louis Delaroche, premier bedeau, et dans l'ordre suivant :

NOMS ET PRÉNOMS DES MAITRES RÉGENTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A. R. S. H. 1650 LE JEUDI 24 NOVEMBRE :

Jean Riolan, l'*antiquior*.
Denis Guérin.
Charles Bouvard.
René Chartier, *méd. du roi.*
Jean de Gorris.
Nicolas Hénaut.
Jacques Perreau.
Jean Merlet.
François Guénaut.
Guillaume de Vailly.
Pierre Lecomte.
Claude des Pois.
Jean Bourgeois (*Burgensis*).
Charles Lecler.
Barthélemy Baralis, *méd. du roi.*
Denis Lesoubs.
Robert Tulloüe.
Pierre de Beaurains.
Denis Alain.
René Moreau, *prof. royal.*
Claude Liénard.
François Mandat.
François Boujonier.
Jean de Bourges, *prof. sch.*
François Pijart.
Antoine Charpentier.
Thomas Gamare.
Claude Quiquebœuf.
Jean du Clédat.
François Desfrançois.
Élie Beda.
Ph. Harduin de St-Jacques.
Hermann de Launay.
Jacques Jouvin.
Charles Guillemeau.
Jacques Cornuty.
Philibert Morisset.
Urbain Bodineau, *méd. du roi.*
Jacques Thévart.
Guy Patin, *doyen.*
Cyprien Hubaut.
Nicolas Brayer.
Sébastien Rainssant.
Claude Seguin, 1er *méd. de la reine.*
Jean Vacherot.
Hugues Chasles.
Gilbert Puylon.
Nicolas Langlois.
Jacques Renaut.
Pierre Hommets.
Charles Dupré.
Nicolas Matthieu.
Jacques Mentel.
Lancelet Defrades.
François Blondel, *prof. de bot.*
Pierre Lecomte.
Germain Préaux, *prof. de chir.*
Claude Germain.
Jean Piètre.
Jean Chartier, *prof. royal.*
Pierre Légier.
François Levignon.
Mathieu Denyau.
Pierre Yvelin, *méd. du roi.*
Claude Guérin.
Pierre Lemercier.
Nicolas Richard.
Nicolas Capon.
Léon Le Tourneurs.
Durand François Yon.
Martin Akakia.
Claude Brégot.
Michel Marez.
Jacques Gavois.
Denis Joncquet.
Claude Levasseur.
Florimond Langlois.
François Pajot.
Toussaint Fontaine.
Claude Peraut (*sic*).
Charles Le Breton.
Quentin Thévenin.
Pierre Bourdelot.
Étienne Le Gagneur.
Roland Merlet.
Jean Cousin.
Jean Le Prevost.
Guillaume Petit.
Pierre Moriau.
Paul Courtois, *censeur.*
Jean Garbe.
André Guyet.
Pierre De Mercenne.
Michel Dupont.
Jean Forestier.
Claude Tardi.
Simon Boulet.
Jean Maurin.
Jean Hamon.
Pierre Regnier.
Jean de Saint-Yon.
Antoine Morant.
Isaac Renaudot.
Eusèbe Renaudot.
Jean-B. Moreau.
Etienne Bachot.

(1) Suite de l'article publié dans le n° 80, p. 741.

Jean de Montigny.	Jean-Armand de Mauvillain.
Bertin Dieuxivoye.	Pierre Perreau.
Jacques Gamare.	Michel Delavigne.

Il faut remarquer que dans cette nomenclature des docteurs régents on ne trouve pas le nom de Lazare Pena, parce qu'il s'est retiré de lui-même du nombre des docteurs : en effet, le samedi 5 novembre, jour de ma nomination comme doyen de la Faculté, je l'ai invité par lettre à assister au premier acte quodlibétaire, qu'il devait présider selon son tour : il refusa et envoya prévenir par un commissionnaire qui m'apporta la lettre suivante, que me remit notre bedeau le 6 novembre 1650 :

« Monsieur,

Outre mon indisposition ordinaire depuis deux nuits en ça, il m'est tombé une goutte sur le pied gauche, compliquée avec un rhume sur la poitrine, qui a rompu tout à fait ma résolution : C'est pourquoi je vous supplie de m'excuser et faire trouver mon excuse légitime à l'Assemblée dont vous êtes à présent le directeur, Dieu merci. C'est votre très humble confrère.

L. PENA.

Ce dimanche 6 de novembre 1650.

A Monsieur Patin, doyen de la Faculté (1). »

NOTE ADDITIONNELLE (2)

Quelques lignes nous semblent nécessaires pour faire connaître le cycle des études médicales dans l'ancienne Faculté. L'étudiant devait avoir le grade de maître ès arts, grade correspondant au baccalauréat ès lettres, avant de se faire inscrire dans le *Codex inscriptionum*, et il suivait sa scolarité (*tempus auditionum*), pendant plusieurs années. Dans le premier examen oral pour obtenir le grade de bachelier en médecine, l'étudiant avait à répondre sur l'anatomie et la physiologie (*De rebus naturalibus*), sur l'hygiène (*De rebus non naturalibus*), sur la pathologie (*De rebus contra naturam*) et il « faisait son principe », ce qui consistait à expliquer un aphorisme d'Hippocrate. Une fois reçus, les bacheliers étaient conduits dans les salles supérieures : le résultat de l'examen était proclamé par le doyen qui leur faisait prêter le serment obligatoire (3). L'étudiant avait encore à passer l'examen de botanique (*De re herbariâ*) et il devenait *philiatre*. Dans cette première année qui suivait le baccalauréat, l'étudiant devait subir plusieurs interrogatoires qu'on appelait *résomptes* (*quæ, quoniam perpetuo orationis filo continuata simul resumuntur, resumptæ dici solent*). Les résomptes étaient des discussions entre bacheliers : on les appelait *argumenta muta*, et elles avaient lieu depuis la Saint-Martin jusqu'au carême. C'est alors que le philiatre soutenait sa première thèse quodlibétaire, choisie sur un sujet quelconque (*quodlibet*) de physiologie et argumentée par neuf docteurs, *ab aurorâ ad meridiem*. Nouvelles résomptes, puis soutenance de la thèse *cardinale*, ainsi nommée en l'honneur du cardinal d'Estouteville, qui avait apporté en 1452 quelques importantes réformes dans l'Université, entre autres l'abolition du célibat qui était imposé aux médecins. Ces thèses, prescrites par un décret de la Faculté en date du 18 mai 1468, ne traitaient en général que des questions d'hygiène, — mais quelle hygiène!

Les bacheliers prenaient alors la qualification d'*émérites*. Ils avaient plusieurs résomptes à subir avant de soutenir leur deuxième thèse quodlibétaire, médico-chirurgicale, et enfin l'examen *De praxi* (art. 24 des statuts).

Tous ces examens terminés, les candidats étaient admis à la Licence, précédée d'une cérémonie appelée *paranymphe* (παρανύμφιος), sorte de consécration faite au palais archiépiscopal par le chancelier de l'Université qui leur donnait, avec la bénédiction apostolique, *licentiam et facultatem legendi et interpretandi auctores hic et ubique terrarum*.

Tout n'était pas fini : il y avait encore d'autres formalités à remplir pour avoir la qualification de docteur régent.

C'était d'abord l'acte de *Vespéries*, ainsi nommé parce qu'il avait lieu primitivement dans l'après-midi. Il consistait dans une nouvelle argumentation dans laquelle il y avait toujours deux propositions contraires à discuter, données par deux docteurs régents : elles étaient traitées de vive voix.

Puis venait enfin le doctorat, cérémonie imposante, précédée d'une nouvelle argumentation et après laquelle le nouveau docteur prononçait le *Juro* sacramentel.

Le dernier acte était appelé acte de régence, ou pastillaire, et les questions traitées étaient appelées *anti-quodlibétaires*. C'était le nouveau docteur qui présidait cet acte, hors tour, et le titre de *régent* était ajouté à son grade de docteur. Cette formalité s'appelait « faire acte de régence » et emportait le droit d'être inscrit sur la liste des docteurs régents et de participer à tous les droits et privilèges de la Faculté.

(1) Pena est mort le 4 avril 1653 (note du traducteur).

(2) Pour faciliter l'intelligence de l'article précédent, nous croyons devoir ajouter les lignes suivantes au manuscrit de Guy Patin. Dr A. C.

(3) Voir CORLIEU, *L'ancienne Faculté de médecine*, 1877, p. 43 et suiv.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Waldeck-Rousseau vient d'adresser la lettre suivante à M. Napias, directeur de l'Assistance publique :

« Monsieur le directeur,

La douloureuse catastrophe qui s'est produite samedi dernier sur le réseau de l'Orléans a mis une fois de plus à l'épreuve les qualités de sang-froid, d'initiative et d'endurance du personnel de l'Assistance publique de Paris. J'ai pu constater par moi-même qu'à tous les degrés de la hiérarchie tous, directeurs et économes des hôpitaux, chirurgiens et internes de garde, infirmiers et infirmières, avaient en cette pénible circonstance rivalisé de zèle, d'intelligence et de dévouement.

Je vous prie de vouloir bien transmettre à tout le personnel placé sous votre autorité le témoignage de reconnaissance du gouvernement.

Agréez, monsieur le directeur, l'assurance de ma haute considération.

Le président du conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes,

WALDECK-ROUSSEAU. »

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 9 août 1899, M. Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Statistique. — Mortalité à Paris du 30 juillet au 5 août : 1114 décès, au lieu de 948 pendant la semaine précédente. Ce chiffre est sensiblement plus élevé que la moyenne ordinaire des semaines d'août (876).

La fièvre typhoïde a causé 31 décès, au lieu de 15 pendant la semaine précédente ; la rougeole 22, au lieu de 29 ; la scarlatine 5, au lieu de 6 ; la coqueluche 3, au lieu de 12, et la diphtérie 10, au lieu de 3 ; la variole n'a causé aucun décès pendant les quatre dernières semaines ; la diarrhée infantile (athrepsie, etc.) présente une notable augmentation, elle a causé 174 décès de 0 à 1 an, au lieu de 124 pendant la semaine précédente et au lieu de 122, moyenne ordinaire de la saison ; les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 69 décès, au lieu de 60 pendant la semaine précédente, et au lieu de 62, moyenne ordinaire de la saison ; la phtisie a causé 188 décès, au lieu de la moyenne 163 ; la méningite tuberculeuse, 17 décès ; la méningite simple, 28 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 49 décès ; les maladies organiques du cœur, 68 ; le cancer a fait périr 68 personnes ; enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile. Il y a eu 21 suicides et 40 autres morts violentes.

Action du ricin sur les moustiques. — Il ne s'agit plus du plant de ricin, mais de l'huile qu'il fournit. Il suffit pour se débarrasser des moustiques de faire, chaque soir, bouillir dans une cuiller un peu d'huile de ricin avant de se mettre au lit. Lors d'un séjour à Marseille, M. F. Laféteur a voulu éprouver l'efficacité de ce procédé, mais les effluves vraiment écœurants qui se répandirent dans la chambre, l'obligèrent à ouvrir la fenêtre toute grande, et à aérer fortement, préférant encore l'usage du moustiquaire si chaud et si incommode. (*Lyon médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marchand, chirurgien des hôpitaux de Paris; Ambrezin (de Paris); Delafargue (de Callac de Bretagne).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — **VACANCES DE 1899.** — *Train de plaisir de Paris à Berne et Zermatt.* — Aller : départ de Paris, le 24 août, à 4 h. du soir; arrivée à Berne, le 25 août, à 8 h. 5 du matin; arrivée à Zermatt, le 25 août, à 3 h. 33 du soir. — Retour : au gré des voyageurs, du 27 août au 9 septembre inclus, par tous les trains (sauf les express). Les voyageurs pourront s'arrêter dans toutes les gares d'arrêt comprises entre Pontarlier-Berne et Zermatt, tant à l'aller qu'au retour.

Prix (aller et retour) : pour Berne, 2e classe **45** fr., 3e classe **28** fr.; pour Zermatt, 2e classe **63** fr., 3e classe **40** fr.

On peut se procurer des billets à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, dans les bureaux-succursales de la Cie et dans les diverses agences de voyages.

Les greffes uretérales, par le docteur P. TRÉKAKI. Un vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 92. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1899. 72e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1899. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE
(Ve SESSION, LILLE 1899)

COMMUNICATIONS DIVERSES SUR L'ACCOUTUMANCE AUX MÉDICAMENTS

M. Calmette (de Lille) fait une remarquable communication sur le **mécanisme de l'immunité contre les alcaloïdes** :

« Les travaux récents de Roux et Borrel, Metchnikoff, Beredska et d'autres expérimentateurs, ont montré le rôle capital des leucocytes dans l'accoutumance aux toxines et aux poisons chimiques, tels que les sels arsenicaux solubles. J'ai exposé moi-même, il y a quatre ans, le résultat des recherches que je poursuivais alors sur l'accoutumance au venin des serpents, à l'abrine de Jequirity, à l'ouabaïne, à la strychnine et au curare (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895). En injectant de très petites doses répétées de ces divers poisons aux animaux sensibles, on arrive presque toujours à leur faire supporter, au bout de plusieurs semaines de traitement, des doses plusieurs fois mortelles. Lorsqu'on expérimente avec des toxines animales, comme le venin, ou végétales, comme l'abrine du Jequirity, on observe constamment que le sérum des animaux ainsi vaccinés par accoutumance acquiert des propriétés antitoxiques. Au contraire, avec les alcaloïdes, le sérum des animaux vaccinés reste toujours inactif. Il n'en serait pas de même avec certains poisons chimiques, tels que l'acide arsénieux soluble, d'après le travail que M. Beredska vient de publier dans le dernier numéro des *Annales de l'Institut Pasteur* (juillet 1899).

Comment les animaux vaccinés contre un alcaloïde ou contre un poison chimique défini, n'amenant pas dans le sang la formation d'antitoxines, se défendent-ils contre l'intoxication? Aucun expérimentateur ne nous a apporté jusqu'à présent une réponse satisfaisante à cette question. J'ai pensé qu'on la résoudrait peut-être en étudiant d'abord ce qui se passe chez les animaux naturellement réfractaires ou peu sensibles à l'égard de ces poisons, et je me suis adressé à cet effet à l'atropine et au lapin.

On sait que les lapins supportent très facilement, en injection intra-veineuse ou sous-cutanée, des doses considérables de sulfate d'atropine. On peut parfaitement injecter à ces animaux, en une seule fois, par voie intra-veineuse, 20 centigrammes de ce sel sans qu'il en résulte le moindre effet toxique; on n'observe même pas, dans ces conditions, le phénomène de la dilatation pupillaire.

La méthode des injections intra-cérébrales va nous permettre de constater que, si les lapins ne sont pas intoxiqués par de pareilles doses d'atropine, introduites dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le système circulatoire, c'est parce que le poison n'arrive pas jusqu'au cerveau et parce qu'il ne parvient même pas jusqu'aux éléments nerveux périphériques, sur lesquels il exerce pourtant une action élective chez les animaux sensibles.

Injectons à un lapin, dans la substance cérébrale, 2 milligrammes seulement de sulfate d'atropine. Déjà, au bout de quelques minutes, l'animal présentera une énorme dilatation pupillaire avec phénomène d'excitation très vive, d'augmentation des réflexes, puis d'anesthésie générale. Trois ou quatre heures après l'injection, la mort arrive, précédée d'une assez longue période de paralysie et de résolution complète.

Injectons à un second lapin, dans la veine marginale de l'oreille, 20 centigrammes de sulfate d'atropine. Un quart d'heure après cette injection, qui ne provoque aucun accident, saignons l'animal par l'une des carotides et recueillons environ 40 centimètres cubes de sang dans un vase, au fond duquel nous avons préalablement déposé une très petite quantité d'oxalate de potasse pour empêcher la coagulation (5 centigrammes d'oxalate dissous dans 1 centimètre cube d'eau).

Portons immédiatement le sang à la centrifugeuse et recueillons à part le plasma clair et la couche qui renferme les globules blancs. Concentrons dans le vide le plasma clair pour réduire son volume de moitié.

Injectons maintenant à des lapins neufs, directement dans la substance cérébrale, 1/2 centimètre cube de plasma concentré représentant 1 centimètre cube de plasma frais. Ces animaux ne présentent pas d'accidents graves; on observe seulement chez eux une courte période d'excitation et une dilatation pupillaire qui dure environ deux heures.

A d'autres lapins neufs injectons, toujours dans la substance cérébrale, la portion de sang centrifugé qui renferme les globules blancs; 1/2 centimètre cube de ce liquide produit immédiatement des accidents identiques à ceux que

nous observons par l'injection intra-cérébrale de 1 milligramme environ d'atropine. Ces accidents sont parfois suivis de mort en sept à douze heures.

Ces expériences montrent :

1° Que le système nerveux des lapins est parfaitement susceptible d'être intoxiqué par de faibles doses d'atropine, à la condition que ce poison soit mis en contact avec les cellules cérébrales;

2° Que l'atropine injectée à hautes doses dans les veines ou sous la peau ne produit aucun accident parce que le poison n'arrive pas jusqu'aux éléments susceptibles d'être intoxiqués par lui. L'atropine ne reste pas dans la partie liquide du sang; on n'en retrouve que des traces dans le sérum. Elle est arrêtée et absorbée presque immédiatement par les leucocytes, où on peut déceler sa présence en inoculant ces derniers dans le cerveau de lapins neufs.

On doit donc admettre que les leucocytes des animaux naturellement réfractaires, et vraisemblablement aussi ceux des animaux vaccinés par accoutumance, possèdent la propriété d'arrêter et de fixer dans leur protoplasma les poisons chimiques, tels que les alcaloïdes. »

MM. P. Claisse et *G. Brouardel* ont entrepris, en 1897, des expériences sur l'**accoutumance aux alcaloïdes**. Ils se proposaient de comparer l'effet de ces poisons végétaux à celui des poisons microbiens, pensant à la possibilité d'une sérothérapie, si l'accoutumance était réalisable.

Ils ont expérimenté, à cet égard, la strychnine, l'aconitine, et le docteur Chavigny leur a communiqué ses notes sur la morphine et sur la nicotine.

Pour un de ces alcaloïdes, la strychnine, les auteurs ont cherché à utiliser l'immunité relative, signalée chez l'escargot. Mais ils ont constaté que le retard d'intoxication, qu'on peut observer en injectant simultanément l'alcaloïde et le suc d'escargot, tient simplement à la viscosité du produit qui rend l'absorption plus lente.

Ils ont surtout essayé d'accoutumer progressivement des animaux à des doses croissantes d'alcaloïdes pour rechercher ensuite si leur sérum jouit de propriétés antitoxiques. Pour la strychnine et l'aconitine, l'accoutumance est nulle ou, en tout cas, si faible qu'elle n'est pas appréciable au bout d'un mois. Pour la morphine et la nicotine, l'accoutumance est plus facile. Mais, alors même que les animaux arrivent à supporter des doses élevées, le sang n'acquiert pas de propriétés antitoxiques.

Il est dans le règne végétal des poisons pour lesquels l'accoutumance est possible, ainsi que M. Calmette l'a montré pour l'abrine et l'un des auteurs pour la phalline. Mais ces poisons sont beaucoup plus voisins des toxines microbiennes que des alcaloïdes.

Les recherches entreprises dans ces dernières années sur l'accoutumance des animaux à certains toxiques et alcaloïdes ont engagé *MM. Sicard* et *Guillain* (de Paris) à étudier le sérum de femmes épileptiques soumises depuis de longues années à des doses élevées et quotidiennes de **bromure de potassium**, dans le service de M. le professeur Raymond. Ils ont également cherché à accoutumer les animaux à des doses considérables de bromure, et ont étudié leur sérum. Ces sérums se montrent inactifs contre l'intoxication par le bromure de potassium, soit qu'il soit inoculé préventivement aux animaux, soit que l'on ait mélangé *in vitro* et laissé en contact, pendant plusieurs heures, le sérum et le bromure.

L'accoutumance au bromure de potassium ne s'explique donc pas par la formation d'un sérum antitoxique chez les individus accoutumés.

Des souris soumises à des doses progressivement croissantes de bromure, répétées pendant quarante jours, n'ont pas résisté à la dose de bromure mortelle pour des souris normales. On ne peut donc pas, par ce procédé, obtenir l'accoutumance chez la souris.

Bien que ces faits soient négatifs, ils n'en étaient pas moins intéressants à signaler, venant à l'appui des faits cliniques, montrer que le bromure de potassium ne saurait provoquer une accoutumance vraie, le malade étant toujours à la merci, même après un long traitement, d'accidents de bromisme, au-dessus de certaines doses bromurées que l'on ne saurait dépasser.

D'après *M. Paul Sollier* (de Boulogne-sur-Seine), on peut distinguer chez les **intoxiqués** par la morphine, la cocaïne, l'éther, etc., et en général tous les médicaments euphoriques, une forme organopathique et une forme psychopathique. Cet état psychopathique est lui-même primitif ou secondaire. C'est à la première forme qu'appartiennent les toxicomanes, qui se distinguent des autres intoxiqués d'habitude par plusieurs caractères, intéressants au point de vue de l'accoutumance et du pronostic des intoxications. Le premier consiste dans l'indifférence presque complète dans le choix du toxique employé, et la facilité qu'ils ont à en changer.

La facilité remarquable à prendre rapidement de grosses doses de toxique et à en perdre l'habitude sans grands troubles physiques ou moraux, tel est le second caractère. Le troisième consiste surtout dans la manière impulsive dont ils s'intoxiquent, ce qui les rapproche de toutes les autres formes d'obsessions et d'impulsions, d'où leur nom de toxicomanes. Un quatrième caractère, c'est la tendance à faire immédiatement abus du toxique employé. Enfin le dernier, c'est de s'adresser aux toxiques les plus violents possible, qu'ils sont même amenés eux-mêmes à combattre par l'antidote, aimant mieux prendre deux toxiques contraires que de se priver d'un seul.

Ils se distinguent des mono-intoxiqués passionnels, qui s'en tiennent toujours à un toxique préféré et y reviennent quand ils récidivent. Le pronostic en est plus grave, car les récidives sont plus faciles et la surveillance moins applicable. Le traitement est le même que pour les intoxications ordinaires; il est même souvent plus facile et moins douloureux.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Séméiologie de l'attitude et du mouvement chez les enfants. — Sous ce titre, le docteur Kelley (de Cleveland) présente à « l'American medical association » une communication dont voici le résumé. La maladie, chez l'enfant, se manifeste souvent par une diminution de la vitalité, à l'état de veille et au contraire par de l'agitation pendant le sommeil. La position dans le lit est fréquemment significative. L'appréhension bien connue de l'enfant dans les instants qui précèdent un accès de coqueluche ne s'observe pas dans l'état pathologique qui s'en rapproche le plus, c'est-à-dire dans la toux spasmodique due à une adénopathie trachéo-bronchique. Le décubitus latéral, avec flexion de la tête et rétraction des extrémités inférieures se voit souvent, comme on le sait, dans les dernières périodes de la méningite tuberculeuse. Si l'enfant tourne avec per-

sistance la tête vers la muraille, on devra soupçonner soit une inflammation oculaire, soit une inflammation des méninges. S'il reste obstinément couché sur un côté, penser à une pleurésie ou à une pneumonie. Mais il faut savoir que si l'épanchement pleural est très vaste, le sujet peut néanmoins rester dans le décubitus dorsal. La chute de la tête sur la poitrine révèle parfois une paralysie consécutive à la diphtérie. L'auteur a plus d'une fois observé de la rigidité des muscles moteurs de la mâchoire à la suite de l'ingestion d'une dose excessive de noix vomique. Le réflexe rotulien est aboli ou diminué dans les paralysies d'origine spinale. Ce signe permet de distinguer la paralysie vraie du relâchement musculaire qu'on observe dans le marasme.

Les médecins, conclut l'auteur, ne doivent pas négliger le parti qu'ils peuvent tirer de l'usage de leurs yeux et de leurs mains. Ils peuvent, par ces moyens primitifs, obtenir une foule de renseignements qu'ils auront à interpréter ; et cela, bien qu'ils aient à leur disposition nombre d'instruments de précision, que les habiles praticiens de jadis ont ignorés d'ailleurs. (*Med. Rec.*, vol. LVI, n° 1, juillet 1899.)

A. H.

Emploi du sérum antistreptococcique dans le traitement de la variole, par le docteur LINDSAY, médecin résident à l'hôpital d'isolement de Middlesbrough. — Etant donné que, dans la plupart des maladies infectieuses, les complications et l'issue fatale peuvent être la conséquence des infections secondaires aussi bien que de la maladie primitive, il était logique de penser qu'en écartant ou en atténuant ces infections surajoutées un résultat important serait obtenu. L'auteur cite, à l'appui de cette opinion, des observations qu'il a faites au cours d'une épidémie de variole à la fin de 1898.

Ayant remarqué que la mort survenait de préférence entre trois et cinq jours, après le début de la dessiccation des pustules, il en conclut que l'infection purulente était due à des microbes pyogènes pénétrant par les vésicules et à l'absorption de leurs produits toxiques. Un traitement rigoureusement antiseptique des vésicules put empêcher leur suppuration, mais ce procédé est d'une application difficile et les résultats sont d'une sécurité relative. Il eut alors recours au sérum antistreptococcique. Des injections furent faites d'une façon antiseptique dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale, à des intervalles de douze ou vingt-quatre heures, soit un peu avant, soit juste au moment de la pustulation.

Dans les six cas qui furent choisis pour l'essai de ce traitement, les lésions étaient confluentes et le pronostic était sombre.

Le résultat fut le suivant : la période critique qui suit la résorption des pustules fut écourtée, l'intensité de la toxémie très amoindrie, la tendance à la défaillance cardiaque et au collapsus très diminuée. Le pouls, quoique rapide, resta régulier et bien frappé. La convalescence fut précoce et rapide. Deux cas seulement furent suivis de mort. Dans les autres, il n'y eut pas formation d'abcès. (*Brit. med. Jour.*)

A. H.

Traitement de la péritonite tuberculeuse. — R. Firchau publie le compte rendu de 18 cas de péritonite tuberculeuse opérés par Mikulicz.

Dans 9 de ces cas, le diagnostic était établi microscopiquement par l'histologie et la bactériologie ; la guérison fut obtenue dans 6 de ces cas.

Dans un second groupe de 6 malades, le diagnostic fut purement clinique ; la guérison survint dans la moitié de ces cas. Enfin, trois malades chez lesquels le diagnostic, même clinique, resta hésitant, guérirent, l'un après laparotomie, l'autre par l'administration de médicaments, le troisième après ponctions.

La méthode employée dans les cas de laparotomie consistait en incision, drainage à la gaze iodoformée, tamponnement, points de suture de sûreté et pansement. Mikulicz utilisait le tamponnement, malgré les risques plus grands de hernie que fait courir son emploi dans l'attente d'un résultat opératoire plus durable. L'intérêt de ce tamponnement existerait surtout dans les cas qui s'accompagnent de suppuration, de bourgeonnement exubérant ou hernie menaçante de l'intestin. Son utilité serait moins démontrée dans les formes ascitiques de la péritonite tuberculeuse ; la réunion par première intention serait préférable ici à cause de la rapidité plus grande de la guérison et du moindre risque de hernie.

Après avoir fait cet exposé, l'auteur insiste sur la nécessité d'une incision longue quand on ignore quel peut être le foyer primitif de la péritonite tuberculeuse, et il cite à l'appui de son dire une observation personnelle, dans laquelle il est fait mention de la découverte d'une salpingite tuberculeuse au cours d'une opération pour une affection de ce genre, salpingite qu'il considéra comme ayant été vraisemblablement le point de départ de cette péritonite. (Inaug. Diss., Breslau, *Genvssenschafts Buchdruckerei*, 1898. — C. r. in *Centr. f. chir.*, 1898, p. 911.)

P. V.

ANALYSE D'URINE

D'UN HOMME RESTÉ HUIT JOURS SANS BOIRE NI MANGER

M. F. Berlioz (de Grenoble) rapporte, dans le *Dauphiné médical*, l'observation d'un certain Beaubib, qui a pris comme spécialité, pour vivre, de s'enfermer huit jours dans un cercueil sans boire ni manger.

Disons de suite que la fermeture du cercueil n'est point parfaite et que la supercherie est facile.

Le malade prétend n'avoir ni mangé, ni bu, ni uriné pendant huit jours.

Quantité des urines émises en sortant, 230 centimètres cubes. — Densité, 1 034. — Réaction acide. — Consistance épaisse. — Couleur acajou foncé. — Quantité des matériaux solides, 18 gr. 22. — Quantitée d'urée, 6 gr. 21. — Coefficient azoté ou rapport de l'urée aux matériaux solides, 33 p. 100. — Ni sucre, ni albumine.

Pouvoir toxique. — Les urines ont été injectées dans les veines d'un lapin pesant 2 100 grammes. La mort est survenue à 72 centimètres cubes, soit 34 centimètres cubes par kilogramme de lapin.

La toxicité normale des urines étant de 45 par kilogramme, celles-ci sont plus toxiques.

L'analyse nous ayant montré que le coefficient azoté est de 33 p. 100 au lieu de 45 à 55 p. 100, qui est la normale, cette expérience confirme l'opinion que la toxicité de l'urine est moins due aux matériaux organiques qu'aux matériaux salins.

S'il est vrai que Beaubib n'ait pris aucune boisson ni aliment et n'ait pas uriné pendant huit jours, cette analyse montre un fait remarquable de suspension de la nutrition analogue à celle des animaux hibernants et des fakirs de l'Inde.

MÉDECINE PRATIQUE

L'iodure de potassium et l'actinomycose.

On a vu, dans un certain nombre de cas d'actinomycose, l'iodure de potassium donner des effets thérapeutiques si nets et si rapides que l'on a voulu y voir une médication spécifique. Cette action favorable n'est malheureusement pas constante, ainsi que le rapporte le *Bulletin médical* au sujet d'un travail de M. Prutz. Cet auteur, à la suite d'expériences sur les animaux, est arrivé à montrer que :

L'iodure de potassium n'a par lui-même aucune valeur

pour le diagnostic de l'actinomycose. Il ne peut pas rendre inutile l'intervention chirurgicale, mais il peut la limiter. Il peut réparer un foyer actinomycosique, de telle façon qu'une intervention relativement légère puisse suffire au lieu et place d'une opération grave, et il peut rendre opérable certains cas d'actinomycose abdominale qui ne l'eussent pas été sans cela.

Les heureux effets de l'iodure de potassium ne se manifestent pas d'une façon absolument constante, mais ils s'observent dans la majorité des cas, ce qui suffit à ériger en principe la médication iodurée dans tous les cas d'actinomycose.

Un signe présomptif de syphilis.

A la dernière réunion de la Société de dermatologie, M. Babinski a lu un travail sur l'« abolition du réflexe des pupilles à la lumière comme signe de syphilis ». Sur 1200 sujets sains, examinés au point de vue de ce réflexe, il a toujours trouvé la réaction normale. On sait que dans le tabes le réflexe est régulièrement aboli; or, le tabes, étant d'origine syphilitique, il était intéressant d'examiner systématiquement les pupilles de tous les sujets atteints ou simplement suspects de syphilis héréditaire ou acquise. Dans un certain nombre de cas le réflexe manquait, quoiqu'il n'y eût, d'autre part, aucune lésion organique. M. Babinski pense donc que l'absence du réflexe pupillaire pourrait être un signe présomptif de syphilis.

Traitement de la pleurésie par les applications locales de gaïacol.

Prosorowski a traité onze cas d'épanchement pleural par l'application locale de gaïacol sur la peau du côté affecté et a trouvé que l'absorption du liquide épanché se faisait plus rapidement que par les autres méthodes. Il n'a jamais eu à constater d'inconvénients dans ce mode de traitement. Il répète, en général, les applications de cinq à sept fois, après lesquelles on peut constater un abaissement de la température qui varie de 1 à 5 degrés Fahrenheit. La température remonte quelques heures après. L'auteur s'explique l'effet obtenu par le gaïacol : 1° par l'excitation qu'il exerce sur les terminaisons des nerfs qui produisent un effet appréciable sur les centres vaso-moteurs; 2° le gaïacol, étant absorbé par les tissus, détruit les agents nocifs élaborés par la pleurésie. (*Deuts. med. Zeit.*, 1898.)

FORMULAIRE

Contre le prurit du scrotum (Leistikow).

Lavages avec la solution suivante :

Sublimé		25 centigrammes.
Alcool	ââ	25 grammes.
Eau de camomille	ââ	
Chloroforme		v gouttes.
Eau de laurier-cerise pour faire		100 grammes.

Mêlez.

Sirop composé contre le psoriasis (Brocq).

Arséniate de soude		6 centigrammes.
Salicylate de soude		3 grammes.
Bicarbonate de soude		8 —
Sirop de gentiane	ââ	125 —
Sirop de pensées sauvages	ââ	
Sirop de saponaire	ââ	

Une cuillerée à soupe à chaque repas. (*Gaz. hebd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique clinique de la fièvre typhoïde (1), par le docteur Odilon Martin.

Cet ouvrage est un exposé précis de la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en présence d'un typhoïsant, quelles que soient la forme ou la période de la maladie. L'auteur s'est efforcé de montrer que cette conduite clinique ne devait pas se résumer en une formule unique, et qu'aucune des méthodes systématiques qui ont été prônées ne pouvait se suffire à elle-même et s'appliquer à tous les cas : dans l'infection typhoïdienne, plus que pour toute autre maladie, la thérapeutique doit être opportuniste, elle doit être essentiellement modifiable suivant l'allure de la maladie, suivant que telle et telle détermination morbide devient prépondérante; le but de l'ouvrage est de préciser les indications qui permettront de maintenir l'idée directrice du traitement en constante harmonie avec l'évolution de la malade.

L'auteur commence par étudier les différents agents thérapeutiques auxquels on pourra faire appel :

La seconde partie représente la synthèse d'une thérapeutique complète de la fièvre typhoïde : l'auteur suit le malade depuis le début jusqu'à la convalescence, et, pas à pas, dégage les indications et formule l'intervention thérapeutique qui s'adapte le mieux aux nécessités. La méthode d'étude est suivie à l'égard des formes particulières de la maladie et des complications.

Enfin le côté original et inédit de l'ouvrage est l'exposé des avantages sérieux que l'on peut retirer de deux procédés thérapeutiques dont l'emploi paraît devoir se généraliser à toutes les infections graves : le bain chaud, et l'injection de sérum artificiel.

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (2).

Par le docteur A. Corlieu.

ACTES ET ASSEMBLÉES DE LA FACULTÉ.

Le samedi 12 novembre 1650, après la messe, Me Robert Patin, licencié, fils du doyen, adressa à la Faculté sa supplique pour les vespéries et le doctorat. Me Jacques Gamare adressa également une supplique pour l'enseignement de la chirurgie dans son quartier Saint-Honoré (*pro docendâ chirurgiâ in suo vico*). La Faculté donna son consentement à ces deux demandes.

Le lundi 19 décembre 1650, Me Jean de Bourges, licencié, adressa à la Faculté une supplique pour les vespéries et le doctorat. La Faculté accorda.

Le lundi 30 janvier 1651, Me Jean Piètre, ancien doyen, rendit compte dans les Ecoles supérieures des actes de son dernier décanat, qui furent approuvés par toute la Faculté. Il lui est dû par la Faculté 440 livres, 9 sous, 11 deniers, somme que je lui ai versée et dont j'ai le reçu. La Faculté lui a voté pour honoraires 150 livres tournois et à chaque docteur 4 livres.

Le même jour, avant la reddition des comptes à la Faculté de Me Jean Piètre, ancien doyen, Me François Boujonnier adressa à la Faculté une supplique pour qu'il lui fût permis de confier ses fonctions de professeur de physiologie à Me Claude Perrault pour l'hiver suivant. J'ai présenté à la Faculté et lui ai donné lecture d'une supplique qui m'avait été apportée par la veuve de notre collègue, Me François Robillard, par laquelle elle demandait que, eu égard à sa pauvreté et pour se débarrasser d'un procès qui la tour-

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

(2) Suite de l'article publié dans le n° 83, p. 769.

mentait et que lui intentait Mᵉ Jean Bourgeois, docteur en médecine de Paris et son parent, la Faculté voulût bien, sur sa caisse, lui prêter une somme de 600 livres tournois. Je me suis aussi occupé des cierges à porter aux dignitaires (*magnates*) le jour de la Purification de la sainte Vierge, selon l'usage habituel de la Faculté.

Sur ces trois articles la Faculté accueillit favorablement la demande de Mᵉ François Boujonnier et approuva le choix de Mᵉ Claude Perrault, docteur en médecine, homme très instruit et très érudit, qui se chargea avec plaisir de l'enseignement de la physiologie pour l'hiver prochain. Quant à la demande de la veuve de François Robillard, on la remit aux grandes assemblées, à cause de la pénurie de notre caisse. La Faculté décida de distribuer des cierges, selon la coutume, aux dignitaires de la Cour et aux principaux membres du Parlement et de la Ville de Paris et de les faire porter par cinq bacheliers, qui se présenteraient en robe à leur domicile, au nom de la Faculté.

Il faut observer que cette année 1651, la Faculté ne tint pas son assemblée habituelle, c'est-à-dire particulièrement en vue de la distribution des cierges pour la fête de la Purification de la sainte Vierge; mais on l'ajourna au jour où Mᵉ Jean Piètre devait rendre compte de son décanat, et il ne put en être autrement à cause du débordement inouï et inconnu jusqu'à ce jour de la Seine, qui inonda complètement nos Ecoles inférieures, vers lesquelles il n'y avait plus accès : on ne pouvait arriver à notre quartier dit de la Bûcherie, qu'en bateau ou en nacelle. Effrayés d'un tel cataclysme les habitants abandonnaient leurs demeures et s'enfuyaient afin que de telles inondations qui sévissaient en même temps sur toute la France et dans toute l'Europe, ne les fissent périr misérablement dans leurs demeures, comme il arriva dans les temps très malheureux de Deucalion et de Pyrrha.

Le mercredi 1ᵉʳ février 1651, nos bacheliers portèrent, selon la très louable coutume de la Faculté, des cierges aux principaux personnages du Parlement et de la cité.

Avec deux de mes collègues, Mᵉ Paul Courtois, censeur, et Mᵉ Robert Patin, j'ai accompagné le très illustre recteur de l'Académie de Paris, Mᵉ Jean Courtin, de l'Auvergne, licencié en théologie, le jour et le lendemain de la Purification de la très sainte Vierge, chez les grands personnages, chez les princes et avant tout chez le sérénissime duc d'Orléans, Gaston, fils de Henri le Grand et frère du roi très chrétien, chez la reine d'Angleterre qui résidait au Louvre, chez le très illustre de Châteauneuf, garde du sceau royal.

Le lendemain 2 février, nous nous sommes présentés chez le roi très chrétien Louis XIV, chez son frère le duc d'Anjou, chez la sérénissime reine régente Anne d'Autriche, leur mère; enfin chez l'éminentissime cardinal Jules Mazarin, premier ministre du royaume, alors tout-puissant auprès de la reine.

Le dimanche 26 mars 1651, la veuve de Robillard est venue me trouver et m'a réclamé sa supplique, me priant de n'en point parler dans l'assemblée de la Faculté, pensant qu'elle n'obtiendrait rien de nous à cause de la dureté des temps et de la pénurie de notre caisse.

Dans l'hiver de mon premier décanat, c'est-à-dire depuis la Saint-Martin 1650, jusqu'à Pâques 1651, on fit trois dissections anatomiques publiques dans l'amphithéâtre des Ecoles : la première eut lieu sous Mᵉ Gilbert Puylon, professeur de physiologie; la seconde sous Mᵉ Germain Préaux, professeur de chirurgie; la troisième, un cadavre de femme, sous Mᵉ Jean de Bourges, professeur de pathologie. A la même époque on fit quelques anatomies et dissections particulières au domicile des docteurs en médecine qui enseignaient la chirurgie. Parmi les sujets de dissection s'en trouva un fort remarquable : c'était un des assassins qui avaient attaqué le carrosse du sérénissime prince le duc de Beaufort, le plus jeune fils du duc de Vendôme, à la nuit et avait tué d'un coup de fusil un noble personnage assis dans ce carrosse. Le corps de cet assassin avait été mis au supplice de la roue, ses membres avaient été broyés : à la requête de Mᵉ Guy Patin, doyen de la Faculté, le cadavre fut, selon l'usage, délivré par l'exécuteur des hautes œuvres à Mᵉ Pierre Regnier, docteur en médecine et professeur particulier de chirurgie, pour servir aux opérations chirurgicales de ses élèves et aux démonstrations : ce fait parut tellement étrange par sa nouveauté que toute la ville en fut saisie d'étonnement, car le foie, la rate étaient transposés, de telle sorte que la rate était à droite et le foie dans l'hypochondre gauche, de même que tous les vaisseaux qui se rendent dans ces viscères, autant dans l'abdomen que dans le thorax : la pointe du cœur était dirigée à droite, à l'opposé de ce qui existe habituellement. Tout le monde fut frappé d'étonnement en présence de cette curieuse nouveauté qui fut vue par tous et que moi, doyen, j'ai examinée avec soin. Témoin oculaire, Mᵉ Jean Riolan, docteur de la Faculté de Paris, professeur *scholarum*, a rapporté ce fait. On consultera son livre (1), si l'on veut avoir une connaissance exacte et fidèle de ce cas (fº 448). (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

544. M. DANIS. De l'emploi du ballon Champetier de Ribes à la clinique Baudelocque. — 545. M. CUELLAR. Du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate et en particulier de la maladie de Bottezi. — 546. M. DHOMONT. Trois cas d'actinomycose cervico-faciale à Paris. — 547. M. FIRMIN. Contribution à l'étude de l'ichthyose fœtale. — 548. M. VIANCIN. D'une forme peu connue des lésions tardives des membres phlébitiques. — 549. M. ROUX. Congestions pulmonaires à pneumocoques. — 550. Mˡˡᵉ KAMESKY. De la pneumonie franche à rechute. — 551. M. FERRAND. Contribution à l'étude des épanchements pleurétiques dans leurs rapports avec l'asystolie. — 552. M. DUBOIS. Contribution à la thérapeutique de l'érysipèle. Traitement local par les badigeonnages à la teinture d'iode. — 553. M. BAUDE. Contribution à l'étude des complications articulaires de l'érysipèle. — 554. M. GANDY. La nécrose hémorragique des toxémies et l'ulcère simple. — 555. M. RABARDET. De l'emploi méthodique de la glace dans les affections et troubles cardiaques. — 556. M. CRÉTÉ. Quelques observations sur la paralysie générale chez la femme. — 557. M. DE CAMBIAIRE. Des hypertrophies pseudo-acromégaliques au cours de la syringomyélie. — 558. M. CRUET. Incubation de la varicelle. — 559. M. CHEVRIER. Contribution à l'étude clinique de l'hydronéphrose congénitale chez l'enfant du premier âge. — 560. M. DESTOUCHES. La musique et quelques-uns de ses effets sensoriels. — 561. M. CONSTANTINOVITCH. Essai sur la tuberculose de la première enfance. — 562. M. BRUNET. État mental des acromégaliques. — 563. M. CASTIN. Des psychoses puerpérales. — 564. Mᵐᵉ SARRAUTE-LOURIE. De l'influence du repos sur la durée de la gestation. Étude statistique. — 565. M. TSCHUDNOWSKY. Contribution à la géographie médicale de l'archipel malais. — 566. M. LE CLÈRE. Contribution à l'étude des ruptures incomplètes de l'utérus avec thromboses sous-péritonéales se produisant pendant le travail de l'accouchement (Anatomie pathologique; symptômes). — 567. M. BLEYNIE. Étude sur les diamètres céphaliques des nouveau-nés. — 568. M. MAUCOTEL. De la grippe pendant la grossesse. — 569. M. MARTY. Des résultats éloignés de la coxalgie au point de vue orthopédique. Déductions thérapeutiques. — 570. M. FAUVEL. Étude sur les exostoses du pied. — 571. M. BARDON. Les lipômes du périnée.

(1) J. RIOLAN. *Opuscula anatomica varia et nova*, Parisiis, apud Caspar. Meturas, 1652, p. II, p. 117, « *Disquisitio de transpositione partium naturalium...* »

— 572. M. Georgesco-Carvatriano. Des kystes hydatiques primitifs de la plèvre. — 573. M. Guillemot. L'estomac biloculaire. — 574. M. Bouny. Physiologie du membre inférieur dans la locomotion à bicyclette. — 575. M. Philippe. Technique du chronoscope de d'Arsonval et mesure des temps psychiques. — 576. M. J. Migot. Considérations sur les abcès de la glande vulvo-vaginale. — 577. M. Saqui. Étude sur quelques lésions secondaires qui entourent les tumeurs cérébrales. — 578. M. Dembinski. Recherches sur le rôle des leucocytes dans la tuberculose expérimentale sous-cutanée. — 579. M. Chatard. Contribution à l'étude des rechutes de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — 580. M. Guillemot. Recherches sur la gangrène pulmonaire. — 581. M. Jouannet. Contribution au traitement de la phlegmatie alba-dolens puerpérale. — 582. M. Montana. Contribution à l'étude des résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes. — 583. M. Arnoux. Contribution à l'étude du kraurosio vulvæ. — 584. M. Andraud. Considérations sur la valeur de l'anus contre nature dans le traitement des hernies gangrénées. — 585. M. Roux. De la fistule à l'anus et particulièrement de la variété intra-plécintérium. — 586. M. Maury. Essai sur les tuberculides cutanés. — 587. M. Ramonet. L'iodisme et les glandes salivaires. — 588. M. Morel. Nature et traitement de la pelade. — 589. M. Cavart. Valeur des principales médications de l'uréthrite blennorragique aiguë. — 590. M. Giulani. Essais sur la splénomégalie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — *École du service de santé militaire.* — Par décision du ministre de la Guerre, en date du 5 août 1899, le prix du trousseau qu'auront à verser au trésor les élèves admis à l'École de santé militaire en 1899 est fixé à 1034 fr. 02.

Hôpitaux de province. — *Angers.* — Le concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gustave Bureau.

Rouen. — Un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 26 octobre 1899. Les épreuves commenceront à quatre heures et demie précises à l'hospice général, salle des séances.

La Commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 7 octobre 1899. Dans ce cas, les candidats en seront avisés.

Se faire inscrire au Secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 11 octobre au plus tard.

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 7 août 1899, sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Lereboullet, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Albarran, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris ; Widal, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris; Godon, directeur de l'École dentaire de Paris; Aubin, membre du conseil général des Alpes-Maritimes, maire de Saint-Cézaire; Fabre, chir. en chef de l'hospice d'Alais; Pujade, président du Conseil général des Pyrénées-Orientales, maire d'Amélie-les-Bains ; Despaux, de Crouy-sur-Ourcq.

Société anatomique.— MM. Labey, Lefas et Bufnoir ont été nommés membres adjoints de la Société.

Congrès international des sourds-muets. — La lettre suivante est adressée à MM. les membres des Conseils généraux :

« Un Congrès international pour l'étude des questions d'éducation et d'assistance des sourds-muets se réunira à Paris, au palais de l'Exposition universelle, le 6 août 1900. Nous vous demandons de donner à cette réunion votre précieux concours en lui adressant votre adhésion et en vous faisant représenter par un délégué.

Si les questions d'éducation ont reçu dans les précédents Congrès internationaux et nationaux des solutions par l'adoption de la méthode orale, il n'est pas sans importance de constater les résultats obtenus jusqu'à ce jour dans les différents États de l'Europe et des pays d'outre-mer.

Les sciences pédagogiques ne font pas exception aux lois du progrès; chaque jour leur apporte des perfectionnements, le but du Congrès est de les mettre en lumière et de les vulgariser.

En France, la loi, si libérale, sur l'instruction publique, qui impose l'obligation et accorde la gratuité de l'instruction primaire à tous les Français, ne s'est préoccupée des déshérités que pour prévoir un règlement qui se fait toujours attendre. Le sourd-muet continue à ne devoir son éducation qu'à la générosité du gouvernement, des conseils généraux et de la bienfaisance particulière. Un certain nombre n'obtient pas ou obtient trop tard l'accès des écoles spéciales. Il y a là une lacune digne de votre attention et de nouvelles études.

Les questions d'assistance des sourds-muets ne sont pas moins à l'ordre du jour. Elles n'ont pas été suffisamment étudiées jusqu'à présent, et on peut même dire que, en France, il reste beaucoup à faire.

L'assistance par le travail, les encouragements aux associations ouvrières, le placement des insuffisants ou des infirmes sont des questions dont l'importance ne saurait vous échapper. Elles méritent d'être étudiées avec les délégués des assemblées départementales qui feront connaître les conditions particulières de leurs régions.

Les comptes rendus du Congrès permettront ensuite aux membres de votre assemblée d'apprécier les désidérata que ces questions peuvent comporter.

Si vous voulez bien, Messieurs, accueillir favorablement notre demande, nous vous prierons de vouloir bien souscrire à trois exemplaires des comptes rendus du Congrès (soit 30 francs), l'un destiné à votre délégué, et les deux autres aux archives de votre département.

Veuillez agréer, messieurs, les hommages respectueux du Comité d'organisation du Congrès des sourds-muets.

BUREAU DE LA SECTION DES ENTENDANTS

Le vice-président, Baguer. — *Le président,* Dr Ladreit de Lacharrière.

Le trésorier, Dr Saint-Hilaire. — *Le secrétaire des séances,* Dr Legay. — *Le secrétaire général,* Dr Martha.

BUREAU DE LA SECTION DES SOURDS-MUETS

Le vice-président, Émile Mercier. — *Le président,* Dusuzeau.

Le trésorier, Henri Desmarest. — *Le secrétaire du comité de programme,* Henri Gaillard.

Les communications doivent être adressées à M. le docteur Ladreit de Lacharrière, quai Malaquais, 3; Henri Gaillard, rue d'Alésia, 111 *ter*. »

La peste en Orient. — Jusqu'à ce jour, il s'est produit, à Alexandrie, 83 cas de peste, 39 décès et 42 guérisons. La semaine dernière, il y a eu 3 cas nouveaux, 2 décès et 3 guérisons.

Congrès d'électrologie et radiologie médicales. — Dans sa séance du 20 juillet dernier, la Société française d'électrothérapie et de radiologie a décidé de convier tous les ans, à Paris, en Congrès international avec exposition annuelle des appareils nouveaux se rapportant à ces sciences, tous les savants qui s'occupent d'électrologie et de radiologie médicales.

Elle a nommé pour organiser le Congrès, qui aura lieu l'an prochain 1900, une commission exécutive composée de MM. Apostoli, Boisseau du Rocher, Branly, Oudin, Moutier (de Paris) et Doumer (de Lille) ; c'est à ce dernier que doivent être adressées, 57, rue Nicolas-Leblanc, à Lille, toutes les communications ou demandes de renseignements relatives à ce Congrès.

Prophylaxie des maladies vénériennes. — Une conférence internationale s'ouvrira à Bruxelles, du 4 au 8 septembre, pour

la prophylaxie des maladies vénériennes. Le comité d'organisation, présidé par M. Buls, bourgmestre de Bruxelles, composé de médecins, de jurisconsultes et de fonctionnaires compétents, a pour secrétaire général le docteur Dubois-Havimith. Des délégués officiels, civils et militaires, ont été désignés par tous les gouvernements d'Europe, États-Unis, Japon, etc. Parmi les présidents et les rapporteurs, on trouve MM. Fournier, Neisser, Pospelow, Verchère, Lassar, Lejeune (ministre d'État, Bruxelles), Jullien, Barthélemy, Ozenne, Augagneur, Mireur, Finger, Ogilvie, Drysdale, Wolff, Jadassohn, etc.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Crevoisier d'Hurbache, décédé subitement à Briey (Meurthe-et-Moselle), dans sa soixante-dix-neuvième année, lauréat de la grande médaille d'or de la Société d'encouragement au bien (1897).

Traité de médecine (2e édition), publié sous la direction de MM. Bouchard et Brissaud. Tome III, 1 vol. in-8°. — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

Atlas-manuel de chirurgie opératoire, par le docteur Otto Zuckerkandl, seconde édition française, par le docteur A. Mouchet. Un vol. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'analyse de l'urine en clinique, par le docteur Alexandre Fortuny Duran, préface du docteur D.-S. Ramon y Cajal. Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Barcelone, establecimiento tipografico, Casanova 13.

La péritonite tuberculeuse, par le docteur G. Maurange. Un vol. petit in-8° (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.) — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 93. — SAMEDI 19 AOUT 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 19 AOUT 1899. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 15 juillet au 15 octobre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les Étudiants.*
S'adresser directement aux bureaux du journal.

REVUE GÉNÉRALE

Des pleurésies putrides primitives.

Par le docteur Ch. LEVI-SIRUGUE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La notion d'infection putride date déjà de loin, et en remontant dans l'histoire de la médecine, on trouve que ce caractère de putridité a été plus particulièrement attaché à des maladies intestinales. Dans ses aphorismes Stoll décrit sous le nom de fièvre putride la maladie que nous appelons aujourd'hui fièvre typhoïde. « On a appelé, dit-il, synoque putride la fièvre qui est due à des causes plus grandes que celles des autres fièvres quelconques, à une dégénération des solides et des fluides analogue à la putridité. » A la fin de ce chapitre Stoll terminait en disant : « On voit clairement de là quelles fièvres sont vraiment putrides ou lesquelles imitent seulement la putride; on comprend ce que c'est que l'angine putride, *la pleurésie*, la péripneumonie, la dysenterie, la petite vérole, la rougeole putrides. » Pour Stoll, l'idée d'affection putride entraînait l'idée d'une malignité spéciale à caractères d'ailleurs mal définis. « La synoque putride est, disait-il, la fièvre maligne par excellence. »

Une autre grande affection intestinale s'alliait dans l'esprit de ces auteurs avec la notion de putridité. C'était la dysenterie. Dans son traité sur cette affection, Zimmermann décrit une forme putride, qui a pour origine l'air enfermé et corrompu. Pour lui, la pourriture d'hôpital, ce type achevé des affections putrides, avait son origine dans des exhalaisons de vapeurs putrides. La peste, le scorbut, la fièvre puerpérale gastro-putride avaient une étiologie analogue. Un auteur italien de pathologie générale, Buffalini, décrivait une diathèse putride caractérisée par la fétidité des sueurs et de l'haleine, le météorisme, des éruptions, un état de prostration, du subictère, des métastases putrides, mais en somme on confondait deux états morbides que nous distinguons aujourd'hui : la septicémie et les états putrides. Cette distinction ne fut faite que beaucoup plus tard, et il faut arriver pour ainsi dire à la période contemporaine. A. Guérin, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, établit nettement cette distinction. Dans l'infection purulente il y a, dit-il, des abcès métastatiques qui manquent dans l'infection putride; on trouve dans la première seule de pus dans les veines; elle s'accompagne enfin de phénomènes plus accentués, de frissons violents; elle a une marche plus rapide, la fièvre revêt les grandes oscillations des fièvres intermittentes, alors que la fièvre putride prend le type hectique. L'expérimentation entre les mains de Sédillot montrait aussi des différences. L'animal inoculé avec du pus de bonne nature résistait alors que l'inoculation du pus putride de phlegmon gangréneux amenait la mort en une heure.

Vers le milieu du siècle, des savants allemands essayaient d'éclairer par les progrès de la chimie organique l'histoire des putréfactions des tissus vivants. En 1855, Panuns cherchait à isoler par l'alcool le poison putride. Dix ans plus tard, Weber admettait l'action prépondérante mais non exclusive de l'acide sulfhydrique. Henner invoquait l'intoxication par la décomposition des albuminoïdes, Müller l'action bien douteuse des sels de potasse; Bergman créait l'existence d'un corps nouveau azoté, la sepsine.

Parallèlement à ces travaux des chimistes allemands, en France Pasteur par ses célèbres études sur la fermentation allait jeter une lumière plus vive sur l'histoire des infections putrides et ouvrir un sillon qui est resté celui de la science actuelle. Pasteur avait eu ce grand mérite de s'élever contre les idées admises par la chimie de son époque, idées qui avaient pour elles l'autorité des grands noms de Priestley et de Lavoisier, pour qui les êtres vivants ne pouvaient vivre en dehors de l'oxygène. Pasteur montrait que, dans les fermentations (1861) et dans les putréfactions (1863), il y avait des êtres infiniment petits, vivant d'une vie anaérobie. Plus tard (1878), il montre que l'agent pathogène de la gangrène gazeuse est de ce groupe; c'est le microbe qu'il a dénommé vibrion septique. Par les propriétés biologiques de ces microbes que tue rapidement l'oxygène, s'expliquait ce fait que les agents pathogènes n'ont pas ten-

dance à pénétrer dans le sang, où au moins à s'y multiplier, d'où la rareté des métastases dans ces cas, leur fréquence au contraire quand on est en présence d'une septicémie due aux microbes ordinaires aérobies. Cependant, alors que de nombreux chercheurs s'attachaient à l'étude des bactéries aérobies, celle des anaérobies était délaissée. Quelques observateurs s'étonnaient toutefois de ne pas obtenir de cultures positives dans des cas d'infection putride qui semblaient pour ainsi dire le type suprême de l'infection. C'est alors qu'on a décrit des suppurations gangréneuses de ce genre dépourvues de microbes. Pourtant un fait semblait contradictoire et c'est ce fait qui, comme disent MM. Veillon et Zuber, les a incités à toute une série de recherches sur les anaérobies. Ces auteurs avaient en effet remarqué une singulière contradiction entre la stérilité des cultures ordinaires et le nombre des microbes lorsqu'on examinait directement du pus gangréneux sur lame. Leurs travaux ne touchent pour ainsi dire qu'accessoirement à l'histoire de la pleurésie putride. Ils ont en effet étudié plutôt la bactériologie de la gangrène pulmonaire, d'otites, d'appendicites gangréneuses, de phlegmons gazeux. Néanmoins ces travaux sont importants et méritaient d'être ici mentionnés, parce qu'ils ont fixé la technique qui a permis tout récemment l'étude de suppurations putrides de la plèvre, et qui dans l'avenir devra toujours être employée dans des cas de ce genre.

Nous avons considéré jusqu'ici l'évolution des idées médicales depuis Stoll jusqu'à nos jours sur l'infection putride. Si maintenant limitant notre étude à l'histoire de la pleurésie putride, qui fait l'objet de cette Revue, nous remontons la série de travaux publiés à ce sujet, nous trouvons fort peu de chose en dehors de la période actuelle, où cette question portée à plusieurs reprises devant la Société médicale des hôpitaux, y a été l'objet d'intéressantes discussions. Avant cela, bien qu'elle ait été signalée par Hippocrate qui montre la gravité du pronostic quand le liquide pleural est bourbeux et fétide, son histoire est effacée ; il n'y a pas dans les traités ou les dictionnaires un article à ce sujet; M. Widal, dans son article PLEURÉSIE du *Dictionnaire encyclopédique*, indique la pleurésie caractérisée par la putridité primitive du liquide ; M. Courtois-Suffit, dans sa thèse de 1890 sur les pleurésies purulentes, consacre bien un chapitre aux pleurésies gangréneuses et putrides, et signale la putridité du liquide pleural sans gangrène pulmonaire, il en donne quelques observations ; mais la question n'est qu'ébauchée. M. Netter, dans son article du *Traité de médecine*, mentionne quelques bactéries trouvées dans ces conditions, mais le sujet, là aussi, est rapidement traité.

Cependant en 1878, dans une thèse faite sous l'inspiration du professeur G. Sée, Leriche (1) donnait une observation dont il n'avait pas pu trouver d'analogue dans la littérature médicale de *pleurésie fétide sans gangrène*, mais il étudiait surtout dans cette thèse la pleurésie gangréneuse secondaire ou primitive, dont l'étude venait d'être mise à l'ordre du jour par les travaux de MM. Besnier, Bucquoy, Millard. Il publiait donc à la fin de sa thèse cette observation seulement comme une curiosité anatomique, les faits n'étant pas assez nombreux, disait-il, pour pouvoir établir l'histoire clinique de cette forme de pleurésie.

En 1894, Simon, dans une thèse sur les pleurésies putrides dans l'enfance, reprenait la division de Bouveret de pleurésies fétides non gangréneuses et de pleurésies gangréneuses. Il montrait que la gangrène pulmonaire pouvait être consécutive à la nature putride de la pleurésie, comme MM. Rendu, Galvagni-Concato l'avaient soutenu, et il essayait d'établir un diagnostic entre pleurésie fétide et pleurésie gangréneuse. Mais c'est surtout dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux (1896, 1897) qu'on peut, à l'heure actuelle, puiser les plus précieux renseignements sur la pleurésie putride primitive, sans gangrène pulmonaire, que nous décrirons ici, laissant de côté les pleurésies putrides secondaires à une gangrène du poumon ou d'organes voisins, et qui ne sont que des épisodes effacés, des complications de second ordre. La question de la pleurésie putride touche à celle du pneumo-thorax essentiel sans perforation pleurale, qu'admettaient Laënnec et après lui Graves, M. Proust, dans sa thèse, qu'avaient niée des auteurs plus récents, et dont l'existence est indiscutable de par les faits auxquels nous avons déjà fait allusion.

II

Il y a trois espèces de pleurésies putrides : l'une est la pleurésie putride gangréneuse secondaire ; l'autre la pleurésie putride gangréneuse primitive ; c'est celle dont M. Besnier en 1875, dans la mémorable discussion de la Société médicale des hôpitaux soutenait l'existence ; depuis MM. Rendu (1879), Netter (1884) sont venus apporter des nécropsies confirmant ces faits ; dans ce cas, le poumon est intact, le sphacèle se limite à la plèvre ; naturellement le liquide pleural est fétide, gangréneux, mais ce n'est pas encore là la vraie pleurésie putride. Reste donc la troisième variété, c'est-à-dire celle où il n'y a pas plus de sphacèle de la plèvre que du poumon ; peut-être dans ces cas la gangrène pourrait-elle à la longue se faire, mais il est certain, en tout cas, que la putridité du liquide est absolument primitive et ne tient qu'à la nature des germes qu'il renferme.

Trois cas, un de M. Leriche, un autre dû à MM. Widal et Nobécourt (1), un troisième à M. Courtois-Suffit (2) et suivis de mort, nous serviront à faire l'*anatomie pathologique* de cette forme d'infection pleurale.

La putréfaction cadavérique s'accentue très vite dans ces cas. Le corps est marbré de taches et dégage une odeur repoussante.

On trouve dans la plèvre du côté malade du liquide sanieux, très fétide, mêlé de gaz. Mais, avant d'arriver au plastron costal, on peut être obligé de traverser un tissu infiltré de pus fétide qui envahit le tissu cellulaire et les muscles intercostaux. En même temps qu'infiltration purulente il y a, lorsque le malade a été ponctionné, infiltration gazeuse autour du point de la ponction.

Le poumon est revenu sur lui-même si la quantité du liquide et des gaz était abondante dans la plèvre. La séreuse dans ses feuillets viscéraux et pariétaux est tapissée de fausses membranes grises, molles ; ou elle peut être épaissie, mesurer jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur (Courtois-Suffit), selon que l'affection a eu une marche rapide ou a atteint une plèvre touchée depuis plus longtemps. Mais, fait capital, *il n'y a pas trace de gangrène*, ni de la plèvre ni des parties superficielles du poumon.

On peut voir dans le liquide des masses brunâtres ana-

(1) LERICHE. *Étude sur les pleurésies gangréneuses et les pleurésies fétides*, Th. de Paris, 1878.

(1) WIDAL et NOBÉCOURT. Soc. méd. des hôpit., 3 déc. 1897.
(2) COURTOIS-SUFFIT. Soc. méd. des hôpit., 10 déc. 1897.

logues d'aspect et d'odeur à des matières fécales (Leriche).

Le poumon est souvent normal à part les lésions de compression. On peut cependant y trouver des lésions tuberculeuses. Dans un cas relaté dans la thèse de Paul-Boncour intitulé « pleurésie putride tuberculeuse », il y avait chez un enfant de six ans des lésions de granulie aiguë. Le poumon peut être secondairement atteint de gangrène (Galvagni-Concato), ou de pneumonie disséquante.

En dehors de ces lésions on peut trouver à l'autopsie le foie gros, pâle, graisseux, la rate diffluente. Ces viscères d'ailleurs se putréfient rapidement.

La pleurésie putride peut être enkystée, comme on le voit dans un cas d'Achalme, rapporté dans la thèse de Courtois-Suffit (p. 207). Dans ce cas où il y avait une expectoration d'odeur gangréneuse, sans qu'on trouvât à l'autopsie de lésions gangréneuses pulmonaires, il y avait deux poches putrides, l'une grande, contenant un litre de liquide, enkystée à la partie moyenne de la face externe du poumon droit, l'autre plus petite, enkystée dans la plèvre diaphragmatique, et contenant une à deux cuillerées d'un pus moins fétide.

L'étude anatomo-pathologique des pleurésies putrides met donc hors de contestation l'existence de liquide et de gaz dans la plèvre, sans la moindre perforation pleurale. Il y a donc eu, dans ces cas, non pas arrivée de l'air par le poumon, ni par l'extérieur, car l'existence des gaz est antérieure à toute ponction, mais il n'y a pu y avoir que formation des gaz dans la plèvre aux dépens du liquide. Ce mode de production de pneumo-thorax a été l'objet de discussions. Laënnec admettait la possibilité d'exhalation gazeuse indépendamment de toute lésion pleuro-pulmonaire; Graves limitait ce fait à des inflammations lentes de la plèvre, ce qui, comme disait M. Jaccoud dans les notes de sa traduction de Graves, est déjà plus acceptable. M. Jaccoud montrait que dans ces cas les gaz doivent se former par décomposition des substances albumineuses épanchées, et non en l'absence de tout épanchement liquide, comme le soutenait le clinicien irlandais. M. Proust, dans sa thèse (1862), niait l'existence du pneumo-thorax essentiel. En Allemange Biermer, Senator, Oppolzer l'admettaient; Eichhorst le regardait comme non démontré, et Strümpell comme très rare. D'autres tels que Gerhardt, Rosenbach, hésitaient à l'admettre, M. Netter le rejetait.

Cependant aujourd'hui les faits de pleurésie putride en ont nettement établi l'existence. On a même récemment signalé des cas de pneumo-thorax sans perforation dans des pleurésies à liquide clair. E. Lévy (1) a publié un cas de ce genre. On peut cependant remarquer que le pneumothorax ne s'est produit qu'après plusieurs ponctions au cours desquelles le poumon avait pu être atteint. Il est vrai que l'examen bactériologique montra un bacille anaérobie court, épais, immobile, se colorant au Gram, qu'on a vu dans des cas d'abcès gazeux (Frænkel), ce qui tendrait à prouver qu'on avait à faire à un anaérobie producteur de gaz dépourvus de fétidité.

Quels sont les symptômes de ces pleurésies putrides?

C'est ce que nous allons essayer de dégager de l'étude des quelques observations publiées.

Le début est variable ou il se fait progressivement par une sensation de fatigue générale, de courbature; des frissons, ou il est plus brusque et marqué par le point de côté; mais, ce qu'il y a à noter c'est que souvent il semble y avoir une rémission de quelques heures ou quelques jours. C'est ainsi que, chez le malade de MM. Widal et Nobécourt, la douleur disparut rapidement, si bien que le malade avait repris sa vie habituelle, quand quatre jours plus tard il fut saisi brusquement dans la rue d'une douleur très violente dans la poitrine avec irradiations scapulaires, et d'une dyspnée si violente, qu'on dut le transporter dans une pharmacie. Même rémission dans une des observations du mémoire de MM. Rendu et Rist. Ici le début s'étant fait pendant le séjour de la malade à l'hôpital a pu être suivi de près. Nous voyons qu'il s'agissait d'une jeune fille déjà malade, atteinte de bronchectasie chronique avec expectoration fétide. Alors qu'elle semblait aller mieux et se disposait à partir au Vésinet, survient un point de côté douloureux avec fièvre; la fièvre tombe ensuite pendant deux jours pour reparaître alors avec le point de côté. En somme, un début assez brusque semble la règle, au contraire de l'opinion émise dans la thèse de Simon; ce début est marqué par une vive douleur et une dyspnée intense analogue à ce qu'on voit dans la pneumo-thorax et bien différent par conséquent du début insidieux de la pleurésie séreuse. Enfin il semble assez fréquent de constater une période de rémission de quelques jours, rémission trompeuse après laquelle les symptômes réapparaissent avec une intensité nouvelle.

Dès le début le facies du malade indique la gravité de l'affection. Le visage est pâle et terreux, couvert de sueurs, et souvent de sueurs fétides. C'est là un signe sur lequel insiste M. Courtois-Suffit. Les pommettes sont rouges, souvent cyanosées. Le facies plombé du malade joint à la dyspnée peut en imposer à première vue pour un pneumo-thorax tuberculeux. L'expectoration est peu marquée ou, si elle existe, elle n'a aucun caractère spécial, elle est muco-purulente sans fétidité, à moins qu'il n'y ait un état pathologique préexistant du poumon, tel que la bronchectasie chronique, comme c'était le cas pour une malade de MM. Rendu et Rist. L'haleine non plus n'a pas d'odeur fétide.

Si une dyspnée violente marque le plus souvent le début de la pleurésie putride, elle n'y est cependant pas absolue, et elle a été très effacée dans certains cas (Courtois-Suffit). La fièvre aussi est un phénomène très irrégulier, et sur lequel on aurait tort de tabler. On doit même dire, d'après les observations jusqu'ici publiées, que le léger degré de l'hyperthermie est la règle. Déjà dans leur important mémoire, MM. Rendu et Rist (1) ont insisté sur l'opposition entre le peu d'élévation de la fièvre et la gravité de l'état du malade. C'est généralement une température de 38 degrés, 38°5 qu'on trouve notée; ici même (Widal et Nobécourt), la température rectale n'est que de 38 degrés, ailleurs c'est 37°2 de température axillaire (Leriche); ailleurs il y a presque de l'hypothermie (36 degrés, Rendu et Rist); la température a tendance à s'élever avec l'amélioration de l'état local et général et on a pu après l'empyème, alors que s'éliminait l'eschare pulmonaire, constater des températures de 39 degrés et plus. MM. Rendu et Rist en concluent que les germes de la pleurésie putride sont plutôt hypothermisants que phlogogènes. Même remarque pour l'inconstance du point de côté que pour celle de la dyspnée. S'il est dans la règle remarquable par sa violence qui a pu le faire com-

(1) E. Lévy. Uber den Pneumoth. ohne Perforation, *Arch. f. exper. path. und pharm.*, 1895, vol. XXXV.

(1) Rendu et Rist. Soc. méd. des hôpit., janv. 1899.

parer à un coup de poignard, il a été dans d'autres cas fruste, fugace. Il est vrai que dans les cas auxquels nous faisons allusion, il s'agissait d'individus atteints de bronchectasie ou de broncho-pneumonie. Quoi qu'il en soit, il convenait de noter les irrégularités du début.

Bientôt l'attention ayant été attirée par ces signes fonctionnels sur le côté du thorax malade, la percussion et l'auscultation vont permettre des constatations importantes. A la *percussion* on trouve en bas, surtout à la partie postérieure, de la submatité, bientôt de la matité vraie. La percussion exaspère l'intensité du point de côté et partout elle est un peu douloureuse. Elle montre de la matité au niveau de l'espace de Traube, si on a affaire à une pleurésie gauche, le refoulement du cœur à droite, quelquefois la disparition de la matité cardiaque remplacée par du tympanisme, l'abaissement de la glande hépatique si la pleurésie est à droite. Au niveau de la zone mate il y a abolition des vibrations. Au-dessus on trouve du tympanisme comme celui du pneumothorax ordinaire. Il y a du tympanisme sousclaviculaire, du skodisme.

L'*auscultation* permet de noter du silence respiratoire au niveau de la zone mate; plus haut du souffle amphorique, souvent perceptible seulement dans une zone assez limitée. Il est possible d'entendre de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, mais ces signes manquent dans d'autres cas. Le souffle amphorique non plus n'est pas constant, et il peut n'y avoir que de l'obscurité respiratoire, qui fait croire à une pleurésie séreuse. La succussion hippocratique a été notée dans un des cas de MM. Rendu et Rist.

Les signes physiques sont donc vagues et inconstants. Ce sont ceux d'une pleurésie simple, ou, si des gaz se sont accumulés dans la plèvre, ceux d'un pneumothorax.

L'affection n'est reconnue, le plus souvent, qu'après la ponction exploratrice ou évacuatrice. Le pus se présente alors toujours sous des caractères particuliers, dont le plus frappant est son horrible fétidité, semblable à celle des matières animales en décomposition. On peut y voir des matières grasses. Rarement c'est un pus bien lié; plus souvent c'est un liquide louche, séro-purulent. Au repos, il se forme en bas un dépôt pulvérulent, grisâtre, qui occupe le cinquième du vase. Le liquide qui surnage est blanc sale, légèrement laiteux, rappelant la couleur de la salive: le pus renferme des gaz, surtout de l'hydrogène sulfuré.

La marche de l'affection varie selon la thérapeutique adoptée. La ponction simple n'amène que peu de soulagement. Les signes physiques reparaissent vite avec l'épanchement; la douleur, la dyspnée reviennent, l'état général reste grave; il y a du délire, la langue est sèche, du subictère se montre, une diarrhée fétide, et le malade meurt intoxiqué avant qu'on ait eu le temps de faire l'empyème. L'albuminurie, la bouffissure de la face, les sueurs fétides, tout indique l'intoxication plus que la septicémie. Alors même qu'après la ponction on se décide à pratiquer l'empyème, la mort peut survenir si on a trop tardé à opérer. L'empyème alors semble amender les phénomènes, mais ce n'est encore là qu'un mieux trompeur, qui peut être suivi de mort brusque, comme le fait n'est pas rare chez ces malades profondément intoxiqués (Courtois-Suffit).

Ce n'est pas là heureusement la terminaison fatale, et ce sera même, il faut l'espérer, le cas exceptionnel à mesure qu'on connaîtra mieux les faits de ce genre et qu'on pratiquera plutôt l'opération de l'empyème qui est vraiment l'unique planche de salut. C'est grâce à cette intervention hâtive que MM. Rendu et Rist ont pu rapporter trois cas de guérison. Un de leurs malades opéré en état d'asphyxie et de mort imminente a guéri. Mais la guérison ne se fait pas sans accidents. Ce n'est que lentement qu'elle se produit. L'agitation, la diarrhée persistent encore alors que l'état local est en pleine voie d'amélioration. Ce n'est que lentement que l'économie semble se débarrasser de ces toxines qu'a accumulées l'infection. Des érythèmes peuvent venir encore démontrer l'existence de cette imprégnation de l'individu par les toxines putrides. Le pus qui coule après l'empyème conserve encore longtemps quelque chose de ses caractères gangréneux, et tant qu'il est resté dans la séreuse des lambeaux sphacélés, on note encore des signes d'intoxication. On peut compter qu'après l'empyème la guérison demande bien encore un mois. Il peut même rester une fistule thoracique sans tendance à cicatrisation, alors que l'état général est redevenu excellent.

La vomique ne semble pas s'observer dans cette forme de pleurésie. Elle se produirait plutôt dans les cas de pleurésie gangréneuse avec sphacèle du poumon. Dans la pleurésie putride, la gravité des accidents est trop rapide pour donner à la vomique le temps de se produire. Les vomiques fétides qu'on observe quelquefois tiennent plutôt à l'infection secondaire par le contact avec l'air extérieur de poches purulentes dont le pus n'a que tardivement acquis de la fétidité. C'est là un phénomène qui n'est pas rare au cours des pleurésies purulentes interlobaires à pneumocoques qui ont donné lieu à des vomiques répétées et où le pus ne s'est qu'incomplètement vidé.

La convalescence ne se fait pas après l'empyème, nous l'avons dit, sans accidents, et une des complications qui semble très fréquente après la ponction ou l'empyème d'une pleurésie putride, c'est le *phlegmon gangréneux et gazeux* qui se développe autour de la plaie. M. Achard a vu ce phlegmon gazeux de la paroi avec tuméfaction fluctuante et crépitante, sans grande réaction inflammatoire, sans rougeur, ni douleur au niveau des ponctions. M. Courtois-Suffit a fait une constatation analogue. Il a vu l'infiltration s'étendre même au côté opposé. MM. Rendu et Rist l'ont vue se développer en plusieurs points du thorax sous forme d'œdème douloureux crépitant, disséminé au flanc droit, sous l'aisselle, au niveau des bords de la plaie de l'empyème, qui étaient sphacélés. Il y avait au niveau de piqûres vaccinales et de piqûres de morphine sur la face externe d'un bras une plaque rouge, tuméfiée, douloureuse, de la largeur de la paume. M. Leriche avait déjà noté la gangrène cutanée autour de l'orifice de ponction.

Parmi les complications de la pleurésie putride, il nous faut encore signaler l'*embolie gangréneuse*, dont M. Giraudeau (1) a publié un cas. La peau de la main et de l'avant-bras d'un côté était livide, avec des plaques violacées, froide. Le malade ne pouvait exécuter aucun mouvement et ressentait de vives douleurs. Il y avait donc menace de gangrène. En raison du début par un violent accès de suffocation, des palpitations, M. Giraudeau fut amené à admettre une embolie cardiaque, ayant pris son origine dans une veine pulmonaire comprimée. Ce doit être là une complication rare.

III

La pleurésie putride semble plus fréquente chez l'homme adulte. C'est de vingt à cinquante ans que les observations

(1) GIRAUDEAU. Acad. de méd., 19 avril 1898.

sont plus nombreuses. Pourtant elle existe chez l'enfant. Simon a consacré sa thèse à ce sujet (Th. de Paris, 1894).

Elle peut frapper des individus vigoureux, de bonne santé (Courtois-Suffit), mais elle semble favorisée par de mauvaises conditions antérieures, soit un accouchement [Lemaître (de Limoges)], soit des privations (Widal et Nobécourt) ayant pu diminuer la résistance de l'organisme, soit des affections antérieures du poumon, bronchites répétées, bronchectasie avec sécrétion fétide (Rendu et Rist), broncho-pneumonie (Barth), abcès du poumon (Courtois-Suffit), grippe (Achalme et Giraudeau), tuberculose (Paul Boncour). Dans le cas de Leriche, il y avait eu des accidents pulmonaires à répétition du côté de la pleurésie; mais, en dehors de ces quelques données, on sait peu de chose sur l'étiologie de la pleurésie putride primitive.

MM. Roger et Comte (1) ont observé un cas de pleurésie putride développée à la suite de la rougeole, chez un jeune garçon de seize ans, chez qui apparurent des signes d'infection intestinale avec hépatite s'accompagnant d'hypertrophie du foie, et périhépatite douloureuse. L'épanchement se développa rapidement; on retira un liquide sanieux; la thoracentèse n'amena pas d'amélioration, et dans les derniers jours on constatait des signes de pneumothorax. Les auteurs faisaient remarquer que, dans des cas de ce genre, on trouvait souvent à l'origine des troubles digestifs, partant du gros intestin, soit du côlon (Sépet), soit plutôt du cæcum ou de l'appendice (Baginsky).

La *bactériologie* commence, au contraire, à être un peu élucidée, grâce aux travaux de MM. Netter, Widal et Nobécourt, Rendu et Rist.

En 1893, M. Netter signalait dans le pus des pleurésies putrides divers microbes, le proteus, le leptothrix, le tétragène, le bacille de l'œdème malin, le spirille de la salive, en association avec les pneumocoques, streptocoques, staphylocoques. L'étude de 20 cas de pleurésie putride lui avait fait trouver à l'état de pureté ou de prédominance : 3 fois le bacille décrit par Lœffler dans la diphtérie du veau, 2 fois le spirochetæ denticola, puis le coli-bacille, 1 fois le leptothrix. Il avait vu aussi des bacilles associés : 1 fois au tétragène, 1 fois à l'actinomyces, 4 fois au streptocoque, 3 fois au staphylocoque. Il concluait que les microbes des pleurésies putrides étaient les hôtes saprophytes de la bouche et des voies digestives.

A la Société médicale des hôpitaux le 30 avril 1897, à propos d'un cas d'empyème gangréneux avec pneumothorax rapporté par MM. Comby et Vogt, M. Netter disait avoir trouvé dans ce cas en grande abondance un microbe particulier ayant la forme de filaments longs et minces, qu'on trouverait toujours dans les cas de ce genre. Ce bacille se colore au bleu de Lœffler, se décolore au Gram. Il est anaérobie, et conserve son action pathogène sur les animaux pendant plus de vingt générations successives.

MM. Roger et Comte ont publié, en septembre 1897, un cas de pleurésie putride postrubéolique et ils en ont fait une étude bactériologique soignée. Dans le liquide pleural recueilli pendant la vie ou aussitôt après la mort, ils ont trouvé des microbes nombreux : micrococques, streptocoques, bacilles de formes et de dimensions variées. Les cultures n'auraient pas suffi à l'isolement des nombreuses bactéries qu'on y trouvait. Mais dans ce but on inocula des animaux. Ainsi furent isolés deux microbes pathogènes; l'un tuait rapidement le lapin, avait la forme d'un petit bacille ovulaire à extrémités arrondis; il ressemblait beaucoup au bacille du choléra des poules. Il produisait chez le lapin une septicémie rapidement mortelle, chez le cobaye un simple œdème local qui rétrocédait. L'autre microbe facultativement anaérobie était très voisin du coli-bacille. Il se décolorait au Gram. Il différait du coli-bacille par l'absence de fermentation de la lactose et de la coagulation du lait; d'ailleurs avec le temps il se rapprochait de plus en plus des caractères du bacterium-coli. L'inoculation aux animaux permit de reproduire les lésions observées chez l'homme et en particulier la pleurésie avec des fausses membranes verdâtres. C'était aussi un liquide séro-hémorragique avec très peu de leucocytes, mais chez l'animal l'épanchement n'exhalait que peu d'odeur; il semblerait que le véritable agent pathogène représenté par cette bactérie n'ait pas été l'agent de la putréfaction du liquide, laquelle devrait être attribuée à des saprophytes. Peut-être l'exaltation de virulence de ce coli-bacille était-elle due à son association avec des saprophytes. Nous pouvons rapprocher ce fait que l'épanchement expérimentalement provoqué était dépourvu de fétidité d'un cas de E. Lévy de pleurésie avec production de gaz non fétides dont nous avons parlé plus haut. On trouva dans ce cas un bacille anaérobie, et ceci prouverait que la fétidité serait due aux associations microbiennes.

Dans le cas de MM. Widal et Nobécourt, le liquide montrait sur lamelles des cocci isolés, en diplocoques, ou en chaînettes, colorés au Gram et des bacilles de différentes longueurs, la plupart décolorés au Gram. Les ensemencements aérobies restèrent stériles malgré le grand nombre des germes sur lamelles. On vit seulement quelques colonies de streptocoques et staphylocoques dorés. Les ensemencements anaérobies donnèrent ces mêmes microbes et des bacilles qu'on ne put isoler. L'inoculation au cobaye permit l'isolement d'un *proteus* qui produisit au point d'inoculation un gros abcès gazeux et gangréneux.

Il y avait donc dans ce pus des microbes gazogènes, ce qui explique la production du pneumothorax par exhalation gazeuse et d'abcès gazeux sous-cutanés, qu'on aurait peine à comprendre en admettant l'infiltration d'air par l'orifice de ponction de la plèvre sous la peau. Les auteurs notaient encore un fait intéressant, que deux jours après la ponction le liquide restait stérile, ce qui semble impliquer d'importantes propriétés bactéricides.

Au quatrième Congrès français de médecine interne tenu à Montpellier en avril 1898, M. Paul Courmont (de Lyon), étudiant le rôle des associations microbiennes dans les pleurésies putrides gazeuses, émettait les conclusions suivantes :

1° Le pus des pleurésies putrides gazeuses renferme ordinairement plusieurs espèces microbiennes.

2° Dans un certain nombre de cas on peut isoler plusieurs germes virulents capables de causer des lésions diverses, et même des pleuro-péricardites purulentes chez le lapin, mais jamais de gaz.

3° L'inoculation du pus total de la plèvre reproduisant au contraire soit accidentellement chez le malade, soit expérimentalement chez le lapin des abcès gazeux, la production spontanée de gaz dans la plèvre paraît être surtout fonction des associations microbiennes.

L'année dernière encore, Welcke signalait, dans un pus putride des bacilles courts et d'autres en aiguille, immo-

(1) Roger et Comte. *Presse méd.*, 29 sept. 1897.

bilisés par le refroidissement (1). Le contraste du grand nombre des microbes, cocci et bacilles variés, vu sur lamelles, et de la stérilité des cultures aérobies, signalé déjà par Veillon et Zuber dans leurs recherches sur les microbes anaérobies des gangrènes, a été encore retrouvé par M. Courtois-Suffit et par Rist. Le servant de la technique de Veillon (2), Rist, a pu isoler des microbes anaérobies nombreux dans les pleurésies putrides, *bacillus ramosus*, *bacillus nebulosus*, un *spirille*, un *coccus anaérobie* ressemblant au pneumocoque, le *staphylococcus parvulus*, le *bacillus perfringens*. Ces espèces se retrouvent dans des appendicites, des caries dentaires, des angines de Ludwig, c'est-à-dire des infections parties de la bouche ou du tractus intestinal. Elles sont à l'état saprophytique dans ces régions, et ce fait éclaire la pathogénie des infections putrides en nous montrant que l'origine doit être cherchée daas l'exaltation de virulence de germes bucco-pharyngés et leur pénétration dans la plèvre. Ces germes peuvent arriver à la séreuse soit par la trachée, soit par voie sanguine. On avait même signalé autrefois l'introduction directe au cas de thoracentèse septique, mais aujourd'hui cette voie d'entrée ne s'observe heureusement plus.

IV

Le *diagnostic* des pleurésies putrides est, comme nous l'avons montré, difficile au début ; ou bien on croit à un pyopneumo-thorax tuberculeux ou à une pleurésie séro-fibrineuse ou purulente simple. Ce n'est que la ponction qui peut permettre le diagnostic ; la gravité de l'état général pourrait seule faire soupçonner la putridité. Si, en l'absence de fétidité de l'expectoration et de l'haleine, on retire par ponction un liquide fétide sans débris gangréneux, on peut admettre une pleurésie putride primitive. D'ailleurs l'odeur du liquide n'est pas absolument celle de la gangrène. En somme, on doit toujours dans ces cas faire une ponction exploratrice qui sera le meilleur élément de diagnostic.

Simon a essayé d'établir un diagnostic différentiel des pleurésies fétides et des pleurésies gangréneuses. Dans les premières, le point de côté serait moins violent, le début plus progressif, l'épanchement plus abondant (deux litres). La dyspnée, la toux seraient moins marquées qu'au cas de gangrène pleuro-pulmonaire. L'épanchement se reproduirait rapidement après ponction. Ces caractères semblent loin d'être absolus, d'après ce que nous avons vu. S'il est vrai que le début a été quelquefois progressif, on a observé aussi un début violent marqué par une douleur en coup de poignard. Ce qui semble de plus juste dans les différences qu'on a essayé d'établir entre les deux espèces de pleurésie, c'est la différence du pronostic, qui semble meilleur à condition d'un empyème précoce dans les pleurésies fétides que dans les pleurésies gangréneuses.

La ponction exploratrice ayant établi le diagnostic, on ne doit pas perdre de temps ; on ne s'attardera pas à des ponctions qui seraient insuffisantes, comme le démontrent péremptoirement les cas malheureux de MM. Leriche, Widal et Nobécourt et celui de M. Courtois-Suffit. Il faut d'emblée faire l'*empyème* d'urgence. On lavera la plèvre avec le permanganate de potasse, qui semble avoir dans ces cas des effets merveilleux, dus probablement à ce qu'en présence des matières il abandonne de l'oxygène à l'état naissant, qui agit comme stimulant de la vitalité des tissus et de l'hématose et qui surtout tue les anaérobies. Après le lavage au permanganate, on fera un lavage à l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide sorte clair. On mettra deux drains, on fera le pansement et on donnera du Todd, au besoin de la caféine. Les jours suivants on répétera le lavage au permanganate, ou plus tard à l'eau phéniquée ou à l'eau bouillie. S'il s'est formé des collections gazeuses, on les incisera largement, on drainera, on lavera aussi au permanganate. Grâce à cette thérapeutique prompte et énergique, on aura un notable pourcentage de succès dans une infection que la vieille médecine considérait comme au-dessus des ressources de notre art, et on atténuera la gravité d'un pronostic qui est loin d'être fatal.

(1) Welke. Uber eine bischer nicht beobachtete Art von Parasiten in einem janschiren Pleura exsudat, *Munsch. Med. Woch.*, 1898, nº 34.

(2) Voir Veillon et Zuber. *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1898.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE
(V[e] SESSION, LILLE 1899)

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. S. Bernheim présente une **étude expérimentale et clinique de la digitale.** Après avoir exposé l'historique et le côté botanique de la question, l'auteur étudie, dans ses moindres détails et sous toutes les faces, l'action physiologique de la digitale sur les voies digestives, sur les organes de la circulation, sur le système nerveux, et il termine cette première partie de son étude en disant que la physiologie, par ses données contradictoires, ne permet pas de limiter nettement le champ d'action de la digitale. Cliniquement, on peut conclure que c'est un médicament cardio-vasculaire, tonique à la fois du cœur et des capillaires généraux. A doses modérées, la digitale ralentit les battements du cœur, les régularise, augmente l'énergie des systoles et la tension artérielle. A doses toxiques, elle a des effets contraires : arythmie cardiaque, paralysie circulatoire.

Suivant M. Bernheim, la digitale est indiquée : 1° dans l'hyposystolie ; elle réussit d'autant mieux que le cœur et les vaisseaux sont moins sclérosés ; 2° comme diurétique, quand il y a hydropisie ou œdème, mais il faut supprimer le médicament dès la diurèse obtenue ; 3° dans l'albuminurie cardiaque ; 4° dans les pneumonies franches, grippales, typhoïdiques, dans les congestions pulmonaires. Elle donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est administrée plus près du début de l'affection ; 5° l'administration de la digitale doit être surveillée de près par le praticien dans la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la grippe, l'influenza et dans d'autres infections. Dans ces cas, on ne doit jamais prolonger son emploi.

La digitale est franchement contre-indiquée :

1° Dans les périodes de compensation des affections cardiaques ou lorsque cette compensation est exagérée ; 2° dans les cas où il y a ralentissement du pouls ; 3° dans les troubles cardiaques d'origine gastro-intestinale ; 4° chez certains sujets présentant pour le médicament une intolérance spéciale ; 5° dans la tuberculose (sauf complications cardiaques) et dans la plupart des maladies cachectiques.

Dans une deuxième communication sur **le cœur chez les phtisiques,** *M. S. Bernheim* rappelle qu'un tuberculeux peut présenter deux sortes de lésions du cœur : 1° des désordres organiques non bacillaires ; 2° des lésions spécifiques.

Les lésions non spécifiques sont : l'atrophie, l'hypertrophie, la dilatation du cœur droit, la dégénérescence graisseuse et la surcharge graisseuse, l'abaissement de la tension artérielle, la tachycardie.

Les lésions spécifiques sont : la péricardite tuberculeuse, l'endocardite tuberculeuse, la myocardite tuberculeuse.

L'auteur conclut que :

1° L'atrophie est un signe pouvant exister avant l'infection ou se produire par suite de la cachexie tuberculeuse. Elle n'est pas plus fréquente chez les sujets à tare héréditaire que chez les sujets indemnes. Elle ne constitue pas un état de réceptivité, mais au cours de la phtisie, il faut la considérer comme un symptôme grave, car elle met le phtisique en état d'infériorité de défense.

2° L'hypertrophie est due à des complications, c'est un indice de cachexie lente.

3° La dilatation du cœur droit est fréquente ; elle se caractérise quelquefois à l'auscultation par des signes d'insuffisance tricuspidienne.

4° La dégénérescence graisseuse est très rare. La surcharge graisseuse, impossible à diagnostiquer, est grave ; elle peut entraîner la mort subite.

5° L'abaissement de la tension artérielle est un des signes précoces et presque constants de la tuberculose. Le relèvement de cette tension, chez un tuberculeux manifeste, est un signe d'amélioration et fait entrevoir que le malade est curable.

6° La tachycardie assez fréquente dans la tuberculose est un signe de probabilité et non de certitude ; elle a une valeur diagnostique relative, mais dont il ne faut pas exagérer l'importance ; elle est d'autant plus grande qu'elle apparaît plus tôt.— Les tuberculeux tachycardiques doivent être soignés par le repos et la cure d'air ; on devra éviter la suralimentation, surtout quand les émonctoires naturels ne fonctionnent pas d'une façon très active.

7° Les cardiopathies spécifiques sont toujours accompagnées d'autres lésions bacillaires connues ou inaperçues. — Leur diagnostic est à peu près impossible.

Seule la coexistence d'autres localisations de la tuberculose pourra les faire soupçonner. Elles ne comportent pas de traitement spécial.

8° Il n'existe aucun antagonisme entre les cardiopathes de la tuberculose.

MM. Grasset et *Vedel* (de Montpellier) rappellent (1) les résultats qu'ils ont obtenus pour le **diagnostic précoce de la tuberculose humaine, avec de faibles doses de tuberculine.**

Convaincus de l'innocuité, de la valeur et de l'importance diagnostique de l'épreuve de la tuberculine, les auteurs ont continué leurs recherches et apportent vingt-huit faits nouveaux qui confirment et précisent leurs premières conclusions.

La tuberculine dont ils se sont servis, fournie par M. Borrel, tuait le cobaye tuberculeux de un mois à un mois et demi à la dose de 4 milligrammes. Elle a été employée chez l'homme à la dose de 1 à 2, rarement 3 décimilligrammes.

Pas plus dans cette nouvelle série que dans la première, il n'y a eu d'accidents. Au niveau du point piqué, on observe parfois une douleur assez vive, un peu de rougeur et de tension locale, mais tout cela disparaît vite par le simple repos du lit.

Au niveau des lésions tuberculeuses, les auteurs n'ont pas constaté de modifications sensibles dans les phénomènes d'auscultation ; sur un lupus de la face, un mouvement congestif passager a été observé avec 2 décimilligrammes.

(1) Grasset et Vedel. Acad. de méd. 26 fév. 1896, n° 17.

On peut poser en principe qu'on peut demander à la tuberculine l'épreuve diagnostique sans provoquer chez le malade d'autre effet important que la réaction thermique ; il suffit pour cela d'employer des doses suffisamment faibles.

Les phénomènes généraux consistent en douleurs de tête, anorexie, insomnie, courbature musculaire, et peuvent s'observer en dehors de toute réaction thermique. Ils sont passagers et non constants. La réaction thermique ne peut être comptée comme ayant une valeur diagnostique que si elle dépasse.

1° Suivant que l'injection de tuberculine a été suivie ou non de réaction thermique, MM. Grasset et Vedel ont envisagé deux séries de faits.

Dans une première série, l'épreuve de la tuberculine s'est montrée quatorze fois ; et onze fois l'évolution clinique a confirmé le résultat expérimental. Dans trois cas cependant de pthisie pulmonaire, la réaction s'est montrée négative.

Ces cas très avancés, confirment leur conclusion de 1896, à savoir : que l'épreuve de la tuberculine se montre négative non seulement chez les non tuberculeux, mais encore chez les trop tuberculeux (accoutumance). D'où la règle de ne pas tenter l'épreuve quand la tuberculose est démontrée, notamment par la présence de bacilles dans les crachats.

La tuberculine doit rester le réactif électif des tuberculoses commençantes, fermées, cachées.

Dans une deuxième série, l'épreuve de la tuberculine s'est montrée positive dans 14 cas. Sur ces 14 cas positifs on en trouve d'abord 16 ayant réagi à un demi, un ou deux décimilligrammes et dans lesquels la tuberculose a été ultérieurement démontrée, 4 cas pour lesquels la tuberculose est très probable sans être absolument démontrée, enfin quatre autres faits de réaction positive pour lesquels le diagnostic ultérieur reste hésitant.

En conclusion : 1° L'épreuve de la tuberculine doit être réservée aux cas suspects ou douteux pour lesquels la clinique et le laboratoire ne fournissent pas de signes de certitude nosologique ;

2° Les faibles doses, les seules qu'il faut employer, ne donnent rien dans les tuberculoses avancées ;

3° Le sujet à éprouver doit être apyrétique, mis au repos, et la température doit être relevée toutes les trois ou quatre heures ;

4° La solution aqueuse de tuberculine, dosée à 1 décimilligramme par centimètre cube, sera préparée aseptiquement, employée fraîchement et doit être d'une limpidité parfaite ;

5° L'élévation thermique observée doit dépasser nettement 1° pour être considérée comme positive et démonstrative ; le maximum atteint ordinairement 1°5 à 2 degrés jusqu'à 3 degrés ;

6° On commencera par la dose de 1 décimilligramme pour recommencer à 2 décimilligrammes si les premiers résultats sont nuls ou incertains, avec nécessité dans chaque travail de contrôle de bien définir la tuberculine employée ;

7° D'une façon générale, la réaction thermique commence de douze à quarante-huit heures, le maximum étant compris entre vingt et trente heures.

Il est dès lors préférable de faire l'injection le soir vers cinq heures afin de pouvoir mieux suivre la réaction le lendemain.

On peut observer aussi des réactions plus tardives;

8° Les injections de tuberculine faites suivant les règles énoncées constituent un moyen inoffensif et très important de diagnostic précoce de la tuberculose humaine.

De l'analyse d'un certain nombre d'observations, *M. Berlioz* (de Grenoble) a pu, au point de vue de la nutrition dans la tuberculose, dégager les conclusions suivantes :

Les matériaux solides de l'urine subissent une légère diminution dans la tuberculose pulmonaire. Cette diminution n'est vraiment sensible qu'à la troisième période. L'urée est diminuée dans 68 p. 100 des cas. La diminution est peu sensible à la première période ; assez marquée à la seconde (21 grammes au lieu de 30 grammes) ; plus marquée à la troisième (18 grammes). Les chlorures varient peu. Les phosphates diminuent légèrement. Le coefficient azoté (rapport de l'urée aux matériaux solides) est abaissé, surtout à la seconde période (39 p. 100 au lieu de 47 p. 100). Le coefficient d'oxydation est également abaissé, surtout à la première période (83 p. 100 au lieu de 88 ou 94 p. 100).

Tous ces faits tendent à démontrer une nutrition ralentie.

En ce qui concerne l'influence des sérums médicamenteux, l'auteur rappelle qu'il a expérimenté avec du sérum naturel de bœuf additionné d'extraits glycérinés de testicule, foie, rate, cerveau, poumons et de phosphite de gaïacol.

Les analyses d'urine des malades soumis à ce traitement donnent les conclusions suivantes :

Chez les malades dont le taux des matériaux solides et de l'urée est supérieur à la normale, ce taux est abaissé. Chez les malades dont le taux est inférieur à la normale, il est relevé. Chez ceux qui ont un taux à peu près normal, l'effet est presque nul. Il s'ensuit que les sérums ont surtout pour effet de régulariser la nutrition. Cette influence se traduit par l'augmentation de poids des malades, augmentation déjà signalée et parfois énorme.

L'amélioration réelle de l'état général a naturellement sa répercussion sur les lésions locales et les symptômes accessoires : expectoration, toux, sueurs, inappétence, perte de sommeil.

Depuis plusieurs années déjà, *MM. Combemale* et *Mouton* (de Lille), pénétrés de la nécessité d'un **diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire**, si l'on veut pouvoir quelque chose d'efficace contre elle, ont dirigé leurs recherches vers la sérothérapie.

Dans ce but, en 1896, après M. le professeur Grasset, l'un d'eux, en collaboration avec M. Raviart, étudia les services que la tuberculine pouvait rendre chez les tuberculeux débutants.

Mais les difficultés du maniement de la tuberculine, ses variations dans les résultats, en particulier si la solution n'en est pas très fraîchement préparée et les quelques accidents éruptifs à craindre qui effraient les malades, le firent renoncer à dépister de parti pris la tuberculose par cet agent. Nous la tenons néanmoins pour un moyen assez sûr, quoique peu pratique pour le but à atteindre.

Toujours préoccupés de cette question dans une région où abondent les tuberculeux, les auteurs ont cru trouver dans l'injection de la solution saline, appelée **sérum artificiel** chirurgical, le moyen efficace de diagnostic précoce tant recherché.

Des recherches d'Hutinel, de Lesage avaient montré que les solutions salines élevaient la température chez les enfants tuberculeux. Sirot vint ensuite, qui généralisa le fait et voulut en faire, en quelque sorte, la pierre de touche de la tuberculose méconnue ou latente ; mais le contrôle que Carrieu et Ardin, Fraikin et Bisard firent subir aux affirmations du médecin de Beaune, les réduisirent à néant.

MM. Combemale et Mouton ont néanmoins, eux aussi, entrepris quelques recherches.

Pendant une année entière, à la clinique médicale de l'hôpital de la Charité, ils ont creusé le problème du diagnostic précoce de la tuberculose, soit par l'injection sous-cutanée de sérum artificiel seul, soit par le sérum et la tuberculine se contrôlant réciproquement à quelques jours de distance. Les malades furent suivis au dehors, quelques-uns revus dans les salles durant les six mois qui suivaient l'inoculation ; le problème était donc serré le plus près possible.

Trente observations sur une centaine méritent d'être retenues, parce que les conditions de l'expérimentation furent plus particulièrement sérieuses.

L'expérimentation chez le cobaye avait été tentée, mais il fallut renoncer à ce moyen d'élucider la question : les températures initiales, si inégales chez le cobaye sain, recevaient, d'autre part, de l'injection sous-cutanée d'eau pure, le même coup de fouet que lorsque du sérum avait été injecté ; pour le cobaye récemment tuberculisé il en était de même.

« Nous injections 20^{cc} de sérum salé (chlorure de sodium 7 ; phosphate de soude 1 ; eau distillée aseptique 1,0) dans le flanc, puis on prenait toutes les heures la température de l'aisselle, nous disons de l'aisselle et non du rectum, les différences restant, dans les deux cas, proportionnelles entre elles, et cela ne pouvant nous être imputé à un vice d'expérimentation, on obtenait ainsi, en comparant ces températures avec celles qu'on avait soigneusement notées deux à quatre jours de suite avant l'injection, le matin et le soir, des résultats variables, que la lecture aride des trente observations n'éclairerait pas en ce moment.

Mais voici les conclusions que nous tirons de ces recherches :

1° L'injection de sérum artificiel est inoffensive, quoi qu'on en ait dit ; de congestion notable périphérique chez des tuberculeux diagnostiqués par les moyens cliniques habituels, nous n'en avons pas observé.

2° L'injection de sérum artificiel est d'un emploi clinique facile, commode, les résultats ne se font pas attendre dans le cas de diagnostic hésitant : une seringue, du sérum en petite quantité, un thermomètre, avec ces instruments la tentative peut être réalisée.

3° L'injection de sérum artificiel n'est pas un moyen sûr, infaillible, de diagnostiquer la tuberculose. Chaque fois que les moyens cliniques habituels (symptômes et signes) révélaient la tuberculose pulmonaire, le sérum artificiel injecté élevait la température. Mais s'il y avait hésitation de par les signes stéthoscopiques, semblable hésitation se présentait par le double réactif de la tuberculine, puis du sérum, l'un affirmant la tuberculose, l'autre restant indifférente ; plusieurs observations d'emphysème avec tuberculose se sont comportées de la façon que nous venons de dire sans que le diagnostic en ait tiré de l'éclaircissement.

Quant à diagnostiquer la tuberculose au début, dans les cas cliniquement probables, c'était tantôt une réaction positive, tantôt une réaction négative que donnait le sérum, sans que la raison ait pu nous être dévoilée par l'étude approfondie des conditions spéciales à chaque sujet.

Aucun fondement ne peut donc être assuré sur l'emploi du sérum artificiel dans le but de diagnostiquer la tuberculose.

4° Il y a plus, il peut induire en erreur : un pneumoconiotique à expectoration abondante et épaisse, à crachats nummulaires purulents, non striés de sang, dans lesquels plus de dix examens différents n'avaient pu déceler le bacille accusateur de la tuberculose, alors que l'anthracose y était très accusée, réagit cependant au sérum d'une façon considérable.

Ce fait et quelques autres qui se caractérisaient par une cachexie par déminéralisation, emphysème et bronchite abondante, grippe suivie de tuberculose au début donnèrent lieu aussi à de vives réactions; de sorte que les auteurs sont portés à croire que la réaction par le sérum à petites doses est la réaction de déminéralisation plutôt que la réaction de la tuberculose.

5° La suggestion n'intervient nullement, car les malades ont toujours été tenus dans l'ignorance du but dans lequel était pratiquée l'injection.

La conclusion finale est que le sérum salé donne, non pas une preuve irréfutable, mais une présomption très forte dans le cas de tuberculose ouverte ou de quelque durée, quoique fermée. Lorsqu'une contre-épreuve à la tuberculine est confirmative de la réaction par le sérum, l'affirmative s'accroît encore jusqu'à la certitude. Mais le premier, sans le second moyen, n'a pas la valeur qu'on lui avait attribuée jusqu'ici. »

M. Desprez (de Saint-Quentin) fait ensuite une communication sur **l'application du chloroforme sous différentes formes du traitement de la tuberculose.** — Le bacille de Koch s'implante et se développe dans le poumon d'autant plus facilement que l'organisme est plus affaibli. Il y a donc, pour le traitement, obligation absolue de soigner l'hygiène et de réconforter l'organisme par une alimentation substantielle.

Ce mode de traitement suffit d'ordinaire pour prévenir le développement de la tuberculose; mais, pour la guérison des personnes déjà atteintes de la tuberculose, le traitement général devra être doublé d'un traitement antibacillaire puissant et continu.

Ce traitement antibacillaire consiste dans l'emploi bien ordonné du chloroforme sous ses différentes formes, et surtout sous forme d'inspirations méthodiques et très inoffensives.

Le poumon étant un organe essentiellement perméable à l'air, recevant une quinzaine de fois par minute une nouvelle inspiration d'air, on conçoit facilement que si l'air est additionné plusieurs fois par jour d'une quantité de vapeurs infinitésimales et antibacillaires de chloroforme, il devient un mode de traitement des plus puissants et des mieux tolérés.

Il est bien entendu que le chloroforme sera, en outre, employé en boissons, en pulvérisations à doses inoffensives, comme l'auteur l'a déjà indiqué dans son mémoire de 1891, présenté au Congrès pour l'étude de la tuberculose.

La désinfection intermittente des appartements, pendant qu'ils sont inoccupés, au moyen de vapeurs d'aldéhyde formique et du formochlorol, constitue aussi un puissant moyen de guérison.

MM. Ausset et *Derode* (de Lille) rapportent un cas intéressant **d'hémorragies gastro-intestinales et scrotales chez un nouveau-né d'un mois.** Il s'agit d'un enfant qui, trente-deux jours après sa naissance, présenta une hémorragie absolument incoercible au niveau d'une excoriation insignifiante du scrotum. Le lendemain apparaissaient des hématémèses et du melæna. L'enfant mourut rapidement. A noter que ce malade est le neuvième enfant de la famille; les huit autres ont succombé très prématurément. Les auteurs, après avoir discuté le diagnostic, recherchant la cause de ces hémorragies, s'arrêtent à l'hérédo-syphilis qui aurait amené une endo-péri-artérite généralisée. Ces hémorragies gastro-intestinales sont très rares; quant à l'hémorragie scrotale, les auteurs n'ont retrouvé aucun cas analogue.

Parrot et quelques autres auteurs ont montré qu'il pouvait se déposer, peu après la naissance, dans le rein des enfants, de la poussière uratique, sous forme de stries jaunâtres dans les pyramides. *M. Comby* a procédé à des recherches systématiques dans son service, à l'autopsie des enfants morts dans ces derniers mois. Dans 48 cas (13 garçons, 17 filles), il a trouvé des dépôts uratiques évidents. Dans 11 cas, il s'agissait d'enfants âgés de trois jours, à trois mois; dans 17 cas, de trois mois à dix-sept mois; dans 18 cas, de six mois à douze mois; dans 2 cas, de douze mois à vingt-quatre mois. Plus l'enfant est jeune, plus fréquents sont les dépôts uratiques.

Cette **lithiase rénale chez le jeune enfant** n'est ni d'origine arthritique, ni héréditaire; elle est acquise, et acquise du fait de la mauvaise alimentation, d'une hygiène défectueuse, de la misère physiologique. Le sevrage précoce, l'athrepsie, les affections gastro-intestinales sont autant de causes d'appel. Les infarctus uriques se déposent tantôt en stries jaunâtres, en éventail, sur la coupe des pyramides : c'est là le premier degré et souvent le dernier; tantôt, au contraire, cette poussière uratique, au lieu de disparaître, persiste; les cristaux s'agglomèrent dans le rein pour former des graviers et des calculs lenticulaires durs.

Les sables, les graviers, s'écrasent facilement, les calculs sont indestructibles. Quelquefois ces calculs peuvent devenir le centre d'autres pierres vésicales. Dans 21 cas, il n'existait que du sable urique; dans 30 cas, il s'agissait de calculs véritables; dans 17 cas, la vessie contenait, en même temps que le rein, du sable ou des graviers. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que de l'hydronéphrose ou des lésions inflammatoires du côté des calices ou du bassinet ont pu être observées.

La symptomatologie de la lithiase rénale chez l'enfant se réduit à peu de choses. Souvent l'examen des langes de l'enfant permettra de constater la présence de fines poussières uratiques, les cris de l'enfant pourront éveiller l'attention, les convulsions dans quelques cas pourront être sous la dépendance de la lithiase.

Les complications sont rares, mais peuvent se manifester par de la rétention d'urine, de la dyspnée, de la pyonéphrose.

Si la lithiase rénale chez les enfants est pauvre en symptômes, le pronostic lointain doit être réservé; le traitement de choix est la substitution de l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel, ou du lait stérilisé, au lait bouilli; chez les enfants sevrés, il suffira, pour faire disparaître les accidents, d'instituer le traitement lacté absolu.

MÉDECINE PRATIQUE

De quelques usages de la levure de bière en thérapeutique (1).

M. Beylot, dans sa thèse (2) sur *la levure de bière dans le diabète sucré*, étudiant *in vitro* la puissance, au point de vue de la fermentation, de la levure de bière, concluait que l'acide chlorhydrique, au titre du suc gastrique normal, favorisait la fermentation ; le bicarbonate de soude, à un titre alcalin voisin de celui du milieu intestinal, n'avait aucune action sur la levure. Enfin, l'auteur constatait que la fermentation ne subissait aucune modification en présence du suc gastrique provenant de fistules stomacales. Des expériences faites sur le chien montraient que la levure agit aussi bien sur les sucres, produits par diastase aux dépens des hydrocarbonés, que sur la glucose industrielle, et l'auteur concluait que c'était en s'attaquant au sucre ainsi formé que la levure de bière faisait diminuer, d'une manière notable, la glycosurie alimentaire, provoquée chez l'animal. Cette action de la levure se prolongeait pendant plusieurs jours, le saccharomyces s'accumulant dans l'intestin.

Des essais tentés chez des diabétiques donnèrent des résultats très encourageants : sous l'influence de la levure de bière administrée à la dose de une à trois cuillerées, les malades augmentaient de poids et reprenaient leurs forces ; la quantité de sucre éliminée dans les vingt-quatre heures diminuaient d'une façon notable.

M. M. Cassaet et M. Beylot, dans un travail récent (3), concluaient que la levure de bière, si elle n'était pas un médicament du diabète, n'en rendaient pas moins grand service aux malades, puisqu'elle permettait d'introduire des féculents dans l'alimentation du diabétique en détruisant le sucre au fur et à mesure de sa production. Ils conseillaient l'emploi de la levure de bière à la dose de 30 gr. par jour (deux à trois cuillerées à bouche) mélangées dans du vin blanc, ou mieux dans de la bière, en suspendant l'absorption du remède pendant quelques jours de temps en temps.

Le traitement réussit surtout chez les diabétiques dont le sucre provient de l'alimentation ; il donne de moins bons résultats chez ceux dont la glycosurie persiste, malgré un régime azoté absolu, la levure agissant sur le sucre introduit dans l'économie par l'alimentation, mais restant sans effets sur celui que les malades fabriquent aux dépens de leurs tissus.

Le seul inconvénient de la levure de bière est de causer, comme nous l'avons vu dans un précédent article, des pesanteurs d'estomac, de provoquer des éructations et parfois un peu de diarrhée. Mais ces inconvénients ne sont, en somme, que peu de chose, en comparaison de l'amélioration de l'état général que procure aux diabétiques l'emploi de la levure de bière.

Dans un tout autre ordre d'idées, M. Landau (de Berlin), se basant sur les effets de la levure de bière, tels que M. Brocq les constate, a eu l'idée d'appliquer cet agent thérapeutique au traitement de la leucorrhée vaginale. On sait les difficultés que l'on éprouve le plus souvent dans le traitement des fleurs blanches, et le peu de succès que l'on obtient par les divers astringents et antiseptiques. La levure de bière devait-elle donner de meilleurs résultats? Sur quarante cas de leucorrhée qu'il a eu l'occasion de traiter ainsi, la plupart chroniques ou d'origine gonococcique, M. Landau a obtenu une guérison *rapide, complète et durable* dans plus de la moitié des cas. Dans une deuxième catégorie de cas, l'écoulement s'est reproduit, sans qu'il soit possible d'établir s'il était dû à une récidive ou à une réinfection ; dans un troisième groupe il n'a obtenu qu'une amélioration. Chez un très petit nombre de catarrhes chroniques et chez tous les catarrhes aigus, l'insuccès a été complet.

On voit, par ce court exposé, quels sont les avantages que l'on peut tirer de l'emploi de la levure dans les écoulements vaginaux chroniques, contre lesquels le praticien se trouve souvent si mal armé.

Voici, d'après la *Semaine médicale*, le manuel opératoire de M. Landau :

Il consiste à injecter dans le cul-de-sac vaginal, au moyen d'une seringue en verre ordinaire et à travers le spéculum, de 10 à 20 centimètres cubes de levure de bière fraîche, délayée dans de la bière jusqu'à consistance sirupeuse, puis d'introduire un tampon vaginal, muni d'un fil, qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. Chez les vierges, l'injection est pratiquée à travers l'orifice hyménéal. On répète les injections tous les deux ou trois jours. La durée du traitement varie d'une à plusieurs semaines.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 843
(2) Th. de Bordeaux, 1896.
(3) *Bull. méd.*, 15 déc. 1897.

FORMULAIRE

Contre la migraine (Leyden).

Extrait fluide de coca	30 grammes.
Bicarbonate de soude	2gr50
Vin de Xérès.	10 —
Eau de mélisse	100 —
Huile douce de cèdre? (oleo-saccharato)	5 —

Trois cuillerées par jour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 13 août 1899, MM. les docteurs Collet, sujet belge, et Thyffen, sujet néerlandais, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Statistique. — Mortalité à Paris du 6 au 12 août. Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 32e semaine, 926 décès, chiffre notablement inférieur à celui de la semaine précédente (1114), mais encore supérieur à la moyenne ordinaire des semaines d'août (876). La fièvre typhoïde et la rougeole sont à l'état stationnaire ; les autres maladies épidémiques sont rares. Les cas de maladie par fièvre typhoïde se sont abaissés de 232 à 180.

La fièvre typhoïde a causé 31 décès (même chiffre que la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7) ; la rougeole 22, chiffre identique à celui de la semaine précédente; la scarlatine 2, au lieu de la moyenne 3; la coqueluche 8, au lieu de la moyenne 7, et la diphtérie 4, au lieu de la moyenne 8. Il n'y a eu aucun décès par variole pendant les cinq dernières semaines ; la diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 171 décès d'enfants de 0 à 1 an, au lieu de 174 pendant la semaine précédente, et au lieu de 122, moyenne ordinaire de la saison ; la phtisie a causé 124 décès, au lieu de la moyenne, 163. Il y a eu 10 suicides et 20 autres morts violentes.

La peste en Portugal. — A Oporto, on a constaté qu'en moyenne la mortalité, parmi les personnes atteintes de la peste était de 40 p. 100. Hier, il y a eu 3 cas et 1 décès.

Les journaux disent que le laboratoire bactériologique de Lisbonne a consulté l'Institut Pasteur à Paris. Celui-ci a confirmé que le microbe de l'épidémie est bien celui de la peste.

— Le conseil sanitaire de Madrid a décidé de soumettre à la quarantaine les provenances de tous les ports du Portugal ; d'établir cinq lazarets à la frontière et, en attendant que ces lazarets soient installés, d'interrompre totalement toute communication entre l'Espagne et le Portugal, tant pour les voyageurs que pour les marchandises. Le ministre de la guerre va donner des ordres pour faciliter le recrutement du personnel et

du matériel sanitaires nécessaires, afin que le service des lazarets soit assuré d'une façon complète. (*Agence Havas.*)

Les bains hygiéniques à Lyon. — Le succès des bains-douches populaires dans notre ville a dépassé toutes les prévisions, même les plus optimistes. La statistique des baigneurs pendant le mois de juillet, qui est le premier de l'exploitation, en fait foi, et encore importe-t-il de bien remarquer qu'il ne s'agit ici que de quatre chalets mis à ce jour en exploitation. La progression a été constante et des plus accusées : de 1464 visiteurs pendant la première semaine, nous sommes arrivés à 2882 dans la deuxième, 4007 dans la troisième et 3592 dans la quatrième.

Ce qui nous a le plus frappé et quelque peu étonné, c'est le grand nombre de femmes qui ont recours au nouveau mode de balnéation; nous avons craint de leur part une certaine répugnance et nous avions tort. (*Lyon méd.*)

Ainsi, sur un total de 11 925 bains par aspersion donnés dans le mois de juillet, nous comptons 7709 hommes, 3152 femmes et 1064 enfants.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Mauricet (de Vannes).

Thérapeutique clinique de la fièvre typhoïde, par le docteur O. MARTIN. 1 vol. petit in-8° (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA ROUGEOLE (1)

Par le docteur CAZAL.

On pensait autrefois que la rougeole n'était contagieuse qu'au moment de l'éruption et de la desquamation. S'il en était ainsi, à cette période le diagnostic étant le plus souvent facile, la prophylaxie serait bien simplifiée. En isolant l'enfant aux premières manifestations de l'exanthème, on le mettrait à peu près sûrement dans l'impossibilité de transmettre sa maladie.

Nous savons, au contraire, que c'est surtout à la période d'invasion que la rougeole est dangereuse. La contagion réside principalement dans les sécrétions des muqueuses, bien plus que dans les produits exanthémateux. Ce sont les mucosités desséchées, les crachats, les sécrétions lacrymales et nasales qui, transportées de façons diverses, pourront contagionner — à une faible distance — des enfants indemnes. Le moment le plus dangereux serait, d'après Bard, l'avant-veille de l'éruption, alors que les phénomènes catarrhaux sont très accusés. La contagiosité diminue peu à peu, se maintient encore, mais à un degré bien moindre, pendant l'éruption, pour disparaître complètement avec cette dernière. A la période desquamative, on peut donc, sans crainte, rendre aux enfants leur liberté.

On voit par là combien est peu efficace la précaution, que l'on prend dans les familles, d'éloigner les autres enfants quand l'un d'entre eux est atteint de rougeole. Il est déjà beaucoup trop tard, car ils sont alors en pleine incubation et iront eux-mêmes répandre au loin la contagion.

Pour être efficace, l'isolement doit être effectué aux premiers signes de catarrhe. Il est donc de la plus haute importance de pouvoir dépister la rougeole tout à fait au début de la période d'invasion ou d'énanthème, c'est-à-dire de distinguer d'un rhume ordinaire le coryza et la conjonctivite prémonitoires de la rougeole. Rien dans ce catarrhe oculo-nasal n'est caractéristique, et si on n'est pas mis en garde par une épidémie existante, le plus souvent on ne prendra aucune mesure prophylactique.

Il existe cependant un certain nombre de signes qui, contemporains de ces phénomènes inflammatoires du larynx, du nez et des yeux, peuvent faire affirmer l'invasion de la rougeole ; grâce à eux, on peut la dépister deux jours au moins avant l'éruption. Mais ces signes doivent être recherchés avec soin, car il faut y penser pour les trouver.

Les voies respiratoires ne sont pas les seules touchées par l'énanthème, la bouche et le pharynx y participent également. La muqueuse buccale, le voile du palais, la muqueuse pharyngée sont rouges, tuméfiés ; les gencives surtout sont gonflées, sans être saignantes, souvent recouvertes d'un enduit pultacé facilement détachable. Cette *stomatite érythémato-pultacée*, signalée par Comby (1), est presque constante ; le plus souvent, elle apparaît deux jours avant l'éruption et dure autant qu'elle. « Sans doute, dit Comby, elle n'est pas propre à la rougeole, on la retrouve dans la scarlatine, dans la grippe et dans d'autres maladies aiguës. Mais elle manque dans la rubéole et les érythèmes morbilliformes pathogénétiques, et elle peut être utilisée pour éliminer les fausses rougeoles. L'énanthème gagne tout le pharynx, envahit les trompes d'Eustache et l'oreille moyenne, les cellules mastoïdiennes, etc. Cette propagation nous explique la fréquence des otites, des mastoïdites, des perforations du tympan rencontrées si souvent au cours ou à la suite de la rougeole. »

Le voile du palais présente souvent, un ou deux jours avant l'éruption, un érythème tacheté, un *pointillé rouge* qui, d'après Sevestre et d'Espine, est caractéristique de la rougeole.

Un autre signe, encore plus important, est fourni par les *taches de Koplik* qui seraient presque constantes, puisque, d'après Combe (de Lausanne), on les rencontrerait dans 95 p. 100 des cas, déjà trois jours avant l'éruption, sur la surface interne des joues et des lèvres. Cet énanthème buccal est constitué par des efflorescences blanc bleuâtre de 2 à 6 millimètres de diamètre et entourées d'une auréole inflammatoire. Ces éléments de six à dix en général, quelquefois davantage, commencent le plus souvent trois jours avant l'éruption et disparaissent le jour ou le lendemain de l'apparition de l'énanthème.

Toutes les muqueuses sont atteintes plus ou moins par l'énanthème, celles des organes génitaux, du tube digestif, comme celles des organes des sens. D'après un médecin italien, Bolognini, le péritoine même serait touché, et dès le

(1) *Ann. de la policlin. de Toulouse*, 1899, p. 92.

(1) *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher-Comby-Marfan), art. ROUGEOLE.

début, par une palpation méthodique, on trouverait un *froissement péritonéal* très léger, neigeux. Mais ce phénomène paraît être de peu d'importance, car, suivant Combe, c'est l'intestin et non le péritoine qui en est le siège, et il est commun à toutes les diarrhées.

Au moyen de ces divers signes que nous venons de passer en revue, on doit pouvoir, dans la majorité des cas, reconnaître la rougeole à sa période d'invasion, ce qui est d'une grande utilité au point de vue prophylactique, puisque c'est à ce moment qu'elle est le plus dangereuse.

Mais la rougeole n'est-elle pas déjà contagieuse pendant la période d'incubation? Combe incline à le croire. Il a vu plusieurs fois des enfants isolés six jours avant l'éruption se contagionner; il en conclut que, pendant les derniers jours de l'incubation, le varioleux est déjà contagieux par le catarrhe oculo-nasal qui commence. Ce qui donnerait donc toute garantie, ce serait l'isolement avant même la période énanthématique, pendant l'incubation qu'aucun symptôme morbide ne peut faire soupçonner.

Combe (1), dans un travail remarquable, vient d'apporter un appoint considérable pour le diagnostic précoce de la rougeole. Des études sur les modifications du sang lui ont permis de démontrer que, pendant la période d'incubation, le rougeoleux présente une *hyperleucocytose* considérable qui atteignait son maximum quatre ou cinq jours avant l'énanthème; qu'à partir de ce moment, le nombre des globules blancs diminuait progressivement, et qu'à cette hyperleucocytose faisait suite une *hypoleucocytose* manifeste durant les deux derniers jours de l'invasion et toute la période d'éruption. Ainsi, chez un enfant de trois ans (leucocytose normale : 11000), le nombre des globules blancs, quatre jours avant la période énanthématique, atteignait plus de 34000 pour descendre le deuxième jour de l'éruption à 5000. Cette hyperleucocytose n'est pas spéciale à la rougeole; mais ce qui lui est bien spécial, c'est qu'elle apparaît à la période d'incubation sans aucun symptôme morbide, tandis que dans les autres maladies c'est seulement à la période d'état qu'elle existe, accompagnée de tout le cortège habituel de ces affections.

Sans doute, ce signe ne peut être recherché que chez un enfant suspect ayant été en contact avec un rougeoleux; c'est dire que ce moyen d'investigation pourra être surtout utilisé dans les hôpitaux, dans les policliniques ou encore dans les milieux scolaires surveillés par un médecin. Dans ce cas-là, cette hyperleucocytose de la période d'incubation peut être un indice précieux, car si les mesures d'isolement pouvaient être prises avant que la contagion soit possible, une épidémie serait rapidement circonscrite.

(1) Combe. Nouveau signe de la rougeole à la période d'incubation, *Arch. de méd. des enfants*, juin 1899.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE
(V[e] SESSION, LILLE 1899)

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. H. Lavrand (de Lille) rappelle la grande fréquence de l'**érysipèle de la face**, qui chez certains malades, notamment chez la femme, prend une allure récidivante constituant ainsi une véritable infirmité pour les patients.

On a appelé cataménial ce genre d'érysipèle et l'on a passé condamnation. Or son apparition ne coïncide pas forcément avec les règles; d'autre part, on le rencontre parfois chez les hommes. Il faut donc chercher mieux comme dénomination.

L'auteur a constaté que les érysipèles spontanés de la face à répétition sortent habituellement des fosses nasales, soit par les fosses nasales, soit par les points lacrymaux. De là, l'idée très naturelle d'explorer les fosses nasales, et, en l'absence des lésions appréciables de ces cavités, de pratiquer l'examen du cavum pharyngé.

Comme ses observations le montrent, nous avons trouvé soit dans les fosses nasales, soit plutôt dans le cavum, des altérations de la muqueuse permettant de localiser là le point de départ fréquent des érysipèles dits de la face. Le traitement semble venir confirmer cette opinion.

L'auteur conclut que :

1° La plupart du temps les érysipèles spontanés de la face à répétition sortent des fosses nasales par les points lacrymaux ou par les narines.

2° Qu'il y ait pénétration des germes ou réviviscence des germes demeurant à l'état latent dans les tissus, le point de départ peut être dans les fosses nasales, mais beaucoup plus souvent dans le tissu adénoïdien plus ou moins altéré du cavum pharyngé.

3° Le traitement préventif et par suite curatif des érysipèles de la face à répétition consiste à soigner les fosses nasales et le pharynx, mais principalement le tissu adénoïde du cavum pharyngé, qu'il se présente sous forme de tumeurs adénoïdes, ou seulement sous forme de granulations que le médecin devra aller dénicher entre les trompes d'Eustache; on supprime ainsi une porte d'entrée favorable à la culture du streptocoque de Fehleisen.

M. M. Faure propose d'essayer de classer les différents accidents mentaux décrits sous le nom de **délire, au cours des maladies aiguës**, de la façon suivante :

1° Le délire de rêve, rêvasserie, délire onirique. Dans les cas légers il est semblable au cauchemar; à un stade plus avancé le malade a véritablement deux existences, l'une imaginaire, l'autre réelle; enfin, au degré le plus accentué, le malade ne sort plus de son rêve et y fait entrer les événements et les personnes réelles. Il existe dans cet état des hallucinations visuelles;

2° L'affaiblissement mental caractérisé par la diminution de la mémoire, de l'intelligence et de l'émotivité.

3° Enfin les idées fixes qui, bien que généralement peu stables, peuvent être assez nombreuses et assez analogues pour donner au délire une physionomie systématique généralement mélancolique.

Le nombre des altérations macroscopiques et microscopiques du cerveau rencontrés dans les cas de délire est trop grand pour qu'on puisse admettre qu'il existe une altération caractéristique.

Dans les cas observés par l'auteur et qui sont l'occasion de cette communication, il n'a rencontré, en étudiant l'écorce cérébrale par la méthode de Nisl, que des altérations cellulaires ou interstitielles banales.

Il faut faire cependant une exception pour l'altération suivante : dans quelques cas les cellules pyramidales avaient pris la forme globulaire, leur noyau était rejeté à la périphérie et le centre de la cellule était éclairci. Cette altération, que M. Faure considère comme élective, a été signalée par M. Gilbert Ballet et lui dans la confusion mentale.

On peut en conclure que le délire des maladies aiguës et la confusion mentale, qui présentent une certaine analogie

aux points de vue clinique et pathogénique, se rapprochent aussi quelquefois par les modifications anatomiques qu'ils impriment au cerveau. Les dissemblances entre ces deux états morbides restent suffisantes pour justifier leur séparation en deux espèces nosographiques distinctes; mais il s'agit d'une différence de degré et non pas de nature.

M. Joire (de Lille) rappelle que les **faux témoignages suggérés** peuvent se rattacher à trois types différents.

Le premier type a trait aux suggestions volontaires. Il se présentera quand un individu suggérera à une personne hypnotisée de donner ultérieurement un témoignage destiné à dérouter la justice.

Ce cas, s'il se présente jamais, sera forcément très rare, car il faudra d'abord un homme connaissant à fond l'hypnotisme et habile à manier la suggestion, et en second lieu un sujet tellement sensible qu'il puisse être placé rapidement et sans en avoir conscience dans un état de somnambulisme profond.

Si ce cas se présentait, les médecins qui connaissent bien l'hypnotisme sont suffisamment armés dans l'état actuel de la science pour reconnaître l'inconscience du sujet et même, le plus souvent, pour retrouver le coupable.

La seconde catégorie de faux témoignages suggérés se rapporte aux cas d'auto-suggestion. Il n'y a donc ici qu'une seule personne en cause; la suggestion qui prend sa source dans une cause antérieure quelconque, est faite et reçue à la fois par le même sujet.

Ici les cas sont nombreux, on les rencontre surtout dans les auto-suggestions que se font les hystériques.

Le troisième type, le plus important et celui sur lequel l'auteur de la communication veut surtout attirer l'attention parce qu'il est trop peu connu, est celui dans lequel un faux témoignage est suggéré d'une manière involontaire et même inconsciente.

On sait déjà combien les enfants sont disposés à reconnaître comme vrai un fait qui leur est simplement affirmé par une personne qui leur en impose. Mais ce qu'on ignore trop, c'est que beaucoup d'adultes, ne présentant dans la vie commune aucune particularité capable de les faire remarquer, sont susceptibles de se laisser suggestionner au point de croire absolument vraie une chose qui leur est involontairement suggérée sous la forme d'un simple interrogatoire. C'est ainsi qu'un homme placé dans les conditions d'un simple interrogatoire qui pourrait être fait par un juge d'instruction ou par un commissaire de police, n'hésita pas à témoigner par écrit qu'il avait été présent à la perpétration de crimes absolument fictifs. Bien plus, il reconnut le criminel dans des portraits qui lui furent présentés.

La conclusion de ces intéressantes expériences est la nécessité d'appeler l'attention de la justice et des avocats sur la possibilité de ces faux témoignages. En cas de doute, les avocats ne devront pas hésiter à réclamer l'examen mental des témoins, par un médecin compétent, au point de vue spécial de la possibilité d'une suggestion.

Le traitement du goitre exophtalmique par les injections de teinture d'iode, qui réussissent si bien dans le goitre simple, a été abandonné à cause des abcès et des phlegmons thyroïdiens qu'elles provoquaient. *M. Pitres* (de Bordeaux) a pensé à remplacer l'emploi de la teinture d'iode par celui de **l'éther iodoformé**. « Je l'injecte à la dose de 1 centimètre cube en plein goitre, et je répète l'injection tous les huit jours environ; il ne faut pas faire les injections plus rapprochées à cause de la turgescence de la glande, qui persiste pendant quelques jours. La douleur est assez vive, mais ne dure qu'une dizaine de minutes.

Très peu de temps après les premières injections, l'énervement cesse, le sommeil revient, la glande durcit peu à peu, se rétracte et enfin l'exophtalmie disparaît. Les malades conservent pendant quelque temps une certaine hyperexcitabilité du cœur, mais les battements artériels diminuent, et les sensations de palpitation disparaissent. »

L'auteur a ainsi soigné une douzaine de malades, mais 6 seulement ont été suffisamment suivis. Leur guérison s'est maintenue après plus de deux ans. 120 injections pratiquées chez ces 12 malades n'ont jamais amené aucun incident.

M. le professeur Léon Derville (de Lille) rappelle que les **tumeurs calcaires de la peau** se divisent en deux grandes classes : les ostéomes vrais et les **infiltrations calcaires.** L'origine de ces dernières est très discutée. On les a rattachées à l'infiltration calcaire de foyers inflammatoires, d'exsudats concrétés. Malherbe les a vues se produire au sein d'épithéliomas kystiques sébacés et Lewinski a cru devoir ranger son cas dans les lymphangiomes circonscrits.

Dans un fait, Unna a signalé des lésions régressives des glandes sudoripares. Telle était aussi l'altération dominante chez un des malades de l'auteur.

Il s'agit d'un tisserand de trente-neuf ans dont la santé générale était très altérée et qui présentait de larges plaques calcaires dans les deux fesses et aussi au niveau de la joue gauche. D'autres plaques plus petites siégeait au voisinage des premières.

La biopsie permit de reconnaître que l'infiltration calcaire siégeait surtout dans l'épiderme. Les lésions étaient localisées à leur maximum au voisinage des glandes sudoripares. Elles consistaient en une distension des tubes glandulaires, en un écartement des éléments du peloton glomérulaire avec nécrose et épidermisation des cellules glandulaires. De ces pelotons, la lésion avait diffusé dans le tissu cellulaire voisin et l'avait progressivement envahi. Les nerfs, surtout dans l'hypoderme, mais un peu dans le derme, présentaient des traces de périnévrite.

M. Carageorgiadès (Saint-Dizier, Creuse) a toujours observé, au déclin de toute pleurésie séro-fibrineuse aiguë *a frigore* qu'il a eu à traiter, l'apparition d'une éruption ortiée plus ou moins intense.

Cet **urticaire pleurétique** apparaît généralement au moment de la résorption de l'épanchement. Il peut siéger sur toute la surface cutanée, mais le plus souvent on le rencontre par petites ou larges plaques aux régions du tronc, de l'abdomen, aux plis de l'aine. Dans un cas son siège était exclusivement aux deux régions parotidiennes.

L'éruption suit une marche progressive; au bout de trois ou quatre jours en moyenne elle atteint son maximum d'efflorescence, reste stationnaire pendant un laps de temps analogue, puis s'efface plus ou moins rapidement. Parfois l'éruption est tellement confluente dans certaines régions du corps, qu'il ne reste pour ainsi dire pas d'espace libre, de peau saine.

En somme, l'éruption ortiée paraît proportionnelle en intensité et durée, non pas tant à la quantité de l'épanchement qu'à la rapidité de sa résorption.

L'origine de cet urticaire, que l'on ne trouve pas mentionnée dans les traités, doit être attribuée, sans doute, à

l'intoxication de l'organisme par les toxines de l'exsudat pleurétique, toxines qui sont lancées dans la circulation lymphatique pendant le travail de la résorption. C'est un urticaire toxinique semblable à celui qui survient, par exemple, à la suite d'une injection sous-cutanée d'un sérum organique.

L'auteur n'a jamais vu l'urticaire pleurétique passer à l'état chronique ou récidiver; par exemple, qu'une nouvelle pleurésie aiguë se déclare et l'urticaire ne manquera pas d'apparaître à son tour.

Mais si l'urticaire pleurétique est intéressant à connaître, c'est surtout comme élément pronostique de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë. Son apparition nette et franche constitue, en effet, d'après l'auteur un signe pronostique très favorable et d'autant plus favorable que l'efflorescence aura été plus précoce et plus intense; par contre, son apparition tardive et discrète doit faire craindre une convalescence longue, traînante, entachée de tuberculose.

On sait que quelques médecins sont peu partisans du tubage fait sans laisser un aide à demeure près du patient. Or, parmi les nombreux tubages que *M. Castelain* (de Lille) a faits soit en ville, soit à l'hôpital, il n'a jamais eu d'obstruction du tube, ni de rejet brusque. Il se rallie donc à l'emploi du tubage **dans la clientèle privée**, sans surveillance permanente, parce que, quel que soit le danger, il est toujours moins grand que celui de la trachéotomie.

M. Rispal (de Toulouse) rapporte l'observation d'un malade, atteint de **pneumonie chronique ulcéreuse**; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un de ces exemples rares de la maladie décrite par Charcot en 1860.

M. Lichwitz (de Bordeaux) lit une note sur la **disproportion entre la fréquence des empyèmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre**. D'après l'auteur, cette disproportion tient surtout aux causes suivantes :

Les empyèmes aigus, notamment ceux qui surviennent dans le cours d'une pyrexie quelconque (scarlatine, rougeole, diphtérie, influenza, etc.), passent inaperçus au milieu des symptômes généraux, tandis qu'à l'autopsie ils sont décélés. Dans les formes chroniques, la latence des symptômes qui, le plus souvent, ne se traduisent que par une hypersécrétion nasale ou rétro-nasale, n'attire point l'attention du malade. Si on ajoute enfin la difficulté du diagnostic pour les suppurations des sinus frontaux et sphénoïdaux qui ne sont pas aussi facilement accessibles au lavage explorateur que le sinus maxillaire, on ne s'étonnera plus de cette proportion qui paraît surprenante au premier abord.

MM. Daremberg et *Chuquet* (de Cannes) font une communication intéressante sur l'**influence de la fatigue sur la température des tuberculeux**, et sur l'**importance de l'instabilité thermique comme élément de diagnostic précoce et de pronostic de la phtisie pulmonaire.**

D'après *M. Berlioz* (de Grenoble), **les matériaux solides de l'urine subissent une légère diminution dans la tuberculose pulmonaire.** Cette diminution n'est vraiment sensible qu'à la troisième période. L'urée est diminuée dans 68 p. 100 des cas. La diminution est peu sensible à la première période ; assez marquée à la seconde (21 grammes au lieu de 30 grammes); plus marquée à la troisième (18 grammes). Les chlorures varient peu. Les phosphates diminuent légèrement. Le coefficient azoté (rapport de l'urée aux matériaux solides) est abaissé, surtout à la seconde période (39 p. 100 au lieu de 47 p. 100). Le coefficient d'oxydation est également abaissé, surtout à la première période (83 p. 100 au lieu de 88 ou 94 p. 100).

Tous ces faits tendent à démontrer une nutrition ralentie.

En ce qui concerne l'influence des sérums médicamenteux, l'auteur rappelle qu'il a expérimenté avec du sérum naturel de bœuf, additionné d'extraits glycérinés de testicule, foie, rate, cerveau, poumons et de phosphite de gaïacol. Les analyses d'urine des malades soumis à ce traitement donnent les conclusions suivantes :

Chez les malades dont le taux des matériaux solides et de l'urée est supérieur à la normale, ce taux est abaissé. Chez les malades dont le taux est inférieur à la normale, il est relevé. Chez ceux qui ont un taux à peu près normal, l'effet est presque nul. Il s'ensuit que les sérums ont surtout pour effet de régulariser la nutrition. Cette influence se traduit par l'augmentation déjà signalée et parfois énorme.

L'amélioration réelle de l'état général a naturellement sa répercussion sur les lésions locales et les symptômes accessoires : expectoration, toux, sueurs, inappétence, perte de sommeil.

M. E. Rondot (de Bordeaux), étudiant les **manifestations initiales de la tuberculose pulmonaire dans la région du hile**, montre que les premiers signes peuvent se cantonner dans cette zone, avant l'apparition des manifestations vers les sommets des symptômes de la période de germination de Grancher.

Ce sont des bruits adventices, constitués par des râles bullaires, traduisant ce processus d'infiltration bronchique sous-épithéliale qu'a presque toujours rencontré Birsch-Hirschfeld sur les foyers de tuberculose surpris dès leur première période chez des sujets morts subitement, avec les apparences de la santé.

Ils peuvent subsister pendant longtemps sans signes de condensation du tissu pulmonaire, et se montrent d'une façon transitoire à la suite des injections de la tuberculine d'épreuve ou de l'administration de l'iodure de potassium.

Dans le cours d'une phtisie confirmée, les symptômes physiques se localisent parfois dans cette même région, comme on peut l'observer au cours de certaines tuberculoses d'origine traumatique, ou bien chez les diabétiques, ou quand les lésions sont masquées par un emphysème généralisé.

Enfin l'extension du processus est susceptible de se montrer en premier lieu à la région du hile du poumon sain, lorsque l'autre poumon est déjà le siège de lésions avancées.

L'existence de ces signes a toujours été relevée en dehors de ceux qui se rapportent à l'adénopathie trachéo-bronchique, avec lesquels ils peuvent se rencontrer.

D'après *M. Desoil* (de Lille), la **contusion thoracique** non seulement lèse les parties superficielles de la cage thoracique, mais peut intéresser les organes profonds : la plèvre, le poumon.

Tantôt il ne s'agit que de lésions simples spontanément réparables : pleurésie, pneumonie traumatiques.

Tantôt, chez les individus prédisposés, il s'agit de lésions spécifiques, capables d'évolution.

Dans ces cas, tantôt la phtisie pulmonaire est banale et

n'a qu'un rapport plus ou moins indirect avec le traumatisme initial.

Tantôt, au contraire, il y a un rapport causal entre les deux faits, et transformation d'emblée des lésions traumatiques pleuro-pulmonaires en lésions tuberculeuses. Cette tuberculeuse traumatique de la plèvre et du poumon ne suit pas la même évolution que la tuberculose ordinaire : au lieu que les lésions procèdent des sommets vers les bases (loi de Louis), elles partent de la région traumatisée et gagnent de proche en proche les parties voisines.

S'il s'agit, en particulier, de pleurésie tuberculeuse traumatique, l'infection pulmonaire se fait par continuité directe de la plèvre aux portions pulmonaires en rapport avec elle, c'est-à-dire habituellement les lobes moyen et inférieur. De là, par marche ascendante, elle gagne les sommets et l'autre poumon.

C'est donc un processus tout à fait inverse du type ordinaire.

La plèvre se comporte, à ce point de vue, comme une séreuse d'articulation et il s'agit ici d'une véritable « tuberculose chirurgicale » de l'appareil pleuro-pulmonaire.

A l'appui de sa manière de voir, M. Desoil rapporte cinq ou six cas déjà publiés par les auteurs et comme contribution personnelle, trois nouvelles observations prises dans le service de M. Combemale.

M. Mossé (de Toulouse) insiste sur les avantages que l'on peut retirer de la substitution, au pain, **de pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques**; chez un diabétique azoturique, la glycosurie a diminué dès que le pain est remplacé par les pommes de terre; inversement le retour à l'alimentation par le pain cause une recrudescence de la glycosurie.

M. Lemière (de Lille) lit une note sur la **contagion de la tuberculose dans la famille.** La contagion, d'après cet auteur, mériterait le nom de maritale, car elle s'exerce presque toujours de l'homme à la femme? La contagion de la femme à l'homme est au contraire exceptionnelle. Cette différence, d'après M. Lemière, tiendrait à la vie plus sédentaire de la femme, confinée au logis et exposée ainsi d'une façon continue à l'infection, et cela surtout à certaines époques de sa vie physiologique (grossesse, accouchement, etc.).

M. Fauvel insiste sur le rôle important de certains organes glandulaires, agents évidents de l'immunité; dans dix cas d'affections nerveuses diverses traités par l'extrait de la glande pituitaire, en injections hypodermiques, l'auteur a obtenu de bons résultats.

M. Charrin présente ensuite au Congrès de très curieuses préparations histologiques, où l'on voit une **cellule musculaire cardiaque ayant formé embolie** dans une artère du cœur d'une femme morte de fièvre typhoïde. La cellule est parfaitement reconnaissable, siégeant au milieu de la lumière du vaisseau, englobée dans les globules rouges que contient l'artère. Il ne s'agit nullement, comme on serait tenté de le croire, d'un artifice de préparation; la cellule est englobée au milieu des globules rouges; c'est donc bien une cellule musculaire cardiaque entraînée dans la circulation.

M. Crocq (de Bruxelles) a observé un cas curieux **d'épilepsie jacksonienne hystérique** chez un homme de 45 ans, complètement guéri par suggestion.

M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) a observé, chez de jeunes enfants atteints de paludisme, onze cas de néphrite aiguë apparaissant au début de la malaria ou dans le cours de l'évolution paludéenne. La **néphrite aiguë paludique** peut s'accompagner d'anasarque, d'anurie, avec albuminurie et présence de cylindres hyalins. Le microorganisme de Laveran a-t-il sur les reins une action simplement locale, imputable tantôt à la présence du protozoaire dans les vaisseaux glomérulaires, tantôt à son contact avec les éléments cellulaires? Ou bien cette action s'exerce-t-elle par l'intermédiaire du sang dont les altérations ne sont point douteuses? En tous cas, l'évolution de cette néphrite est toujours de courte durée et les suites en sont généralement favorables.

L'analgésie du cubital ou signe de Biernacki a une certaine valeur diagnostique, notamment dans la paralysie générale, bien qu'elle n'ait pas toute l'importance qui lui avait été attribuée par Cramer, Hildenberg, Gœbel, Hess, etc.

Elle a été également étudiée chez les épileptiques et certains auteurs ont pu dire qu'elle était chez eux aussi fréquente que dans la paralysie générale.

D'après les recherches de *MM. Lannois* et *H. Carrier*, le signe de Biernacki n'a *dans l'épilepsie* que la valeur d'un stigmate et ne peut être très utile pour le diagnostic.

L'analgésie du cubital chez les épileptiques est, dans la majorité des cas, un phénomène transitoire qui succède aux crises comitiales et dépend de l'épuisement nerveux consécutif; elle doit être assimilée aux autres désordres sensitifs post-épileptiques.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la varicelle.

Voilà une maladie le plus souvent bénigne; le plus souvent on peut donc s'en tenir à l'expectation armée ou peu s'en faut.

La prophylaxie comporte l'isolement du sujet et sa désinfection, la surveillance des suspects.

Pour la rentrée à l'école, il faudra exiger un éloignement de dix-huit jours au moins, vingt-cinq jours en moyenne de quarantaine; la chute des croûtes fixe le terme.

Pas de spécifique, pas de sérum jusqu'ici. La vaccination, proposée comme efficace, échoue.

Pour le traitement proprement dit, il importe plus de prévoir, pour n'avoir pas à soigner.

Mettre d'abord l'organisme de l'enfant en bonne posture en face de l'infection, par conséquent :

1° Purgatif, calomel de préférence;

2° Régime doux, lait surtout, farineux et œufs, ce qui assure l'*asepsie intestinale* relative;

3° Boissons délayantes et anodines, orangeade, citronade, etc., favorables à la *diurèse;*

4° Thé, café au besoin, et même extrait mou de quinquina comme *médication tonique.*

Les éléments varicelleux ne suppurent et ne laissent de cicatrice que par infection secondaire. Pour éviter cette complication et les autres rares, ulcérations, phagédénisme, gangrène, protéger les vésicules. *Pas de bains avant crustification.*

A la figure, attouchements légers sur les vésicules qui tendent à pustuler avec un antiseptique, huile mentholée au 5e, éther au sublimé au 500e en solution acide, par exemple, d'après la formule de Talamon, ou à la glycérine.

Onction de vaseline antiseptique au salol, à l'acide phénique ou glycérolé. De même dans les cheveux; parfois nécessité de les couper.

Sur le corps, poudrage au talc et salol ou oxyde de zinc

ou bismuth, au besoin sur onctions de vaseline antiseptique.

Pour le nez, lavages, pour la bouche, gargarismes antiseptiques, à la solution boriquée concentrée.

Toilette générale à la même solution.

Après complète dessiccation, bain antiseptique, soit au savon mou de potasse, au besoin, bain de sublimé.

Surveiller particulièrement les conjonctives, l'anus, les organes génitaux, les plis cutanés.

En cas de suppuration, faire la désinfection des points suppurés, nettoyage, pansement antiseptique occlusif, phéniqué (pas chez les petits) iodoformé, salolé, etc. (H. Gillet, *in Journ. des Prat.*).

THÉRAPEUTIQUE

La racine du melon comme succédané de l'ipéca.

Héberger, décrivant le principe amer des cucurbitacées, attribuait déjà des propriétés émétiques et purgatives à la racine du melon. Il lui donne le nom d'émétine du melon. Voici ses caractères : masse compacte, brunâtre, d'une cassure luisante, très déliquescente ; sa solution aqueuse a une saveur légèrement piquante, amère ; elle est sans action sur les acides et les alcalis ; elle colore l'éther.

L'alcool la dissout instantanément ; elle est précipitée de cette solution par l'acétate de plomb et par l'infusion de noix de galle. L'ammoniaque et la soude caustique la dissolvent facilement ; les acides produisent dans cette solution un précipité gris brunâtre difficilement soluble dans l'eau.

D'après le docteur Langevicz, on ne peut dépasser sans danger la dose de 25 grammes de racine de plantes cultivées. Les plantes sauvages sont plus actives ; 50 à 71 centigrammes constituent un vomitif infaillible.

L'émétine du melon à la dose de 9 centigrammes provoque les vomissements. (*Journ. de Ph. de Liège*, et *Un. Pharm.*).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

591. M. Galliot. Saturnisme et appendicite. — 592. M. Desbarres. Contribution à l'étude clinique et pathogénique du myœdème. — 593. M. de Lacroix de Lavalette. De la sysmothérapie ou de l'emploi des mouvements vibratoires en médecine et particulièrement en thérapeutique. — 594. M. Caizergues. De la maladie de Morton ou métatarsalgie. — 595. M. Constantinesco. Anatomie de la rate. Recherches sur sa forme, ses rapports, ses ligaments et moyens de fixité. — 596. M. Pissard. Ostéites primitives tuberculeuses du corps de l'omoplate. — 597. M. Baugé. Du chancre mou phagédénique à forme térébrante. — 598. M. Manuel. De l'ablation systématique du grand pectoral dans le cancer du sein. — 599. M. Chantrel. Luxations anciennes traumatiques et spontanées de la hanche en avant. — 600. M. Momtchiloff. Hernie musculaire vraie et pseudo-hernie musculaire. — 601. M. Anzé. Ostéome du brachial antérieur. — 602. M. Ruelle. La vaccine dans le département de la Seine. — 603. M. Cochy de Moncan. Étude sur l'aérothérapie. — 604. M. Lazinier. Surdités d'origine toxique. — 605. M. Jacquelin. Du rhumatisme sacro-iliaque. — 606. M. Fougères. De la cure radicale des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs. — 607. M. Bejarano. Du traitement de la névralgie faciale par les résections étendues et en particulier par la résection périphérique totale du trijumeau. — 608. M. Robinson. Étude sur le syndrome de Graves-Basedow comme manifestation de l'hystérie. — 609. Mme Dawidowitch. Sur les chéloïdes et en particulier sur les chéloïdes consécutives à l'application sur la peau de teinture d'iode et de cataplasmes sinapisés. — 610. M. Chlemovitch. Emphysème généralisé avec pneumothorax dans la tuberculose. — 611. M. Joel. La peste. — 612. M. Wateau. Étude sur le foie des diabétiques. — 613. M. Bellemanière. Le sang dans le diabète sucré. — 614. M. Fourré. Les lymphangites gangréneuses du scrotum chez le nouveau-né. — 615. M. Fostier. Contribution à l'étude des bartholinites et en particulier de leur traitement. — 616. M. de Arruda Sampaio. Le tétanos. — 617. M. d'Ayrénx. Étude sur le traitement du glaucome. — 618. M. Pelas. Le rôle de la chirurgie dans l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale. — 619. M. Vouillac. Étude sur la prothèse testiculaire. — 620. Mme Waitz. Emploi de la scarification linéaire dans les ulcérations du col utérin. — 621. M. Chevrolle. Sarcome primitif de l'aine. — 622. M. Merleau. Contribution à l'étude des affections osseuses dans l'hérédo-syphilis. — 622. M. Carrier. Contribution à l'étude des obsessions et impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal. — 624. M. Raulin. Étude anatomique psycho-physiologique et pathologique sur le rire. — 625. M. David. Mémoires sur la durée du travail dans l'avortement criminel par manœuvres directes. — 626. M. Fauvelle. Les étudiants en médecine de Paris sous le grand roi. Essai sur leurs études, leur vie médicale et leur vie privée. — 627. M. Lombard. Importance de la mise au repos de l'organe malade en thérapeutique. — 628. M. Tissier. De l'influence de l'accouchement normal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant. — 629. M. Rabot. Des myoclonies épileptiques. — 630. M. Chapelle. Étude sur le pouvoir réducteur de quelques sucres. Nouvelle méthode de dosage pondérable de ces composés. — 631. M. Eveno. Contribution à l'étude de la nucléo-albuminurie. — 632. M. Chevalier. Le cancer, maladie parasitaire. — 633. Mlle Lapidous. Contribution à l'étude de l'allo-chirie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat en médecine. — Par un arrêté du 27 juillet dernier pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé le 12 août suivant par M. le préfet de la Seine, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a décidé que le paragraphe 2 de l'article 102 du règlement sur le service de santé qui détermine les conditions d'admission au concours de l'internat en médecine, serait complété ainsi qu'il suit :

Les externes ne peuvent toutefois prendre part à ce concours que pendant les sept années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

Par exception, ce délai pourra être augmenté d'une année pour les internes provisoires en exercice; mais cette exception ne s'appliquera qu'à ceux de ces internes provisoires qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878.

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 11 août 1899, M. le docteur Thiroux, médecin de première classe des colonies, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur au titre militaire.

— Par arrêtés en date des 12 juillet et 3 août 1899, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique.—M. le docteur Géraud (Louis), médecin-major de première classe à Tunis.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Daraignez, médecin-adjoint au lycée de Mont-de-Marsan ; Desesquelles, Ollivier et Pouget (de Paris); Fleurot (de Précy-sur-Thil) ; Huber (d'Amiens); Plantier (de Moreuil).

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Bunsen (d'Heidelberg); de MM. les docteurs Ferron, directeur du service de santé du 13e corps d'armée ; A. Chagnaud, médecin-major de première classe à l'hôpital de Rouen ; de M. Albert Barre, externe des hôpitaux.

collectifs pour familles. Nouvelles réductions. — La Compagnie P.-L.-M. délivre depuis le 1er août des billets d'aller et retour collectifs pour les familles se rendant aux stations thermales et balnéaires ou en vacances.

L'émission de ces billets aura lieu chaque année, du 15 mai au 15 septembre.

Les billets pour les stations thermales et balnéaires sont délivrés dans toutes les gares pour un parcours simple d'au moins 150 kilomètres; ils sont valables pendant 33 jours.

Les billets de *vacances* sont délivrés à Paris pour toute gare située à 500 kilomètres de Paris au moins; ils sont valables jusqu'au 15 novembre.

Le prix du billet collectif s'obtient en ajoutant :

Stations thermales (au moins quatre personnes) au prix de six billets simples ordinaires (pour les trois premières personnes) le prix d'un billet simple pour la quatrième personne, la moitié de ce prix pour la cinquième et chacune des suivantes.

Bains de mer (au moins deux personnes) au prix de deux billets simples (pour la première personne) le prix d'un billet simple pour la deuxième personne, la moitié de ce prix pour la troisième et chacune des suivantes.

Vacances (au moins trois personnes) au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et les suivantes.

VALS PRÉCIEUSE — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
MÉNORRHAGIE — *Apiol Joret et Homolle.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 95. — JEUDI 24 AOUT 1899. 72e ANNÉE JEUDI 24 AOUT 1899. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur PONCET.

Cystostomie sus-pubienne pour septicémie urinaire des plus graves, d'origine prostatique; guérison.

Par M. Alexis GARREL, interne des hôpitaux.

La cystostomie constitue, dans beaucoup de cas, une opération d'urgence, au même titre que la kélotomie et la trachéotomie, et le plus souvent, c'est pour des accidents d'origine prostatique qu'on a l'occasion de la pratiquer (1). Lorsque la vessie est infectée et incapable de se vider, que l'infection ascendante a envahi l'uretère et le rein, le malade est voué à une mort presque certaine, si on ne pratique pas le large drainage, réalisé par la cystostomie sus-pubienne.

L'observation suivante démontre, après beaucoup d'autres, l'utilité de la cystostomie sus-pubienne immédiate, dans ce genre d'accidents qui ne peuvent pas être conjurés par les autres méthodes :

Jules D... entrait, au commencement du mois de mars dernier, dans le service de M. le professeur Poncet pour des accidents infectieux très graves, d'origine prostatique.

Ce vieillard, âgé de soixante-dix ans, exerçait la profession de cultivateur. Sa santé avait toujours été excellente. Néanmoins, depuis un an environ, il souffrait de troubles urinaires, fréquence nocturne, et parfois difficulté de la miction. Douze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il fut atteint brusquement de rétention, pour laquelle on pratiqua naturellement des cathétérismes. Au début la sonde passait facilement et l'état général était bon, mais bientôt la fièvre faisait son apparition, et les sondages devenaient chaque jour plus difficiles et plus douloureux.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures. Sa vessie, énorme, remontait au-dessus de l'ombilic; la prostate était très volumineuse. Le cathétérisme, quoique possible, était très difficile et douloureux. L'urine, fétide, profondément infectée, s'écoulait en bavant par l'orifice de la sonde, malgré la distension de la vessie, et il était nécessaire de provoquer sa sortie, en appuyant sur l'hypogastre. Après avoir retiré deux litres d'urine, on sentait encore le globe vésical très volumineux.

Les *reins étaient gros*, et la pression, à leur niveau, éveillait une vive douleur.

Le malade avait un état général très mauvais, température à 40°2, délire violent qui nécessita l'emploi de la camisole de force, peau sèche, langue sale. Ces phénomènes généraux, et les renseignements fournis par l'examen du rein et de la vessie, dénotant l'existence d'une pyélonéphrite ascendante, constituaient une indication de la cystostomie d'urgence, quoique le cathétérisme fût encore possible.

Cette opération fut pratiquée deux heures après l'arrivée du malade, par M. Delore, chef de clinique chirurgicale.

Après l'incision de la paroi vésicale, il s'écoula une grande quantité d'urine purulente et fétide. Exploration, avec le doigt, de la cavité vésicale qui remplissait tout le petit bassin, s'étendant d'une part de la symphyse au promontoire, et d'autre part du plancher périnéal à l'ombilic. Le doigt ne pouvait en atteindre le fond, tant elle était vaste, et au bout de dix minutes, ses dimensions avaient à peine diminué. La rétention avait donc amené une atonie vésicale complète.

Sa température tomba, dès le lendemain, à 37°5 pour osciller les jours suivants autour de 38 degrés. A partir du septième jour, apyrexie complète. L'état général demeura mauvais pendant cette période, et le délire persistait avec une telle intensité, que le malade trouva moyen de se détacher, et de souiller sa plaie avec ses mains.

Grands lavages au permanganate, deux fois par jour. A partir du huitième jour, amélioration rapide de l'état général. Au bout de vingt jours, on put placer un urinal hypogastrique et le malade sortit de l'Hôtel-Dieu, complètement guéri. Grâce à cet appareil (1), les urines sont bien retenues. Le malade a été revu deux mois après l'opération.

Ce cas est un exemple fort net des avantages de la cystostomie d'urgence dans l'infection urinaire des prostatiques. D'ailleurs, cette indication est admise actuellement par la plupart des chirurgiens, comme le démontrent les discussions du Congrès d'urologie de 1896 (E. Legueu, Albarran).

Chez notre malade, l'extrême gravité de l'état général, les symptômes de pyélonéphrite ascendante justifiaient l'incision vésicale immédiate ; c'est, pour ainsi dire, une ouverture et un drainage d'abcès, que le chirurgien pratique en pareille occurrence. La sonde à demeure aurait été impuissante à

(1) *Bull. méd.*, 1898, p. 921. — LAGOUTTE. Th. de Lyon, 1894. — DELORE. Th. de Lyon, 1897.

(1) PONCET et X. DELORE. *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Applications de cette nouvelle méthode aux diverses affections des voies urinaires*, Paris 1899.

conjurer la marche progressive d'accidents revêtant, dès leur début, une aussi grande gravité. Jamais, par ce procédé, on ne peut se flatter de désinfecter rapidement les voies urinaires. Lorsque les phénomènes infectieux sont déjà installés, il ne faut pas s'attarder à une méthode incomplète, qui fait perdre un temps précieux et permet à la pyélo-néphrite d'emporter le malade. La cystostomie seule établit un drainage efficace, ainsi que l'ont bien fait ressortir, dans leur important ouvrage, MM. Poncet et Delore. Mais il faut l'exécuter immédiatement pour sauver de tels infectés urinaires.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale et du pouvoir antivirulent du sérum (1).

Par MM. Béclère, Chambon, Ménard et Coulomb.

M. Chauveau a présenté à l'Académie des sciences, le 26 décembre 1898, au nom de trois d'entre nous et de M. Jousset, une note « sur le pouvoir antivirulent du sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection vaccinale ou variolique ». Une des conclusions de ce travail était ainsi formulée : « La substance antivirulente peut traverser le placenta et passer du sang maternel dans le sang du fœtus : ce passage est la condition essentielle de l'immunité congénitale. »

Nous avons entrepris de nouvelles recherches dans cette voie, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, qui nous a été libéralement ouverte par le chef de service, M. le docteur Bar. Nous avons cherché dans le sang des femmes vaccinées la présence ou l'absence de la substance antivirulente. Nous avons vérifié le passage de cette substance, à travers le placenta, du sang maternel dans le sang fœtal et nous nous sommes efforcés de déterminer les rapports de ce passage avec la transmission de l'immunité vaccinale de la mère au nouveau-né.

Nos recherches ont porté sur soixante-cinq femmes et soixante-cinq nouveau-nés, dans les conditions suivantes :

A la naissance de chaque enfant, on recueillit aussi aseptiquement que possible, d'une part le sang qui provenait de l'utérus maternel, d'autre part le sang qui, après la ligature et la section du cordon ombilical, s'écoulait du bout placentaire. Dans les deux sérums obtenus après la formation du caillot on fit baigner pendant quarante-huit heures deux portions d'un vaccin de virulence éprouvée. Puis les deux échantillons de vaccin ainsi traités furent inoculés à une génisse, par de multiples incisions, sur les régions symétriques de la surface cutanée, en même temps qu'une troisième portion du même vaccin ayant baigné dans la solution saline physiologique. Après sept jours écoulés, l'observation des trois groupes éruptifs produits par ces inoculations fit constater, dans les sérums en question, l'existence ou l'absence d'une action antivirulente sur le vaccin et, quand cette action était manifeste, permit de comparer et de mesurer le pouvoir antivirulent des deux sérums. Soixante-cinq génisses furent employées à cette étude.

« Chaque enfant, le jour de sa naissance ou au plus tard le lendemain, fut inoculé au bras avec du vaccin de virulence éprouvée. Chaque mère fut inoculée en même temps que son enfant et avec le même vaccin. Après sept jours écoulés, les résultats de l'inoculation vaccinale chez la mère et chez l'enfant furent notés, comparés entre eux et rapprochés des résultats fournis par la recherche du pouvoir antivirulent de leurs deux sérums.

Aucune des mères, inoculées ainsi le jour ou le lendemain de la délivrance, ne l'était pour la première fois. Toutes avaient été vaccinées antérieurement; elles se partageaient en deux catégories, de nombre à peu près égal, suivant que leur dernière vaccination remontait à une date plus ou moins éloignée, antérieure au début de la grossesse, ou suivant que, par nos soins, elles avaient été revaccinées depuis un plus ou moins grand nombre de jours, au cours de la même grossesse.

Ces nouvelles recherches nous ont amenés aux conclusions suivantes :

1° L'immunité à l'égard de l'inoculation vaccinale s'observe, chez les enfants nouveau-nés, exclusivement parmi ceux dont la mère possède elle-même cette immunité.

2° La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale ne s'observe pas chez toutes les femmes en possession de cette immunité au moment de l'accouchement, mais seulement chez un petit nombre d'entre elles.

3° La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale s'observe exclusivement parmi les femmes dont le sang, antivirulent à l'égard du vaccin, a transmis, à travers le placenta, ses propriétés antivirulentes au sang du fœtus.

4° La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale peut s'observer parmi les femmes dont le sérum est antivirulent, qu'elles aient été vaccinées pendant ou avant la grossesse, et si éloignée que soit la date de leur dernière vaccination, alors même que celle-ci remonte à la première enfance.

5° Par contre, la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale ne s'observe pas chez les femmes dont le sérum n'est pas antivirulent, qu'elles aient été vaccinées avant ou pendant la grossesse, et si rapprochée que soit la date de leur dernière vaccination, alors même que celle-ci ne remonte pas en deçà des dernières semaines de la grossesse.

6° Le passage de la substance antivirulente, du sang maternel dans le sang fœtal, à travers le placenta, est donc la condition nécessaire de l'immunité congénitale.

7° Cette condition nécessaire n'est cependant pas suffisante : parmi les nouveau-nés dont le sérum se montre antivirulent, il en est qu'on peut inoculer avec succès.

8° Chez les nouveau-nés dont le sérum se montre antivirulent, l'énergie plus ou moins grande du pouvoir antivirulent du sérum est un facteur important du succès ou de l'insuccès des inoculations vaccinales. Toutefois, il n'existe pas entre les deux phénomènes des rapports constants. On peut dire seulement que plus le sérum se montre antivirulent, plus grandes sont les présomptions d'insuccès pour l'inoculation vaccinale. »

(1) Communication à l'Académie des sciences.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur l'eau gazeuse dite « de seltz »;

Par le docteur P. Carles,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

La préparation de l'eau de seltz, logiquement faite autrefois par les pharmaciens, est presque partout aujourd'hui dans les mains de l'industrie. Des raisons économiques et l'incompétence du public pour en apprécier la qualité en ont été les causes principales. Comme conséquence, cette indus-

trie a relativement fait peu de progrès, ainsi qu'il est facile de le constater en y regardant de près.

Pour que l'eau de seltz réponde aux exigences de l'hygiène moderne, il faut, en effet : 1° savoir faire un choix judicieux de l'eau douce à gazéifier ; 2° ne la saturer qu'avec de l'acide carbonique absolument pur ; 3° ne pas la mettre en contact, dans les siphons, avec des armatures plombifères.

Choix de l'eau. — Il y a lieu de considérer séparément sa constitution minérale et son état bactériologique.

Sur le premier point, l'industrie est assez accommodante : l'eau qu'elle choisit est le plus souvent celle qu'elle a sous la main, sans s'inquiéter outre mesure de son aptitude à se gazéifier et de ses qualités hygiéniques. Et lorsqu'elle se trouve en présence d'une eau potable, justement réputée bonne, comme celle de notre ville de Bordeaux, elle est heureuse de l'accepter les yeux fermés. C'est peu. Quelque paradoxal que cela paraisse, les meilleures eaux potables comme constitution minérale sont mauvaises pour être transformées en eaux de seltz ; et de même que les eaux séléniteuses impropres à l'alimentation, à cause de leur seul sulfate de chaux, sont les meilleures pour faire les bières hygiéniques, de même les eaux lourdes, à cause de leur sel calcaire, sont préférables pour la gazéification. Pour en être convaincu, il n'y a qu'à voir ce que fait la nature et l'imiter. Buignet n'a-t-il pas annoncé il y a vingt-cinq ans à l'Académie que les eaux alcalines acidules les plus fixes étaient celles qui contenaient le plus de carbonate alcalin ? Et, dans les espèces voisines, l'expérience ne démontre-t-elle pas aussi que les eaux de table les plus stables de notre Plateau central sont celles qui, sans une trop grande surchage de gaz carbonique, sont assez fortement bicarbonatées calcaires (1) ? C'est ce qu'ignore l'industrie. Ce qu'elle ne sait pas non plus, et le public pas davantage, c'est qu'une eau gazeuse n'a pas, à ce titre, une valeur proportionnelle au gaz qu'elle contient dans le siphon, mais bien à celui qu'elle retient dans le verre et surtout à la lenteur avec laquelle elle le laisse se dégager dans l'estomac. Or, dans les eaux gazeuses naturelles et artificielles, ces qualités sont sous la dépendance à la fois : de leur richesse en bicarbonate, de l'excès d'acide carbonique justement nécessaire pour assurer la permanente dissolution de ces sels ; et non pas du grand excès de gaz indispensable pour vider un siphon ou faire sauter bien haut le bouchon d'une bouteille. Et c'est parce que les industriels fabricants d'eau de seltz n'en ont jamais eu conscience, ou peut-être parce que, pour complaire au public ignorant, ils communiquent ces défauts à leur eau, qu'on a accusé les eaux gazeuses artificielles de produire chez certains sujets des étourdissements passagers ou, ce qui est plus sérieux, des dilatations d'estomac. Et c'est la vérité. Or, tout cela ne se produit pas avec les eaux minérales acidules, moins chargées de gaz carbonique libre, mais plus riches en gaz combiné ou attaché aux bicarbonates, sels lentement dissociables et ne fournissant guère plus à l'estomac que la dose de gaz carbonique qu'il peut absorber, en le stimulant moins vivement, mais plus longtemps.

Les eaux calcaires, contenant de 25 à 50 centigrammes de carbonates terreux par litre, doivent donc être préférées pour la gazéification aux eaux plus pures ; et quand on ne les possède pas, on peut se rapprocher de la nature en faisant dissoudre dans l'eau carbonique la part de calcaire qui lui manque.

Examen bactériologique. — Par cela seul que l'acide carbonique s'est montré défavorable à la pullulation de certains microorganismes et funeste à l'existence d'autres, on n'est pas autorisé à le considérer, même à haute pression et après plusieurs jours d'attente, comme un antiseptique. Duclaux dit, à ce sujet : « On a seulement *chance*, en temps d'épidémie, de voir diminuer ou même périr dans l'eau de seltz les germes nuisibles. Mais la garantie est médiocre pour quelques-uns, comme par exemple celui de la fièvre typhoïde, qui peut persister plus longtemps dans l'eau de seltz que dans l'eau distillée ou l'eau de canalisation. La seule eau vraiment recommandable est donc l'eau stérilisée par la chaleur ou par une bonne filtration. » (*Traité de microbiologie* de Duclaux, 1898, p. 499.)

Eh bien ! voilà un point encore sur lequel l'industrie est peu compétente ; aussi, a-t-elle peu de souci de livrer des eaux aseptisées.

Passons à l'acide carbonique. — En principe, il semble que rien n'est plus simple que de préparer de l'acide carbonique hygiéniquement pur ; et lorsque l'industrie a lavé celui qu'elle obtient avec de l'acide sulfurique ordinaire et de la craie, elle se croit en règle avec l'hygiène. Un peu plus de circonspection serait certainement préférable, et les résultats seraient finalement plus fructueux si on était plus difficile sur le choix de l'acide, sur celui du carbonate, et si on mettait plus de soin dans les lavages qui, dans l'état, sont assez illusoires. L'expérience suivante, rapportée par M. le professeur agrégé Hanriot (de Paris), va nous convaincre à cet endroit, car elle nous marque le degré de susceptibilité de la muqueuse gastro-intestinale vis-à-vis des impuretés de l'acide carbonique.

Notre honoré collègue, en compagnie d'un autre docteur, voulant éclaircir un côté de l'action de l'acide carbonique sur l'organisme, injecta par le rectum à une série d'humains une certaine quantité de ce gaz. Le premier jour, il se servit de celui du gazomètre de son laboratoire, et quelle que fût la faible dose injectée, l'intolérance fut absolue, l'absorption nulle. Le second jour, il eut recours à du gaz extrait de l'eau de Vichy. Cette fois, la tolérance fut parfaite, l'absorption rapide et complète. Pourquoi cette différence ? N'est-elle pas due ici aux impuretés inhérentes, quoique faibles et insaisissables, du gaz carbonique artificiel, et n'avons-nous pas le devoir de réclamer que celui de l'eau de seltz soit aussi pur que celui de l'eau de Vichy (1) ? Déjà, quelques industriels, plus soucieux du respect de leur marque que de la réalisation de bénéfices immédiats, ont adopté l'acide sulfurique dit au soufre le plus pur ; d'autres, le bicarbonate de soude en place de craie ; pourquoi oublient-ils l'exiguïté du laveur ? D'autres enfin ont songé à saturer leur eau à l'aide du gaz carbonique liquéfié. Mais soit que cet acide ressemble à celui du gazomètre de tout à l'heure, soit qu'on le comprime inconsciemment avec de l'air, la pratique s'est refusée à en sanctionner l'usage, surtout dans le sens que nous avons détaillé plus haut.

Armatures plombifères. — Il ne reste plus à examiner maintenant que le contact prolongé de l'eau avec les armatures plus ou moins plombifères des siphons. Ici, nous nous plaisons à constater qu'il y a progrès réel, et que dans la majorité des cas les précautions sont prises pour que l'eau ne devienne pas plombifère.

En résumé, quoique la consommation des eaux gazeuses dites de seltz reste toujours considérable, il semble que la partie la plus éclairée du public surtout les délaisse à l'avantage des eaux minérales acidules, dont la vente pro-

(1) Saint-Galmier contient : bicarbonates terreux, 1g50 par litre ; Condillac, 1g30 ; Saint-Alban, 1g30 ; Pougues, 2 grammes ; Alet, 45 centigrammes.

(1) Il y a à Vichy, et dans les stations similaires, des sources qui laissent perdre constamment de très notables quantités de ce gaz carbonique. Si on le captait pour en faire du bicarbonate ou pour le liquéfier par compression, on aurait là deux produits qui certainement feraient prime pour la préparation des eaux gazeuses et mieux encore pour la champagnisation des vins.

gresse notablement malgré la multiplicité annuelle des marques recommandables de notre pays.

Si on en cherche les causes, on trouve les principales dans l'incompétence générale de l'industrie pour préparer ces eaux artificielles conformément aux exigences de l'hygiène moderne.

Puisque, depuis quelques années, la pharmacie convenablement éclairée à ce sujet et seule logiquement compétente, se dispose à les préparer conformément aux conseils de la science, il y a lieu de la soutenir. A cet égard, nous faisons surtout appel à la médecine, gardienne naturelle des lois de l'hygiène, et nous espérons qu'elle recommandera partout les marques pharmaceutiques, surtout lorsqu'il sera bien avéré qu'elles sont plus susceptibles que les autres de sauvegarder la santé publique. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Rhumatisme articulaire aigu; enfant de cinq à dix ans (Dauchez et Marfan).

1° Dès le début des phénomènes douloureux, on prescrira le salicylate de soude, à doses d'abord faibles (50 centigrammes à 1 gramme) (J. Simon).

2° Peu à peu, la dose sera augmentée et portée, au-dessus de cinq ans, à 3 et 4 grammes lorsque la tolérance sera acquise (Comby).

Pour aider la diurèse, on conseillera la potion suivante :

Potion de Todd . . . . 60 grammes.
Sirop de menthe. . . . . 30 —
Salicylate de soude . . . . . 4 —

par cuillerée à dessert de deux en deux heures au-dessus de quatre ans (cas graves).

Sur la question du salicylate de soude, M. Marfan diffère des auteurs précédents : « Il faut, dit-il (1), commencer par la dose maxima, c'est-à-dire 3 à 4 grammes par jour, de cinq à dix ans, et en faisant prendre chaque dose dans un peu d'eau de Vichy. Au bout de deux ou trois jours, la sédation est obtenue et on diminue de 50 centigrammes par jour. Quand on arrive à 1 gramme, on maintient cette dose environ une semaine. Cette méthode d'administration est la seule qui permette d'éviter les récidives toujours plus longues à guérir que la première atteinte.

Au cas où le salicylate serait mal toléré par l'estomac (l'enfant supporte presque toujours bien ce médicament), on pourra faire absorber le médicament par la peau. M. Marfan recommande :

Liniment.
Axonge . . . . } *ââ* 50 grammes.
Lanoline . . . . }
Térébenthine . . } *ââ* 10 grammes.
Acide salicylique. }

On enduit le pourtour des articulations avec cette pommade et l'on enveloppe le membre avec des bandes de flanelle.

Si l'on échouait ainsi, on s'adresserait à l'antipyrine ou aux sels de quinine.

On peut encore donner à la place de salicylate de soude, du salophène aux mêmes doses (insoluble) dans du lait, du pain azyme ou du miel.

3° Donner du lait coupé d'eau de Vals ou de Vichy.

4° Pendant la convalescence, on donnera quelques prises de sulfate de quinine, dans un peu de café noir.

Quelques bains sulfureux, suivis d'une sieste au lit et de massage parachèveront la guérison.

S'il se produit quelque altération organique du cœur avec bruit de souffle, l'enfant fera une, deux ou trois saisons à Bourbon-Lancy ou à Bourbon-l'Archambault (Huchard et de Bosia).

(1) Marfan. *Traité des maladies de l'enfance*, t. I.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les fractures spontanées pendant lee accès épileptiques.

Les affections convulsives s'accompagnant de spasmes cloniques comme le tétanos, l'épilepsie, les contractions réflexes des hémiplégiques peuvent se compliquer de fractures spontanées mais tout à fait exceptionnellement et chez des malades ayant des os d'une grande fragilité. Ainsi s'exprime Spilmann (art. Fractures du *Dict. Dechambre*). D'autre part les livres spéciaux ne font point mention de ces fractures spontanées vraies. M. Féré indique, il est vrai, les luxations et les fractures qui peuvent survenir au cours des accès épileptiques, mais sans faire de distinctions entre les fractures consécutives à la chute des épileptiques et les fractures dues à la simple contraction musculaire.

C'est précisément cette rareté de la fracture spontanée, et en particulier de la fracture spontanée des os longs, qui a engagé M. Charon, médecin directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère), à rassembler les quelques observations qu'il a pu recueillir pendant dix années de pratique des aliénés (1).

Sur les *cinq observations* qu'il nous rapporte, trois ont porté sur le fémur, deux sur l'humérus.

« Ces cinq cas comportaient comme symptômes communs : *siège* de la fracture un *peu au-dessous du tiers supérieur*, *direction* de la fracture *très oblique de haut en bas*, *de dehors en dedans*, *œdème de la région* avec *ecchymose très étendue* occupant, pour la cuisse, toutes les régions postérieure et interne ; pour le bras, les régions antérieure et interne ».

Ces faits, trop peu nombreux pour permettre d'établir d'une façon rigoureuse la symptomatologie des fractures spontanées, ont cependant permis à M. Charon quelques réflexions utiles au point de vue de la *pathogénie*, de *la clinique* et de la *médecine légale*.

« S'il est vrai que le plus souvent les fractures spontatanées se produisent sur des os fragiles par suite de lésions constitutionnelles ou acquises, il est vrai aussi que ces fractures peuvent atteindre des individus à système osseux normal.

Les fractures spontanées des os longs sont produites par la contraction violente et combinée des grands muscles fléchisseurs et adducteurs, au début de la phase des convulsions cloniques, mais à la condition que l'effet en adduction et en flexion soit empêché par une cause extérieure, comme, par exemple, l'immobilisation du bras du levier sur lequel agissent ces muscles et la fixation des points d'insertion de ces mêmes muscles à l'extrémité opposée du levier.

C'est ce mécanisme même qui explique la fréquence relative des fractures spontanées du fémur et de l'humérus par l'immobilisation facile de l'épaule et du siège d'une part, par la fixation, ou l'arrêt aussi facile de l'avant-bras et de la jambe dans leurs mouvements de flexion et d'adduction d'autre part.

Lorsque ces conditions se trouvent réunies, toute l'action des grands muscles fléchisseurs et adducteurs a pour résultat de tendre l'arc osseux et, lorsque cette tension dépasse sa capacité élastique, de produire la fracture au lieu de moindre résistance. Ce processus pathogénique explique aussi la rareté, sinon l'impossibilité, des fractures spontanées des os de la jambe et de l'avant-bras, en raison de la solidarité des os, de la division et de la mobilité des points d'attache des muscles fléchisseurs, de la difficulté de fixer les extrémités des leviers sur lesquels agissent ces muscles. »

Les fractures spontanées chez les épileptiques s'accompagnent de désordres anatomiques très profonds.

Le diagnostic clinique de ce genre de fracture chez un

(1) Charon. *Ann. méd.-psychol.*, juillet-août 1899.

épileptique ou un individu présentant des signes d'un accès convulsif récent se basera sur les symptômes communs signalés plus haut. On constatera en outre l'absence de toute plaie ou contusion indice d'une chute ou d'un choc pouvant produire une chute directe ou indirecte.

« Si les commémoratifs ou l'examen personnel permettent de considérer comme certain que, au moment de l'accident, par suite d'un ensemble de circonstances spéciales, il existait une immobilisation des extrémités supérieures des leviers osseux (bassin ou épaule) et que les parties inférieures desdits leviers (jambe, avant-bras) se trouvaient entravées dans leurs mouvements de flexion et d'adduction on pourra affirmer la spontanéité de la fracture.

En médecine légale, « il sera bon de se souvenir que si les fractures spontanées sont peu fréquentes, elles ne sont pas absolument rares chez les épileptiques et qu'elles présentent quelques particularités qui permettent le plus souvent, sinon d'affirmer le diagnostic, au moins de le rendre très probable et, pour le moins, encore, de justifier un doute prudent qui, en bonne justice, doit toujours profiter à l'accusé. »

De tout ceci se dégage une conclusion pratique, c'est que l'épileptique « doit être constamment, étroitement et intelligemment surveillé, il doit être laissé toujours absolument libre de ses mouvements dans des locaux d'accès facile, distribués de la façon la plus simple et pourvus de mobiliers aussi mobiles et aussi légers que possible. C'est la condamnation de cette organisation défectueuse qu'on rencontre encore dans de très nombreux quartiers d'épileptiques, où l'on voit les étages s'empiler sur les étages, où dans les salles s'alignent des bancs et des tables massifs, solidement rivés au plancher et entre lesquels tombent journellement les malades; où les gâteux et les impotents sont fixés sur des fauteuils solides qui, s'ils les mettent à l'abri des chutes bénignes, les exposent à des fractures graves, où l'agitation et l'impulsion sont traitées par les entraves et la camisole. »

FORMULAIRE

Cancer de l'utérus.

Tamponnement désinfectant avec :

Iodoforme	15	grammes.
Sulfate de quinine	3	—
Poudre de charbon	25	—
Essence de menthe	x	gouttes.

Contre le zona.

Chlorhydrate de cocaïne	20	centigrammes.
Oxyde de zinc	1	gramme.
Amidon	10	grammes.

M. S. A. Usage externe.

Ou encore :

Acide borique	2	grammes.
Oxyde de zinc	4	—
Glycérolé d'amidon	30	—

M. S. A. Appliquer sur l'éruption. (*Riforma medica.*)

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1).

Par le docteur A. Corlieu.

Le mercredi 26 avril 1651, la Faculté fut convoquée par le bedeau, sur l'ordre du doyen, pour la reconstruction de nos écoles, avec l'argent qui nous a été jadis légué par le très illustre prélat Michel Le Masle, sieur des Roches, chanoine de l'église de Paris (1). Elle décida de reprendre un projet abandonné par quelques doyens et aussi, à cause de la dureté des temps (f° 449), de faire convoquer par le doyen des architectes et des gens experts en construction, pour s'entendre avec quelques membres choisis de notre corporation sur les difficultés de l'œuvre. Le doyen en rendra compte dans l'assemblée de la Faculté.

Le même jour on décida pour la première fois qu'il fallait, sans infliger d'amende, avertir les docteurs qu'ils ont des devoirs de piété à remplir tous les samedis, devoirs qu'ils négligent trop et dont ils s'acquittent mal envers les pauvres, à cause de la religion (allusion aux consultations).

On convint aussi de donner un peu satisfaction au marchand de vin qui occupait le petit logement : il se plaignait que les pluies abondantes lui avaient interdit l'entrée de sa cave. On fut aussi d'avis de s'occuper du toit de la Faculté, ce qui rentrait dans les attributions du doyen. Telles furent les conclusions qui furent prises entre tous les docteurs et le doyen Guy Patin.

Le mardi 2 mai 1651, la Faculté fut convoquée selon la coutume, pour entendre pour la seconde fois le rapport du doyen sur la réparation des écoles, et elle confirma la décision prise la semaine précédente. Elle pria le doyen d'inviter à la première convocation de la Faculté (qui sera la troisième à ce sujet) quelques architectes, Villedot, Messier ou d'autres, afin que cette question pût être traitée entre eux, hommes compétents et le doyen. On s'est aussi occupé des docteurs qui vont en consultation avec les médecins étrangers : à cette occasion on entendit les plaintes de Me Antoine Charpentier et de Me Paul Courtois, censeur. La Faculté enjoignit au doyen de mander, par le premier bedeau, à la prochaine assemblée, Me Pierre Le Mercier (2), docteur en médecine, relativement à une affaire litigieuse qu'on lui reprochait, à la condition que dans cette même assemblée comparaîtraient Me Paul Courtois, qui nous présentera les papiers à l'aide desquels on montrera l'évidence de la faute reprochée à P. Le Mercier et il sera convaincu par le doyen, en présence de la Faculté. Ainsi fut conclu par Guy Patin, doyen.

Le lundi 8 mai 1651, la Faculté spécialement convoquée décréta la réparation des écoles, et elle décida : 1° que, dans la première assemblée, il fallait nommer des hommes compétents pour traiter cette question avec les architectes et en entretenir ensuite la Faculté. 2° Elle décréta (f° 450) qu'il fallait informer les barbiers chirurgiens, qui imploraient l'appui et l'intervention de la Faculté contre le grand prévôt de l'hôtel, d'adresser à la Faculté une supplique dans la prochaine assemblée, supplique qu'ils apporteraient eux-mêmes, comme devant servir de témoignage public pour la Faculté, qui se rendrait avec eux au domicile du grand prévôt, afin que les chirurgiens qui seraient reçus dorénavant en son nom, ne pussent être interrogés ailleurs que dans la chambre des chirurgiens barbiers jurés. 3° La Faculté décréta qu'il fallait que le doyen avertît notre collègue Me Pierre Le Mercier, afin qu'il fût entendu à la fin de l'assemblée, qu'il se conduisît dorénavant d'une façon plus sage et plus honorable, comme il convient à un docteur en médecine de Paris, et qu'il eût moins d'affaires avec les cabaretiers, etc. 4° La Faculté décréta encore, après avoir entendu les plaintes de Me Jacques Perreau, homme fort honorable, qu'elle tiendrait une assemblée générale le plus tôt possible pour sévir contre ceux qui vont en consultation avec les médecins étrangers ou avec des personnes exerçant illégalement la médecine.

A la fin de l'assemblée, Pierre Le Mercier avait été mandé

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 852.

(1) Voir Corlieu. *L'ancienne Faculté de médecine*, 1877, p. 9.

(2) Né à Château-Thierry, reçu docteur le 6 novembre 1636, mort subitement le 10 septembre 1673.

pour être réprimandé publiquement par le doyen, en présence de la Faculté : il s'était retiré, ce que la Faculté vit avec peine et blâma fortement (car il n'avait pas fait ses excuses à la Faculté, ce qui aggravait sa faute) : elle décida de lui infliger une amende et de le priver de tous les privilèges, droits et émoluments de l'école ; le même jour, lundi 8 mai, le présent décret lui fut signifié par le bedeau. Ainsi conclu par le doyen.

Le vendredi 12 mai 1651, la Faculté fut convoquée et décida que le doyen devait rendre un arrêté contre ceux qui vont en consultation avec les médecins étrangers et avec ceux qui exercent illégalement la médecine, tels que Valot, Moussin, Vezou, Bloire, Madelin et autres gens de même sorte ; que cet arrêté serait imprimé et remis à deux exemplaires à chaque docteur, afin que tous comprissent que, faute de s'y conformer, ils seraient privés des dignités, privilèges et émoluments de l'école. 2° Pierre Le Mercier, condamné dans la précédente séance, fit amende honorable ; la Faculté lui pardonna sa faute, à la condition qu'il serait plus sage à l'avenir et elle lui rendit tous ses privilèges. 3° La Faculté accueillit favorablement la pétition des barbiers chirurgiens qui demandaient notre appui contre un candidat à la maîtrise en chirurgie, nommé Gorgeret, afin qu'il fût examiné par quatre chirurgiens jurés, selon la coutume, dans la chambre des chirurgiens, en présence du doyen de la Faculté et de deux docteurs choisis par le doyen. (Il faut remarquer que les quatre barbiers chirurgiens jurés, pour obtenir la faveur de notre intervention, se rendirent dans nos salles supérieures, nous ont demandé, tête nue, de rendre un arrêté en leur faveur, ce qui nous a semblé juste.) 4° L'assemblée a décidé de choisir quelques collègues pour s'entendre avec les architectes, relativement à la réparation de nos écoles, et d'en référer au doyen et au censeur. On nomma à cet effet M[es] Baralis, Charpentier, Cornuti, Thévart, Blondel, Joncquet et de Saint-Yon. Ainsi conclu par le doyen. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — Par décret du 15 août 1899, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités : Letellier, Petit, Potheau, Sacreste.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Lefort, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Cuche, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Seguin, ex-médecin-major de deuxième classe de la marine.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Thébault, Pinault, Dousset, Mourié, Robin, Lemercier, Brâmel, Vinot, Carle, Cohendy, Wintrebert, Charpentier (M.), Gallois, Morandeau, Bureau, Larroque, Orjuben, Fabre, Mascarel, Goddard, Escande, Turpault, Roussel, Boignard, Vast, Semen, Cavasse, Rouquette, Mouchet, Lefrançois, Delort, Balland, Gilbert, Fontoynont, Montheil, Cosson, Pelisse, Tulasne, Wagon, Chenouard, Bourgeon, Pouzin, Garail, Simonot, Simon, Pel, Gagnière, Guyotat, Bernout, Douriez, Mauchamp, Terrien, Fredet, Castellant, Bailhache, Oraison, Hugues, Cavalié, Besson, Abraham, Danès, Ozanne, Harlay, Charpentier (A.), Bloch, Deville, Dusser, Andrieu, Pasteau, Fontaine, Saint-Hilaire, Labbé, Prat-Dumas, Lamoureux, Moret, Poitevin de Pontguyon, Perret, Robert, Laclautre, Houeix de la Brousse, Bélaubre, Jouve, de Pindray, Corniglion, Prévost, Barès, Le Chevallier, May, Rogier, d'Amfreville de Jurquet de la Salle, Gaussel, Gayme, Bachelier, Cosse, Hanotte, Franchi, Bouché, Gonnand, Bouissou, Faussié, Balencie, Morisseau, Grynfeltt, Follet, Labrit, Pigot, Pélissier, Voisin (H.), Delmas-Marsalet, Mathieu, Lefèvre, Thulliez, Guillois, Jeulain, Boivin, Rellay, Pichard, Cabrol, Voisin (P.), Palle, Flament, Debacq, Gaussorgues, Guillon, Mongeot, Grandin, Rancoule, Cordonnier, Deck, Douvrin, Fonvielle, Logerot, Pidancet, Bouvy, Bougon, Ripault, Druon, Goidin, Frarier, Goizet, Pomerais, Maradeix, Mazoyer, Salles, Lévêque, Bertholet, Lemoyne de Vernon, Joubert, Raine, Rey, Rivalta, Fusier, Thilliez, Couillard-Labonnotte, Pascaud, Gibert, Limouzin-Lamothe, Labiche, Malterre, Lasserre, Vico, Hucé, Martial-Lagrange, Caplet, Wegbécher, Bernay, Chartier, Plaignard, Courvoisier, Naurceils, Parisot, Fournier, Teisseire, Degos, Narbonne, Lebreton, Leduc, Louis, Marchand, Meschinet de Richemont, Brunschwig, Decherf, Butzbach, Giraud, Pauzier, Viaud-Grand-Marais, Markuszewski, Tuefferd, Lafond-Grellety, Pellier, Raffin, Deslandes, Cocurat, Dupuy, Billard, Médard, Bouteillier, Bégué, Meyssan, Ancel, Masson, Patry, Charpentier (L.), Wildenstein, Hyvert, Résibois, Bled, Trotin, Laporte, Réniac, Astruc, Meunier, Sergent, Jalaber, Duval, Zuber, Rioufol, Dupuy, Goin, Temin, Roux, Morfaux, Masson, Melcion, Mathieu, Courties, Poumier, Grosmaire, Olive, Gillet, Alric-Bourgès, Dauban, Humbert et Coliez.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs de Crévoisier de Vomécourt, Roulleau, Réjou et Praud.

— Par décision ministérielle, en date du 21 août 1899, les officiers dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Maljean, pour les salles militaires de l'hospice mixte du Mans ; Hermann, pour le 5e d'artillerie ; Gœbel, pour le 132e d'infanterie ; Kaufmann, pour le 1er du génie ; Lapasset, pour le 113e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Derouet, pour le 95e d'infanterie ; Spire, pour le 35e d'infanterie ; Duval, pour le 67e d'infanterie ; Carlier, pour le 2e étranger ; Verdier, pour le 3e zouaves ; Pilon, pour le 2e zouaves et détaché au dépôt des 2e et 3e zouaves à Arles ; Puissan, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Eymeri, pour la direction du service de santé du 12e corps d'armée ; Sudre, pour la direction du service de santé du 18e corps d'armée ; Mechin, pour le 125e d'infanterie (4e bataillon, Paris) ; Arnaud, pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris ; Deumié, pour le 102e d'infanterie ; Larrieu, pour le 75e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Rémond, pour le 151e d'infanterie et pour être détaché à Belfort pour le service des 4e bataillons ; Dreyfus, pour le 156e d'infanterie ; Malavàl, pour le 81e d'infanterie ; Rocheron, pour le 101e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Grall, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Marine. — Par décret, en date du 19 août 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour prendre rang du 20 août 1899 :

Au grade de médecin principal. — M. Bellot, médecin de première classe, en remplacement de M. Jabin-Dudognon.

Au grade de médecin de première classe. — M. Lasselves, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Bellot.

— Par décret, en date du 19 août 1899, M. Jabin-Dudognon a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du 20 août 1899. Est affecté au port de Lorient.

— M. Brémaud, médecin principal du port de Brest, est désigné pour remplacer au 3e dépôt des équipages de la flotte, à Lorient, M. le docteur Magnon-Pujo, qui terminera le 4 septembre 1899, la période réglementaire de deux années et sera affecté au port de Lorient.

M. le médecin de deuxième classe Camus, du port de Lorient, est désigné pour embarquer sur l'*Iphygénie*, en remplacement de

M. le docteur Lasselves, promu médecin de première classe. — M. Camus devra être dirigé immédiatement sur Brest.

La peste en Europe. — Les médecins espagnols envoyés à Oporto estimeraient que l'organisation des services sanitaires au Portugal serait suffisante.

Le bruit court qu'un cas de peste aurait été signalé à Figueira et un décès à Barcelone et que l'épidémie tendrait à se développer. Plusieurs lazarets sont déjà établis à la frontière d'Espagne. Le consul espagnol à Oporto sera l'objet de poursuites pour n'avoir pas prévenu son gouvernement de l'apparition de la peste.

Des voyageurs venant du Portugal disent qu'un cas de peste aurait été signalé à Lisbonne.

Voici la progression suivie par le fléau pendant la semaine dernière : La statistique officielle de la peste, pendant la première semaine, constate 2 cas, 1 décès; la seconde, 6 cas, aucun décès; la troisième, 5 cas et 3 décès ; la quatrième, 3 cas et 2 décès; la cinquième, 4 cas, aucun décès; la sixième, 2 cas, 2 décès; la septième, 1 cas, aucun décès; la huitième, 1 cas, 1 décès ; la neuvième, 5 cas, 1 décès. Total : 29 cas, 10 décès.

Depuis le 5 août, il faut ajouter : 9 août, 1 cas ; 10 août, 2 cas; 14 août, 2 cas et 1 décès.

Le comité sanitaire de Lisbonne a décidé l'isolement de la ville d'Oporto à l'aide d'un cordon sanitaire.

— A Alexandrie, la situation reste la même. Depuis le mois de mai, on ne compte que 80 cas, et les cas se produiraient isolément à l'état sporadique. Mais il y en a toujours de nouveaux, et si le foyer égyptien semble bien circonscrit, il n'est pas encore éteint.

EPILEPSIE — *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 96. — SAMEDI 26 AOUT 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 26 AOUT 1899. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE, TENU A AMSTERDAM

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Première question.

VALEUR RELATIVE DE L'ANTISEPSIE ET DES PERFECTIONNEMENTS DE LA TECHNIQUE DANS LES RÉSULTATS ACTUELS DE LA CHIRURGIE OPÉRATOIRE.

Voilà certes un titre bien séduisant, mais je gage que le distingué rapporteur a dû éprouver un singulier embarras quand il s'est trouvé, en face de ses pages blanches, devant discourir sur un tel sujet. Préciser la valeur de l'antisepsie et de la technique opératoire! Il y avait, cependant, une réponse qui nous paraît bien nette. L'antisepsie prime tout, domine tout perfectionnement de technique. Avant la période antiseptique, les malades mouraient avec les procédés les plus perfectionnés. Aujourd'hui la méthode antiseptique, en permettant au malade de survivre, a permis de voir les résultats ultérieurs, de chercher ce que ces procédés avaient de défectueux et de les perfectionner, de rejeter les mauvais et de retenir les bons. Mais un rapporteur doit faire un rapport, il est nommé pour cela. Aussi *M. Richelot* a dû s'exécuter. Inutile de dire que sa dissertation est des plus judicieuses, des plus finement et agréablement écrites. Mais n'y cherchez pas la solution du problème posé. Il n'y avait pas de solution possible.

Nous glanerons dans le rapport quelques jolis passages. Tout d'abord une esquisse historique de la révolution antiseptique.

« Mais elle n'est pas tout à elle seule. Elle eut de tout temps ses erreurs, elle a encore ses imperfections. Au début, l'air était notre principal ennemi; c'étaient les germes de l'air qui envahissaient la plaie; toutes les variétés de microbes, indistinctement, venaient y jouer le rôle des ferments pathologiques. Le phénol, choisi par Lister, régnait en maître; on le répandait sur le sol, on s'en abîmait les mains, on le versait sur les plaies avec un arrosoir. Toute la méthode consistait dans l'emploi d'un antiseptique puissant ou réputé tel.

Il y avait cependant, à cette époque, des esprits moins doctrinaires qui ne jugeaient pas utile de guerroyer à si grande distance; qui pensaient que l'antisepsie tient tout entière entre les doigts du chirurgien, ses instruments et la région qu'il opère; que, s'il est bon d'avoir autour de soi des murs nus et des meubles en métal ou en verre, c'est pour rendre facile une propreté minutieuse et éloigner les causes d'infraction contre la méthode; mais qu'une salle d'opération doit être simple et construite à peu de frais, qu'il est absurde, quand on opère en ville, de retourner les tableaux et d'enlever les bustes, et qu'à vouloir être « scientifique » on devient facilement « prud'homme ».

Le rapporteur arrive vite à cette notion, qui telle qu'un fait nouveau apparut, avec une clarté de plus en plus vive : « les antiseptiques sont insuffisants, ils sont dangereux ». Laissons de côté cette partie du rapport où l'auteur explique, très brièvement d'ailleurs, comment est née la méthode « aseptique ». Il n'épouse pas cette grande querelle, dit-il, qui s'est faite autour des mots : « antisepsie » et « asepsie », car, en réalité, le but du chirurgien est toujours l'asepsie que celle-ci soit obtenue par les antiseptiques chimiques ou par la chaleur, cet antiseptique si puissant. Ceci est bien évident; toutefois la méthode aseptique n'est pas une série de procédés de stérilisation, c'est une méthode complète avec son idée générale directrice et sa technique. En théorie, c'est un dérivé immédiat de l'antisepsie; en pratique, c'est tout autre chose. Nous ne chicanerons donc point sur les mots. Il suffit de s'entendre, quelle que soit l'étiquette sous laquelle on catégorise la méthode.

Je ne puis qu'approuver, et complètement, le rapporteur quand il parle des instruments.

« Je déclare tout d'abord que notre époque a vu éclore une foule innombrable d'inventions qui ne méritent que l'oubli. Cette pullulation instrumentale, ces formes infiniment variées qui prétendent répondre à tous les besoins de l'opérateur, faciliter chacun de ses mouvements, s'adapter aux moindres détails, ne sont pas des perfectionnements. Quelques-unes, de temps en temps, surgissent qui, remplaçant avec profit des formes démodées, améliorent sans l'augmenter l'arsenal du chirurgien. Mais je n'aime pas l'outillage excessif : les boîtes à compartiments multiples,

les modèles étonnants qu'on étale autour de soi; préoccupation bizarre dont le sens commun fait heureusement justice, car le plus souvent l'opération s'achève avec un bistouri, une paire de ciseaux et quelques pinces.

Cela dit, notre admiration n'a pas faibli pour la pince hémostatique, cet outil merveilleux qui épargne le sang, qui entretient la netteté du champ opératoire, qui évite les temps d'arrêt, les attouchements multipliés, et permet de poursuivre avec précision et méthode un plan opératoire défini.

Une invention plus récente et de premier ordre, à laquelle nous devons rendre hommage sans réserve, c'est le plan incliné. La position de Trendelenburg a été, sans contredit, une source de progrès; elle a rendu nos laparotomies plus habiles et plus sûres.

Quelques opérateurs paraissent attacher aux instruments dont ils se servent une importance énorme. Pour moi, je pense qu'on saisit très commodément une tumeur fibreuse avec un gros tire-bouchon, mais qu'on le fait à peu près aussi bien avec une forte pince; qu'il est loisible à chacun d'avoir sa valve, son aiguille préférée, mais qu'il ne faut pas compter sur les vis et les crochets pour donner de l'esprit aux chirurgiens.

En résumé, la manie instrumentale ne donne que l'illusion du progrès. N'inventons que le strict nécessaire et revenons à la plus grande simplicté. Le chirurgien qui réussit le mieux est celui qui se sert le mieux de ses doigts et de son bon sens. »

Ici se place un portrait du chirurgien, tel qu'il doit être; c'est un joli tableau, nous le détacherons de son cadre.

« En comprenant l'habileté chirurgicale dans son sens le plus large, on y découvre les trois qualités maîtresses — dextérité, ingéniosité, jugement — à l'aide desquelles les chirurgiens se sont perfectionnés depuis vingt ans sous l'égide de l'antisepsie et sont devenus les ouvriers que nous connaissons.

La dextérité est variable à l'infini; quelques-uns l'ont en naissant, d'autres ne l'auront jamais; la plupart l'acquièrent et la développent sans cesse.

Le chirurgien habile opère vite. Il faut bien dire que l'antisepsie, en leur donnant une sécurité excessive, n'a pas été sans nuire à la dextérité des gynécologues. Ils se prirent à penser qu'ils n'avaient plus besoin d'exercer leurs doigts, et qu'une opération conduite avec lenteurs et tâtonnements valait autant qu'une opération bien faite. On vit d'excellents chirurgiens — laissons de côté les médiocres, dont l'antisepsie couvre mal les imprudences — abandonner tout souci d'exécution magistrale, verser dans la recherche du détail, compliquer leurs procédés, allonger leurs inventions. La vérité est qu'une opération trop longue a beaucoup de chances d'être mauvaise, parce qu'il est difficile de conserver jusqu'à la fin une asepsie parfaite, et parce que, chez les malades affaiblies, une certaine dépression nerveuse — le choc opératoire, si vous voulez — s'ajoute aux risques d'infection et à la perte de sang. Pour aller vite et bien, il faut agir avec ordre, exécuter rapidement certains temps prévus et toujours les mêmes, se ralentir aux passages difficiles, mais rester toujours en haleine, éviter les temps d'arrêt, les abandons et les reprises; réfléchir à tout instant pour se garer contre les fausses pistes qui font perdre du temps; ne rien précipiter, ne rien escamoter. Et ce dernier mot m'amène à protester contre la rapidité excessive, l'abus des tours de main, l'exécution trop brillante. »

L'auteur parle ensuite « des illusions de la technique et des procédés d'auteurs »; il aurait fort à dire s'il voulait épuiser ce sujet qu'il ne fait que signaler. Il y aurait peut-être là pour un prochain congrès une question intéressante à fouiller.

Cueillons en passant cette pensée : « Les inventions les plus ingénieuses, les raffinements les plus précieux ne valent pas une vue nette et simple des indications à remplir. »

Et voici un exemple :

« On a beaucoup discuté sur la meilleure manière de fermer l'abdomen après la laparotomie, pour avoir une cicatrice solide et éviter les éventrations. Une intéressante discussion du Congrès de Genève, en 1896, met en lumière les idées complexes et parfois contradictoires d'éminents chirurgiens. On y trouve, comme causes des mauvaises cicatrices, les sutures trop serrées, le défaut de coaptation parfaite, l'enlèvement prématuré des fils, l'absence de ceinture abdominale, le niveau de l'incision dans le sens vertical, sa longueur, la fermeture à un seul étage, la nature des fils, enfin la nature des tissus réunis, la ligne blanche ne valant rien et devant être excisée, les muscles droits avivés au bistouri et minutieusement adossés. On y trouve aussi la suture intra-dermique; on y trouve même, sous le nom d'« incision esthétique », l'ouverture de l'abdomen en travers. Et au milieu de ces considérations diverses, il faut chercher avec quelque attention pour découvrir que les abcès de la suture ont une influence sur l'avenir de la cicatrice.

J'accorde bien qu'on ne doit pas négliger certaines précautions élémentaires, ôter les fils avant que la réunion soit faite, laisser les tissus se placer comme ils veulent et former des trous et des bosses. Je reconnais que la suture en masse, bien qu'ayant encore de rares partisans, ne vaut pas la suture à étages que nous avons presque tous adoptée. Mais le fait essentiel et qui domine tout, c'est de n'avoir pas de suppuration. »

On le voit, M. Richelot n'a pu qu'effleurer le sujet et parler à côté : c'est qu'il n'était pas possible de faire autrement. Ce qui l'a d'ailleurs démontré, c'est la « parlotte » qui a suivi sous couleur de discussion. Notre compatriote *Hartmann* a été le seul qui ait apporté des chiffres; il a démontré que le pourcentage mortuaire s'était abaissé dans de notables proportions depuis que son maître Terrier avait substitué l'asepsie à l'antisepsie dans son service. Il insiste sur l'asepsie, la limitation exacte du champ opératoire, la suppression des gros moignons et des ligatures en chaîne, — il y a des chirurgiens, j'en connais, qui n'en ont jamais faites — et la suppression des surfaces cruentées.

M. Alexander (de Liverpol) a eu le mot exact. « L'antisepsie, dit-il, et la technique doivent toujours aller ensemble. » Aussi est-il difficile de comparer leur valeur relative. Quant à *M. Robert Bell* (de Glascow), il nous paraît sinon aller en arrière, du moins piétiner sur place quand il reste fidèle à la vieille méthode antiseptique, Listerien comme feu Lister, et qu'il recommande les incisions aussi petites que possible. Nous aimons mieux, pour notre part, les bonnes et grandes incisions, suffisantes pour y voir et s'y reconnaître. La caractéristique de la chirurgie d'aujourd'hui où l'infection d'une plaie est tout et la grandeur de la plaie n'est rien, n'est-elle pas de se donner tout le jour nécessaire à la bonne exécution de l'opération? Les autres communications sont sans importance.

En résumé, que sort-il de cette question? Rien ou presque rien.

Deuxième question.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMES

Cette deuxième question a le mérite d'être nettement posée et de s'adresser à une question toute d'actualité. Deux rapports ont été lus à son sujet, l'un par *M. Schauta*, l'autre par *M. Doyen*.

Le premier rapporteur, chirurgien renommé de l'École de Vienne, s'est basé sur une grande pratique chirurgicale. Comme son auteur, nous pensons qu'il est des fibromes utérins qu'on ne doit pas traiter chirurgicalement. Passons sur les opérations palliatives, le curetage et la castration qui n'ont que des indications restreintes, sur les opérations vaginales radicales, pour myomes pédiculés ou sous-muqueux sessiles, qu'on peut aborder par le canal cervical. Ces cas ressortissent à des indications tellement précises, qu'ils n'offrent pas matière à discussion. Nous arrivons à l'hystérectomie totale vaginale, que M. Schauta déclare supérieure à toutes les autres opérations pour myome. Espérons que l'auteur, d'ici quelques années, reconnaîtra son erreur, nous n'en sommes plus là en France. Le chirurgien viennois par ce qu'il nous dit de l'hystérectomie abdominale totale, avec ou sans pédicule, ne nous paraît pas très au courant des méthodes réellement modernes. Notons que l'orateur se prononce nettement pour le drainage par le vagin qu'il laisse largement ouvert après l'hystérectomie abdominale.

Voici d'ailleurs les conclusions de l'orateur :

« 1° Il ne faut pas opérer les myomes, à moins que les inconvénients dont ils sont cause ne cèdent pas à un autre traitement ;

2° L'hystérectomie totale vaginale doit être considérée comme l'opération la plus sûre et celle qui offre le plus de chances de succès. On la pratique dans tous les cas où la tumeur ne dépasse pas l'ombilic et peut être refoulée dans le petit bassin ;

3° L'hystérectomie abdominale totale est à recommander pour les grands myomes peu mobiles et pour les myomes entièrement ou en partie intraligamentaires ;

4° Quoique l'amputation supravaginale avec traitement intrapéritonéal du pédicule puisse donner momentanément de meilleurs résultats que l'hystérectomie totale abdominale, elle doit cependant être abandonnée pour celle-ci, en vue des résultats définitifs plus favorables que dans les cas où le col n'a pas été entièrement enlevé ;

5° L'amputation supravaginale avec traitement extrapéritonéal du pédicule n'est recommandable que comme opération d'urgence, dans certains cas d'anémie grave, asphyxie, faiblesse du cœur, suppuration ou nécrose de la tumeur, pour la vitesse et la facilité de son exécution, dont il importe de tenir compte ;

6° L'énucléation vaginale de myomes sous-muqueux à large base par le col dilaté ou par le fornix, après colpotomie antérieure ou postérieure, avec ou sans ouverture du péritoine, doit être restreinte, ainsi que les opérations analogues par voie abdominale, aux cas spécialement indiqués ; les myomes sont, en effet, presque toujours multiples, ce qui fait que les bons résultats ainsi obtenus sont rarement durables et que, en outre, le danger n'est pas moindre que dans l'opération radicale avec extirpation de l'utérus ;

7° Le curetage étant un moyen incertain et non sans danger, n'est bon à employer qu'au début de certains cas de dégénérescence myomateuse ;

8° La castration pour myomes, donnant des résultats qui ne soutiennent pas la comparaison avec ceux des opérations radicales, eu égard à son incertitude et à son danger, a été abandonnée pour celles-ci. Dans quelques cas exceptionnels, où il y a impossibilité de faire l'amputation supravaginale avec traitement extra-péritonéal de pédicule, elle peut encore être employée ;

9° L'emploi méthodique de pinces à demeure n'offre pas pour les malades des avantages qui priment ceux des ligatures ; il facilite seulement l'opération dans certains cas typiques, où il se trouve justifié par un danger imminent ;

10° Pour éliminer tout danger de septicémie ou d'exsudation, le drainage de la plaie supravaginale dans l'hystérectomie totale, vaginale et abdominale, est d'une grande valeur ;

11° Quant à savoir si l'ablation des ovaires doit accompagner l'hystérectomie totale vaginale ou abdominale, la question n'a pas encore été décidée. Aucun des deux procédés (conservation ou extirpation) ne garantit la malade contre les symptômes de la ménopause. Ces symptômes peuvent survenir immédiatement après l'ablation des ovaires, ou après des semaines et des mois, si ceux-ci n'ont pas été enlevés. »

Notre compatriote M. Doyen fait un historique intéressant du traitement chirurgical des fibromes ; il essaie de donner à chacun ce qui lui revient, suivant ce qui lui est dû. A-t-il réussi dans cette tâche si difficile et contentera-t-il tout le monde? C'est bien improbable.

Voici les conclusions de son rapport :

« 1° Le traitement chirurgical des fibro-myomes doit consister dans leur ablation ;

2° L'extirpation bilatérale des annexes par la laparotomie est généralement abandonnée et n'a d'indication que comme complément de l'ovariotomie, quand il existe des fibromes utérins ne déterminant pas de symptômes graves ;

3° L'ablation des fibro-myomes doit se faire par le vagin quand l'opération est facile par cette voie ;

4° La laparotomie est préférable quand l'hystérectomie vaginale semble devoir présenter de réelles difficultés ;

5° La myomectomie et l'hytérectomie vaginale doivent être pratiquées par l'hémisection antérieure simple ou en V de l'utérus ;

6° Les grosses tumeurs interstitielles sont évidées au tube tranchant et extirpées par morcellement losangique ;

7° L'ablation des gros fibromes pédiculés par la laparotomie présente ses indications spéciales ; la myomectomie abdominale n'est que rarement indiquée ;

8° L'opération de choix pour les fibromes interstitiels multiples et volumineux est l'hystérectomie abdominale totale par décortication sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus, avec fermeture du péritoine pelvien. »

M. Reynier (de Paris) fait une longue et instructive communication basée sur 111 cas personnels. Il nous paraît être près de la vérité quand il conclut en disant que, pour les utérus ne dépassant pas la grosseur d'une tête de fœtus, n'étant pas trop latéralement ou postérieurement déplacés, n'ayant pas un col utérin effacé et avec un conduit vulvo-vaginal dilatable, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix.

Mais si l'utérus dépasse le volume qu'il vient de citer, bien

que par l'hystérectomie vaginale on ait pu faire descendre des utérus beaucoup plus volumineux, il vaut mieux faire l'hystérectomie abdominale, qui, moins laborieusement, en tenant moins longtemps la malade sous le chloroforme, pourra permettre de faire l'ablation totale de l'utérus.

Pour cette hystérectomie abdominale, il est bon d'avoir plusieurs procédés à sa disposition, certains fibromes étant extraits plus facilement, soit en arrière, soit sur les côtés, soit en les enlevant dans l'axe. Ici, comme partout ailleurs, il faut être éclectique, et la meilleure chirurgie est celle qui, séance tenante, s'approprie aux cas.

M. Boldy (de Philadelphie) fait une communication très originale dont voici le résumé :

Dans l'évolution de la question des fibromes, on peut considérer trois périodes : dans la première, on n'avait pour but que l'ablation des tumeurs ; dans la seconde, on chercha à amener la disparition des fibromes sans recourir à l'ablation directe ; dans la troisième, on chercha à enlever des tumeurs en conservant, autant que possible, les ovaires, les trompes, l'utérus.

Les résultats de la première période ont été la base du présent travail ; mais l'antisepsie et une meilleure technique les ont améliorés dans des proportions incomparables.

Ceux de la seconde période sont, au contraire, négatifs : le curettage, la castration ovarienne, la ligature des vaisseaux, l'électricité, la cautérisation, sont tous autant de traitements qui ne supportent pas l'épreuve du temps.

Les résultats de la troisième période sont encore à déterminer et la question de la myomectomie est *sub judice*.

L'auteur signale comme procédés d'avenir les myomectomies sans extirpation utéro-annexielles.

Nous nous associons pleinement aux opinions de notre confrère américain qui termine par un parallèle des plus judicieux entre l'hystérectomie vaginale et l'abdominale, dans les cas de fibromes utérins.

« L'hystérectomie vaginale est toujours complète, l'abdominale peut être partielle ou totale ; quand elle est totale, c'est l'hystérectomie totale ; quand elle est partielle, c'est l'amputation supravaginale. Cette dernière opération me paraît la meilleure ; elle est applicable à tous les cas, rend l'opération plus courte, nécessite moins de manœuvres, est moins traumatisante en mettant moins de tissu cellulaire à nu. En outre, il vaut mieux ouvrir la petite cavité cervicale que tout le vagin, et enfin, par cette opération, les rapports anatomiques sont conservés et le vagin n'est d'aucune manière diminuée. On peut dire encore qu'il y a, si le col est conservé, moins de tendance à la chute du vagin.

Les avantages relatifs de la voie vaginale et de la voie abdominale dans la pratique de l'hystérectomie sont en faveur de cette dernière. Dans l'opération vaginale spécialement, si les tumeurs sont un peu volumineuses, on ne peut réformer le diagnostic.

Le champ opératoire est limité, l'organe ou les tumeurs doivent être enlevés par morcellement ; la possibilité de reconnaître et de traiter les complications est réduite au minimum.

La longueur de l'opération est plus grande, le traumatisme est plus grand, l'occlusion exacte des plaies sous drainage est moins pratique, les dangers de l'infection primitive ou secondaire sont plus grands.

L'opération de la myomectomie consiste dans l'ablation des tumeurs par une méthode quelconque, qui laisse intacte les trompes et les ovaires.

L'hystérectomie est l'opération de choix dans les cas de fibromes de l'utérus ; la myomectomie est indiquée seulement quand il existe des conditions spéciales : âge de la malade, désir d'avoir des enfants, etc. Dans tous les cas, elle ne saurait être regardée comme l'opération de choix, qui est l'hystérectomie abdominale. »

M. Delagenière (du Mans) insiste sur les opérations palliatives, trop délaissées, à son avis. Il s'agit de la ligature des artères utérines par le vagin dans les cas de fibromes interstitiels peu volumineux. Dans cinq cas, cette opération lui a donné d'excellents résultats. Ces résultats immédiats seront-ils définitifs? l'avenir nous l'apprendra. Bornons-nous pour le moment, à enregistrer cette tentative et à l'encourager.

Cette tendance aux opérations palliatives se manifeste dans les communications de *MM. Sinclair* (de Manchester) et *Alexander* (de Liverpool). Ce dernier relate vingt-trois cas de myomectomie avec un parfait résultat.

Terminons par une protestation du chirurgien américain *Gordon*, qui dit que la myomectomie est une mauvaise opération. « La vraie chirurgie conservatrice est celle qui conserve la santé et non celle qui conserve des organes inutiles. »

Cependant, par une bizarreie, en apparence parodoxale, M. Gordon, qui enlève l'utérus, conserve toujours un ou deux ovaires.

Il y a là une indication pour l'avenir. C'est un nouveau sillon qui s'ouvre.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Première question.

DE LA MOBILITÉ DES ARTICULATIONS PELVIENNES ET DE L'ATTITUDE DE LA FEMME SUR LA CAPACITÉ DES DIFFÉRENTS ÉTAGES DU BASSIN.

Tel est le titre de la première question posée à la section d'obstétrique. *M. Bonnaire* a fait sur ce point un consciencieux rapport.

Après avoir établi que la position de la taille la plus favorable n'est autre que l'attitude physiologique de la défécation appliquée au décubitus dorsal, M. Bonnaire donne les indications cliniques suivantes de cette position de la taille :

« 1° Quand les épaules trop larges sont arrêtées au détroit inférieur ;

Dans l'accouchement spontané, et plus souvent après l'extraction de la tête à l'aide du forceps ou du basiotribe, il arrive parfois que le diamètre bis-acromial est absolument ou relativement trop développé pour franchir le détroit inférieur dans le sens coccy-pubien ; l'épaule antérieure butte derrière la symphyse pubienne, et les tractions les plus énergiques et dirigées au maximum en arrière n'arrivent pas à faire voir la racine du bras sous le pubis. Il convient, en pareil cas, de faire exécuter une rotation d'un quart de cercle aux épaules, de façon à les amener entre les deux ischions. Ceux-ci s'écartent par la flexion forcée des cuisses sur le tronc, le bis-acromial franchit en travers la sortie du bassin osseux, soit en bloc, soit en deux oscillations, et il ne reste plus qu'à le faire tourner sur la gouttière périnéale pour l'amener hors de la vulve en sens sagittal.

2° Pour l'extraction de la tête dernière arrêtée par le plancher périnéal, cette attitude n'est pas à recommander, car l'obstacle tient souvent à la tension en travers des tissus

périnéaux, et elle n'aurait d'autre effet que d'accroître encore le défaut de souplesse de la sangle musculo-aponévrotique.

3° Nous en dirons autant pour l'extraction à l'aide du forceps de la tête en position occipito-postérieure non réduite. L'obstacle à la progression ultime dépend exclusivement de la résistance qu'oppose le plancher pelvien à l'ampliation exagérée qui lui est nécessaire pour le dégagement de l'occiput à la commissure postérieure de la vulve.

4° Le grand danger des présentations du front, si souvent mortelles pour le fœtus, tient à l'enclavement d'une tête volumineuse et insuffisamment réductible à la partie inférieure de l'excavation pelvienne. Dans les deux tiers des cas, cette tête, transversalement orientée du début à la fin du travail, cherche à franchir le détroit inférieur suivant le diamètre bi-ischiatique. L'application du forceps est toujours laborieuse et la rotation artificielle échoue souvent. Ici, le secours de la position de la taille sera des plus utiles en élargissant la voie par laquelle doivent passer les plus grands diamètres de la tête.

5° La position de la taille sera surtout bonne pour les bassins viciés par cyphose, soit que l'accouchement ait lieu spontanément, soit qu'on doive le terminer artificiellement par le forceps; c'est ici qu'elle trouve ses meilleures indications.

L'élargissement facile du détroit inférieur, sous l'influence des pressions excentriques que la tête fœtale exerce sur les ischions sous la poussée utérine, explique pourquoi les bossues accouchent généralement bien; l'agrandissement plus considérable obtenu avec la position de la taille telle que nous l'avons indiquée pourra permettre l'accouchement spontané ou artificiel, alors qu'il s'agit de rétrécissements tellement marqués qu'*à priori* il semble que la symphyséotomie doive constituer la seule ressource pour l'accouchement à terme.

On sait, d'ailleurs, combien la section interpubienne est favorable pour les bassins cyphotiques rétrécis à l'extrême (Chantreuil); l'un de nous l'a pratiquée avec succès pour un bassin mesurant à peine 5 centimètres entre les deux ischions (Bué).

A notre point de vue, les causes, les effets et les indications pratiques des changements de capacité apportés aux divers étages du pelvis, selon les attitudes imprimées au tronc et aux membres inférieurs, peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les dimensions du bassin, spécialement au niveau des deux détroits, supérieur et inférieur, peuvent se modifier suivant l'attitude imprimée au tronc et aux membres pelviens de la femme.

2° Ce changement de rapport entre les divers diamètres du bassin est favorisé par le relâchement des symphyses pelviennes, qui se produit, à degré variable, sous l'influence de la grossesse.

3° Le jeu des articulations sacro-iliaques permet un mouvement de bascule du sacrum autour d'un axe transversal, passant à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de cet os (mouvement de nutation de Duncan). En raison de l'inégalité des deux bras de levier que représente le sacrum de part et d'autre de l'axe de nutation, l'exploration de l'extrémité sacro-coccygienne est plus étendue que celle de l'extrémité sacro-lombaire; toutefois elle est limitée par la tension des ligaments sacro-sciatiques.

4° La forme des surfaces articulaires sacro-iliaques et l'emboîtement cunéiforme en sens vertical du sacrum entre les deux os coxaux commandent les mouvements de bascule de ces deux os, qui s'effectuent en même temps que la nutation du sacrum.

5° Quand la base du sacrum se propulse en avant, vers les pubis, la partie supérieure des os iliaques bascule de dehors en dedans. Par ce mouvement complexe, le détroit supérieur se rétrecit principalement d'avant en arrière, et accessoirement en sens transversal.

Par contre, le rejet en arrière de la base du sacrum entraîne un léger agrandissement du détroit supérieur, principalement dans le diamètre antéro-postérieur et accessoirement en sens transversal.

6° Quand le détroit supérieur s'élargit, le détroit inférieur diminue dans tous les diamètres, en raison de l'antépulsion du coccyx et du rapprochement concentrique des deux ischions.

Par contre, les diamètres de ce dernier détroit, spécialement le bi-ischiatique, augmentent avec l'antépulsion de la base du sacrum et le rejet des ailes iliaques en dedans.

7° L'attitude d'hyperextension du corps entier, le tronc prenant appui par la région sacrée sur un plan résistant, a pour effet d'agrandir le détroit supérieur en sens sagittal, à la fois par le rejet de la base du sacrum en arrière et par l'abaissement du pubis.

Cette attitude semble avoir été usitée empiriquement pour faciliter l'accouchement dès le XVIe siècle. Son influence sur l'élargissement de l'entrée du bassin d'avant en arrière a été démontrée par Crouzat en 1881. Elle a été systématiquement appliquée à l'accouchement dans les viciations pelviennes supérieures par Walcher en 1889.

8° Nos expériences nous ont montré que l'agrandissement du détroit supérieur en sens sagittal est moindre que l'a indiqué Walcher. Il est en moyenne de 3 millimètres.

9° L'attitude de pelotonnement des membres pelviens sur le tronc, en position de la taille périnéale, rétrécit le détroit supérieur. Elle élargit considérablement le détroit inférieur, dans le sens tranversal. L'accroissement moyen, en passant de l'attitude hyperétendue à celle de la taille, a donné un accroissement moyen de 16 à 18 millimètres pour le diamètre bi-ischiatique.

10° La position en hyperextension est indiquée pour favoriser l'engagement spontané de la tête dans les diverses formes de viciations rachitiques du bassin. On ne peut compter sur un agrandissement suffisant qu'aux cas où l'on s'est assuré au préalable qu'il existe un relâchement notable des jointures du bassin, appréciable d'après le degré de mobilité des deux pubis l'un sur l'autre.

11° Le degré d'agrandissement du diamètre promonto-pubien minimum ne peut être évalué par le toucher mensurateur, l'abaissement des pubis, dans la position hyperétendue, modifiant les rapports de longueur qui existent entre ce diamètre et le diamètre promonto-sous-pubien, seul directement mesurable.

12° L'emploi de la position hyperétendue est indiqué soit pour effectuer l'engagement de la tête à l'aide du forceps, soit pour extraire la tête dernière retenue au détroit supérieur rétréci. Toutefois, la gêne apportée aux manœuvres obstétricales dans cette attitude de la femme annihile, en pratique, une partie des avantages qui découlent du léger agrandissement du détroit supérieur.

13° L'emploi de la position de la taille périnéale est beaucoup plus profitable, mais il est moins souvent indiqué que

celui de l'attitude d'hyperextension. On doit le réserver pour les cas où il existe un rétrécissement du détroit inférieur (bassin cyphotique), pour ceux où la tête est enclavée en présentation du front dans le petit bassin et doit être extraite par le forceps, pour ceux encore où, la tête étant extraite, les épaules sont arrêtées sur le plancher du bassin en raison de l'excès de volume du tronc. A l'inverse de l'attitude en hyperextension, l'attitude de la taille favorise les interventions obstétricales, en présentant au mieux le champ opératoire à l'accoucheur.

14° L'agrandissement maximum est obtenu avec la position de la taille périnéale, les genoux vis-à-vis des épaules, en évitant de les porter tant en abduction qu'en adduction.

L'avantage sera d'autant plus grand, dans un bassin cyphotique, que la cyphose sera pure et exempte de toute influence rachitique au point de vue pathogénique. »

Un autre rapport a été fait sur cette question. *M. Walcher* (de Stuttgart), après avoir rappelé l'histoire de cette question et la grande part qu'il a prise à sa solution, arrive aux conclusions suivantes :

Dans les bassins modérément rétrécis, on n'aura qu'exceptionnellement besoin de la position à jambes pendantes, surtout si la tête se présente et si les contractions utérines sont régulières. Quand on laisse la femme choisir la position qui lui convient, elle mettra elle-même, au moment voulu, ses fémurs dans la position la plus favorable à l'agrandissement du bassin. Si les contractions sont faibles et si l'engagement de la tête ne se fait pas, on peut mettre la femme de temps en temps dans la position à jambes pendantes et presser la tête dans l'excavation, selon la proposition de M. Hofmeier. C'est surtout dans les opérations obstétricales et particulièrement dans les applications du forceps au détroit supérieur et dans l'extraction après la version podalique qu'il faut avoir recours à la position à jambes pendantes. Si la tête dernière n'entre pas tout à fait dans l'excavation à la suite de l'emploi de la position à jambes pendantes, il faut relever les fémurs, en tirant continuellement sur la tête, pour déplacer la partie antérieure du bassin en haut. Quand la tête est entrée dans l'excavation, il faut terminer l'extraction dans la position obstétricale.

M. Walcher est en contradiction avec ceux qui prétendent que cette position a déjà été indiquée par Scipione Mercurio, car cet auteur propose seulement de mettre la femme dans cette position, dans le but d'explorer plus facilement les parties génitales des femmes obèses. Avant la première publication de M. Walcher, personne au monde ne soupçonnait que les dimensions du bassin puissent être modifiées par un changement de la position de la femme.

Dans la discussion qui a eu lieu à la suite, nous relatons la communication de *M. Nijhoff* (d'Amsterdam), qui reconnaît que la position de Walcher rend les plus grands services dans les cas de bassins modérément rétrécis et qu'il faut la considérer comme une très heureuse acquisition obstétricale. C'est également l'avis de *M. Rouwer* (d'Utrecht), qui déclare que la position de Walcher rend des services considérables, qu'elle augmente le diamètre conjugué au détroit supérieur, tandis que la position à cuisses fléchies le diminue et augmente le diamètre transverse du détroit inférieur.

M. Bar résume ainsi les points intéressants de la question :

« 1° La question d'historique est absolument mise au point dans le rapport de Bonnaire et Bué. Le point important était de ne pas laisser sans réponse l'assertion inouïe de M. Walcher, à savoir : que « personne au monde avant lui n'avait soupçonné que les dimensions du bassin peuvent être modifiées par les positions de la femme ». Maintenant, justice est faite de cette assertion.

2° La question expérimentale. Les expériences personnelles déjà anciennes prouvent que les modifications dans les diamètres du détroit supérieur et du détroit inférieur existent, mais dans une très faible mesure.

3° La question des applications pratiques de ces changements de position. Je ne vois aucun avantage à la position de Walcher et me suis trouvé très bien, au contraire, de la position de Trendelenburg pour terminer l'extraction du fœtus après la version. »

M. Pinard (de Paris) s'associe complètement aux conclusions du rapport de M. Bonnaire et insiste sur ce fait qui doit être connu de tous les accoucheurs, c'est que la position dite de Walcher, dix fois environ sur cent, ne donne aucun agrandissement du bassin et que, dans les autres cas, cet agrandissement ne mesure pas 3 millimètres, ce qui est vraiment insignifiant.

Deuxième question.

DES RAPPORTS DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC LA SYMPHYSÉOTOMIE, LA CRANIOTOMIE ET L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

Nous avons à analyser sur cette question une série de rapports. *M. Léopold* (de Dresde) termine par les conclusions suivantes :

« 1° *Avant terme.* — Si la femme multipare a eu un ou plus d'un accouchement pénible à cause du rétrécissement du bassin, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué, si le bassin n'est pas trop rétréci (diamètre antéro-postérieur au-dessus de 7 centimètres dans le bassin aplati, simple ou rachitique, 7 centimètres et demi dans le bassin généralement rétréci). Le moment de choix pour l'intervention est la trente-cinquième semaine de la grossesse. Pour une issue favorable, il importe surtout que la poche des eaux soit conservée et que l'enfant se présente par la tête.

2° *A terme.* — La craniotomie est indiquée :

a. Quand l'enfant est mort et le travail n'avance plus; même si le bassin ne présente qu'un rétrécissement léger;

b. Quand l'enfant souffre, le rétrécissement du bassin étant un obstacle pour l'accouchement spontané et la version, ainsi que l'application du forceps étant trop dangereuse, voire inadmissible. Cette règle s'applique tout autant aux accouchements à l'hôpital qu'à ceux faits à domicile. Le danger pour la mère est trop grand pour risquer une opération césarienne ou une symphyséotomie, quand on n'est pas sûr que l'enfant naîtra vivant;

c. Quand l'enfant se porte bien, on ne fera dans une clinique la craniotomie que par exception. Par contre, dans le traitement à domicile, elle est indiquée si l'accouchement spontané, le forceps et la version sont exclus et la terminaison du travail est indispensable, et si l'accoucheur croit que, toute circonstance bien considérée, l'opération césarienne ou la symphyséotomie seraient trop dangereuses. Il faut que le diamètre antéro-postérieur dépasse 6 centimètres.

Dans les cas exceptionnels où des raisons de famille commandent que l'enfant naisse vivant, ne fût-ce que pour quelques minutes, il faut prendre l'avis d'un confrère sur la conduite à tenir, et il faut faire part à la famille de la

femme de tous les dangers qui entourent les opérations par lesquelles on pourrait sauver l'enfant.

L'opération césarienne a des indications absolues ou relatives. Dans les bassins d'un diamètre antéro-postérieur de 7 centimètres et demi à 6 centimètres, l'indication est absolue.

L'opération césarienne pour indication relative exige le remplissement des conditions suivantes : il faut que l'accouchement spontané soit impossible, que la version et le forceps soient inadmissibles, que l'enfant se porte bien et que la parturiente se trouve dans une clinique ou dans des conditions tout aussi favorables quant à l'opération et aux soins à donner à l'opérée,

Quand elle ne se trouve pas dans des conditions assez favorables, la craniotomie de l'enfant vivant sera l'opération à choisir.

La symphyséotomie n'est indiquée que dans les bassins de 7 centimètres et demi à 6 centimètres et demi ; ses indications sont donc plus restreintes que celles de l'opération césarienne et ne comprennent pas complètement les bassins du second groupe. Avec cette restriction, la symphyséotomie peut faire concurrence à l'opération césarienne ; à indication relative, elle réclame les mêmes conditions. Si ces conditions ne sont pas remplies, il faut avoir recours à la craniotomie.

Le choix de la symphyséotomie ou de l'opération césarienne, à indication relative, dépend de l'expérience de l'opérateur.

Les résultats des deux opérations, faites dans les mêmes conditions, s'égalent à peu près pour la mère aussi bien que pour l'enfant. »

M. Pestalozza (de Florence) passe successivement en revue les ressources dont l'accoucheur dispose pour suppléer au défaut des forces naturelles.

« *Accouchement prématuré.* — 1° L'accouchement prématuré provoqué tient encore à l'heure actuelle une place légitime parmi les opérations obstétricales qui visent au traitement des rétrécissements pelviens. La fréquence va toutefois diminuant, et, c'est surtout au profit d'une prudente temporisation ;

2° Il est tout à fait sans danger pour la mère, pourvu que l'on se tienne scrupuleusement aux soins les plus délicats de l'antisepsie ;

3° Il expose toujours l'enfant à de nombreux dangers, soit proches, soit éloignés ;

4° Les dangers immédiats pour le fœtus au moment de la délivrance sont directement en rapport avec la nécessité éventuelle d'opérations obstétricales complémentaires. Les plus dangereuses parmi ces opérations, ce sont, pour l'enfant prématuré, la version et l'extraction pelvienne. L'accouchement prématuré en présentation du vertex, spontané ou aidé par le forceps, c'est celui qui présente le minimum de danger.

5° Les dangers éloignés sont surtout en rapport avec l'âge intra-utérin du fœtus ; un accouchement avant la deuxième quinzaine du huitième mois a très peu de chances de garantir la survivance du fœtus.

6° L'accouchement provoqué, ne pouvant être appliqué avant la deuxième quinzaine du huitième mois, est limité aux bassins dont la C. V. ne soit pas inférieure à 75 millimètres, s'il s'agit de bassins aplatis, et à 80 millimètres s'il s'agit de bassins généralement rétrécis.

7° L'accouchement provoqué, pourvu qu'il soit rigoureusement tenu au-dessus de ces bornes, a beaucoup à gagner de l'application des méthodes nouvelles d'assistance, et surtout des moyens dilatants pendant la première période de l'accouchement (Champetier et Tarnier) et de la position de Walcher pendant la deuxième période. Il faut toujours porter les plus grands soins à éviter la rupture prématurée de la poche des eaux.

8° L'accouchement provoqué, tout en voulant en restreindre les indications, trouve plus particulièrement son application chez les femmes primipares jeunes ; ou même chez les multipares qui, à l'occasion des accouchements antérieurs, en ont déjà eu de bons résultats, ou chez ces multipares qui ont été déjà assujetties à des opérations obstétricales plus graves (symphyséotomie, opération césarienne).

9° Les moyens conseillés pour mieux garantir la survivance des enfants prématurés ne méritent pas une confiance aveugle, dans la question de l'accouchement provoqué pour rétrécissement du bassin. Si la vie de l'enfant devait tenir uniquement à ces moyens (couveuse, gavage), autant vaudrait renoncer tout à fait à l'accouchement provoqué dans les bassins rétrécis.

10° Entre les limites que nous avons indiquées l'accouchement provoqué peut trouver son indication légitime dans les cliniques ; mais il mérite certainement de conserver une application plus étendue dans la clientèle privée, en vue de la simplicité extrême de sa technique et de sa parfaite innocuité.

11° L'écueil le plus dangereux à éviter dans la provocation à une époque trop éloignée du terme. L'expérience démontre que les erreurs par anticipation sont de beaucoup plus fréquentes et plus dangereuses pour le fœtus que celles par provocation trop tardive.

Symphyséotomie. — 1° La symphyséotomie a acquis définitivement sa place au rang des opérations obstétricales. Elle doit toutefois être limitée entre des bornes bien précises, si l'on veut se soustraire aux dangers qui pourraient en compromettre la bonté des résultats.

2° Le but que l'accoucheur se propose en exécutant la symphyséotomie, c'est de gagner assez d'amplitude pour permettre à la tête du fœtus à terme un passage naturel, ou une extraction facile, non forcée. Ce résultat peut être atteint, à la condition de ne pas dépasser dans son application des limites bien précises, soit de ne pas descendre au-dessous de 70 millimètres de C. V. Un bassin de 70 millimètres, qui a un sacrum de largeur moyenne, atteint 83 millimètres par la seule projection en avant des pubis séparés, et 85 millimètres si l'on tient compte de l'abaissement des pubis. Plus loin, il n'est pas possible d'arriver, à moins de dépasser la limite de 6 centimètres dans le degré d'écartement, limite que la plupart des auteurs croient dangereux de dépasser. Ainsi agrandi, le bassin de 70 millimètres peut encore permettre le passage à la tête d'un fœtus qui ait 90 millimètres de bipariétal. Les 5 millimètres en défaut peuvent toujours être compensés, soit par l'engagement de la bosse pariétale antérieure entre les pubis séparés, soit par l'espace libre que le pariétal postérieur trouve au niveau d'une des symphyses sacro-iliaques, soit enfin par la réductibilité de la tête fœtale.

3° Il n'est pas dit que l'opération ne puisse atteindre son but même au-dessous de cette limite extrême. Mais les statistiques démontrent que, au-dessous de cette limite, les

dangers pour la mère et pour l'enfant augmentent dans une proportion rapidement progressive.

4° Au-dessus de 70 millimètres la symphyséotomie peut trouver une indication rationnelle jusqu'à 80 millimètres de C. V. s'il y a lieu, à compter sur un enfant de développement régulier.

5° Au-dessus de 80 millimètres et jusqu'à 85 la symphyséotomie aura des indications relatives, seulement s'il y a le concours de certaines conditions particulières : défaut de plasticité de la tête fœtale, résultat défavorable des accouchements antérieurs traités autrement, insuffisance du forceps reconnue à la suite de quelque essai préalable.

6° Au-dessous de 70 millimètres, comme au-dessus de 85, la symphyséotomie ne doit être appliquée que s'il y a motif à se douter d'une dimension anormale de la tête fœtale, au-dessus ou au-dessous de la moyenne : c'est-à-dire dans des cas absolument exceptionnels (accouchement prématuré, accouchement tardif, enfant développé beaucoup plus ou beaucoup moins que la moyenne).

7° On peut trouver des indications plus rares à la symphyséotomie dans les rétrécissements du détroit inférieur, dans les tumeurs occupant l'excavation, dans les présentations de front ou de face.

8° Les progrès récents de l'obstétrique opératoire nous portent à rejeter absolument l'association méthodique de la symphyséotomie avec l'accouchement prématuré, aussi bien que celle de la symphyséotomie avec l'embryotomie.

9° Il est toujours prudent de limiter la symphyséotomie aux multipares, et cela pour deux raisons. Avant tout, dans l'incertitude relative des moyens dont nous disposons pour la mensuration, notre conscience est bien plus tranquille sur l'exactitude de l'indication, quand nous sommes instruits par le résultat des accouchements antérieurs. Puis les dangers qui résultent de la possibilité d'une déchirure des parties molles (un des écueils de la symphyséotomie) sont beaucoup plus grands chez la primipare que chez la multipare.

10° La limitation aux primipares n'est pas toutefois à accepter dans un sens absolu. Les parties molles ne sont pas toujours si faciles à se déchirer : on peut d'ailleurs les préparer jusqu'à un certain degré par le colpeurynter. Il faut faire une exception toute particulière pour les primipares âgées chez lesquelles la valeur de la vie fœtale doit être estimée beaucoup plus haut que pour les jeunes.

11° La symphyséotomie sera formellement réservée au cas de fœtus vivant et sain. Lorsqu'on prépare une symphyséotomie, il faut protéger jusqu'au possible la poche des eaux pendant la dilatation, en ayant même recours au colpeurynter.

12° La symphyséotomie, bien qu'elle ne soit pas une de ces plus graves opérations qui réclament presque d'une façon absolue un local exprès d'opération, entraîne toutefois des dangers et implique des responsabilités qui ne se limitent pas toujours au succès immédiat, et, quelle que soit la confiance du médecin dans son habileté opératoire, difficilement il se décidera à pratiquer la symphyséotomie dans sa clientèle privée.

Opération césarienne. — 1° Comme les indications de l'accouchement prématuré et de la symphyséotomie s'arrêtent respectivement à 75 et à 70 millimètres, les bassins rétrécis au-dessous de 70 millimètres ne pourront de nécessité être du ressort que de l'opération césarienne ou de l'embryotomie. Rien de plus justifié que l'aspiration de l'heure actuelle, qui vient à considérer l'embryotomie sur l'enfant vivant comme une opération d'exception ; si l'embryotomie doit former l'exception, l'opération césarienne sera la règle : c'est-à-dire qu'au-dessus de 70 millimètres l'opération césarienne trouvera une indication absolue. Au-dessus de 70 millimètres il y a d'autres opérations qui sont à même de nous faire atteindre complètement le but obstétrical et d'entrer en concurrence avec l'opération césarienne ; c'est-à-dire qu'au-dessus de 70 millimètres l'on ne parlera plus d'une indication absolue, mais d'une indication relative.

2° L'indication absolue n'a pas besoin de justification pour ce qui concerne les intérêts de la vie fœtale. Mais pour la vie maternelle nous ne pouvons pas oublier que la mortalité de l'opération césarienne, dans les cliniques, et à la main des meilleurs opérateurs, varie encore entre 6 et 10 p. 100. Encore plus forte, elle résulterait si l'opération devait se divulguer dans les conditions sans doute moins favorables de la clientèle privée et de l'opérateur isolé. Et voici surgir une question : si l'accoucheur qui reconnaît n'avoir pas à la portée de la main tous les moyens pour mieux garantir l'issue de l'opération césarienne, n'a-t-il pas raison de préférer, dans certains cas, l'embryotomie ?

3° Avec un bassin entre 70 à 60 millimètres, l'on aura donc le droit de parler d'une indication absolue à l'opération césarienne dans les cliniques ; mais, dans la clientèle privée, elle pourra laisser la place à l'embryotomie. Au-dessous de 60 millimètres, l'embryotomie elle-même présente des dangers qui peuvent égaler et surpasser ceux de l'opération césarienne, qui rentre pour cela dans ses droits, et qui reste la seule ressource possible si le bassin descend au-dessous de 50 millimètres.

4° L'indication relative à l'opération césarienne est beaucoup plus discutable ; elle irait de 70 à 80 millimètres, tout en tenant compte aussi de la variabilité des dimensions fœtales. La plus forte raison à son appui, c'est que, comme elle est contre-indiquée dans la symphyséotomie et l'accouchement provoqué, elle égale à peu près la première par les dangers pour la mère et devance de beaucoup le second dans les avantages pour l'enfant.

5° La primiparité ou pluriparité pourraient, dans ces cas, influencer notre choix entre l'opération césarienne et la symphyséotomie : il faut compter aussi sur les préférences que l'opérateur pourrait avoir pour l'une ou pour l'autre. Quant à nous, nous reconnaissons à l'opération césarienne l'avantage d'être une opération typique, et l'inconvénient de réclamer l'ouverture de la cavité péritonéale.

6° Cette indication relative de l'opération césarienne pourra toutefois trouver son application, à la seule condition que l'on soit à même d'offrir à la femme un local ou un entourage, tels qu'ils sont nécessaires à la rigueur pour toute intervention laparotomique.

7° Le choix entre l'opération césarienne conservatrice et l'opération de Porro doit se résoudre, en thèse générale, en faveur de la première, à moins qu'il n'existe une indication particulière à l'amputation de l'utérus. Naturellement que l'opération conservatrice aura encore plus de droit à être choisi si, au lieu d'une indication absolue, il s'agissait d'une indication relative à l'opération césarienne.

8° Parmi les modifications les plus récentes à la technique de l'opération césarienne, une surtout mérite une certaine attention : c'est-à-dire l'incision sur le fond de l'utérus, soit transversale, soit longitudinale (Fritsch et Caruso).

Embryotomie. — 1° La limitation de l'accouchement pré-

maturé provoqué, limitation pour laquelle nous nous sommes prononcés, porte toutefois de nouveau sur le terrain la question de l'embryotomie sur l'enfant sain à terme. Tous les accoucheurs n'ont pas le courage d'exposer la femme aux dangers inséparables d'une symphyséotomie ou d'une opération césarienne. Pas tous les locaux sont adaptés pour ces opérations. Pas toutes les femmes se prêteraient de bon gré à une opération si sérieuse. Ces difficultés, on les rencontre plus rarement dans les maternités, mais assez souvent en ville.

Si le C. V. ne descend pas au-dessous de 70 millimètres, l'accoucheur a l'habitude de faire quelque essai prudent d'extraction, qui, s'il n'est pas couronné de succès, dégage la responsabilité de l'opérateur et, en plaçant le fœtus dans des conditions de souffrance, justifie de suite l'embryotomie.

Si toutefois le C. V. est au-dessous de 70 millimètres, il est trop facile de prévoir l'insuccès de toute tentative d'extraction de l'enfant sans mutilation. Qui ne peut ou ne veut pas avoir recours à l'opération césarienne se trouvera, dans ce cas, dans la nécessité de pratiquer l'embryotomie, même sur l'enfant sain.

2° Un des moyens les plus efficaces pour restreindre la nécessité de l'embryotomie sur l'enfant sain nous sera donné par l'hospitalisation des femmes en couches. Dans une maternité, la plupart des objections à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie cessent d'elles-mêmes. En ville, avec un diamètre antéro-postérieur entre 70 et 60 millimètres l'on ne peut pas renoncer d'une façon absolue à l'embryotomie. Au-dessous de 60 millimètres, l'embryotomie elle-même se fait si difficile et si dangereuse, à justifier la préférence pour l'opération césarienne.

Si, la femme étant saine, l'enfant souffre ou est mort, les indications fournies par le rétrécissement à l'égard des différentes opérations sont nécessairement modifiées.

Nous dirons avant tout que, de ce point de vue, l'enfant souffrant équivaut à l'enfant mort. Quand la souffrance fœtale, surtout par asphyxie, a atteint un degré tel qu'elle donne des symptômes évidents, qui voudrait encore penser à une symphyséotomie ou à une opération césarienne? à moins que, pour l'opération césarienne, il ne s'agisse d'un rétrécissement au-dessous de 50 millimètres.

C'est ici que l'embryotomie rentre dans tous ses droits, soit que la souffrance se soit présentée spontanément, soit qu'elle soit survenue à la suite de tentatives infructueuses d'extraction. Tout au plus, si le rétrécissement n'est pas au-dessous de 70 millimètres, il sera prudent, avant que de recourir à l'embryotomie, de faire une dernière tentative prudente d'extraction dans la position de Walcher (forceps ou version).

Si enfin l'enfant est sain, mais la femme souffre, l'accouchement provoqué pourra encore trouver dans la souffrance maternelle une nouvelle indication. Mais jamais on ne devra pratiquer la symphyséotomie sur la femme malade, ou sur celle à qui le travail aura causé des altérations (fièvre, albuminurie, urines sanglantes, œdèmes étendus, éclampsie). Les mêmes limitations s'appliquent à l'opération césarienne, pourvu qu'il ne s'agisse des degrés plus avancés de rétrécissement.

Et alors, la femme étant malade, l'on devra par nécessité avoir recours à l'embryotomie : non pas, cela se comprend, sans avoir d'avance essayé dans les limites du possible les différents moyens d'extraction sans mutilation. »

On peut résumer très succinctement les conclusions de *M. Fancourt Barnes* (de Londres) :

« 1° Je pense que la symphyséotomie n'a pas prouvé sa raison d'être, et je ne peux m'empêcher de croire que les éminents accoucheurs qui ont fait son éloge l'abandonneront dans l'avenir ;

2° L'accouchement prématuré artificiel aura, dans certaines limites, toujours une place attitrée et utile entre les opérations obstétricales ;

3° Nous sommes forcés, après une étude attentive des dernières publications sur l'opération césarienne, de convenir qu'elle est une opération scientifique et justifiée, et qu'elle sera exécutée, à l'avenir, grâce aux progrès de la science obstétricale, dans beaucoup plus de cas qu'autrefois. »

De son rapport, si étudié et si documenté, le professeur *Pinard* tire, après exposé des pièces justificatives, les conclusions que voici :

« Dans la thérapeutique des viciations pelviennes doivent disparaître :

1° L'accouchement prématuré artificiel ;

2° Toute opération (forceps, version, etc.) impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin siégeant soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur ;

3° L'embryotomie sur l'enfant vivant.

Pendant le travail de l'accouchement, deux dangers doivent être évités :

1° La longueur du travail ;

2° L'infection.

L'obstétrique opératoire doit comprendre dans les rétrécissements du bassin :

1° L'agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischo-pubiotomie, coccygotomie) ;

2° L'opération césarienne conservatrice ou suivie de l'hystérectomie partielle ou totale ;

3° L'embryotomie sur l'enfant mort. »

THÉRAPEUTIQUE

Le kyl dans la thérapeutique des maladies cutanées.

Le kyl est une substance minérale qui se trouve en grande quantité aux bords de la mer Noire ; de consistance molle, de coloration grisâtre, le kyl a la composition suivante :

Acide silicique	51	p. 100.
Alumine	12,60	—
Oxyde de fer	8,44	—
Carbonate de magnésie	8,77	—
Carbonate de chaux	8,01	—

Mélangé avec de l'eau, où il est absolument insoluble, il forme une pâte liquide très plastique et très douce que les marins de ces régions connaissent sous le nom de *savon de mer*.

Étant donné que le kyl émulsionne très bien les graisses, qu'il ne produit aucune irritation de la peau, on peut parfaitement l'employer pour les lavages et les bains de boue artificiels ; on pourra aussi s'en servir comme base pour la préparation de toute sorte de substances antiseptiques et cicatrisantes.

Beliamovitsch, au travail de qui nous empruntons les détails que nous venons de donner, conseille donc d'essayer le kyl dans les différentes maladies cutanées, surtout dans les cas où les savons alcalins, étant donné l'irritation qu'ils produisent, sont contre-indiqués (eczéma, etc.). (*Thér. mod. russe*, et B. Taft. In *Rev. thér.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

M. Brusau. Contribution à l'étude du morphinisme expérimental. Essai de sérothérapie et d'opothérapie. — M. Larroche. Un exemple d'hospitalisation des malades à la campagne. — M. Lafite-Dupont. Morphologie générale de l'articulation du genou. — M. Guyot. Contribution à l'étude de l'immobilisation dans le mal de Pott chez les enfants. — M. Rainguet. Étude critique des suites éloignées de l'amputation sous-vaginale du col utérin pendant la période génitale de la femme. — M. Cosse. Traitement du strabisme. — M. Soulé. Contribution à l'étude expérimentale des troubles fonctionnels et des altérations médullaires consécutifs à la ligature temporaire de l'aorte abdominale chez le chien. — M. Hubert. De l'urétrotomie interne. — M. Brunel. Des abcès de l'amygdale palatine. — M. Capette-Laplène. Les ganglions de la joue. — M. Lestage. De l'énanthème bucco-pharyngé à la période primaire de la syphilis. — M. Landry. De la réinoculation syphilitique. — M. Regett. Etude sur l'emploi du sérum gélatiné dans le traitement des anévrismes. — M. Lamy. État des quatre amygdales dans la période secondaire de la syphilis. — M. Darcourt. Du traitement électrique de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants et les adolescents. — M. Parmentier. Des avantages du tracteur d'Hubert (de Louvain) modifié. — M. Dupouy. Contribution à l'étude des ferments oxydants des liquides de l'organisme. — M. Barde. Contribution à l'étude de la diazoréation d'Ehrlich dans la fièvre typhoïde. — M. Cassat. Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant. — M. Roques. Contribution à l'étude clinique des effets de l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré. — Delmas. De la paralysie générale des adolescents. — M. Laboisne. Des lésions urétéro-rénales au cours du cancer utérin. — M. Paramananda. Contribution à l'étude de l'extirpation du cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale. — M. Ducosté. De l'épilepsie consciente et mémsique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques. Le suicide impulsif conscient. — M. Fauché. De la valeur du signe de Babinski comme moyen de diagnostic différentiel entre les paralysies organiques et les paralysies fonctionnelles. — M. Huillet. Contribution à l'étude du doigt à ressort. Recherches chez les musiciens. — M. Boïadjieff. La neurasthénie chez les enfants. — M. Coyola. Des mastoïdites aiguës au point de vue des indications opératoires, du traitement et des suites. — M. Laborie. Du pouvoir antiseptique du cyanure de mercure et de son emploi en obstétrique. — M. Mirop. Des roséoles de retour dans la syphilis. — M. Micheleau. De l'hyperchlorurie dans la symptomatologie des affections tuberculeuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions des stagiaires.* — Seront inscrits d'office, sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1899-1900, et qui auront pris l'inscription de juillet 1899 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième, huitième ou douzième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1899 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre), sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1899.

Classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études sont classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu les 31 octobre, 3 et 4 novembre 1899, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Stage d'accouchement et stage spécial. — Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893).

Ces dispositions ne seront pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études que l'administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ces services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux devront justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchements.

Justification du stage. — Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'administration générale de l'Assistance publique.

L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier.

Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Lycée de Nice. — M. le docteur Raymond, médecin adjoint du lycée de Nice, est nommé médecin dudit lycée, à dater du 1er octobre 1899, en remplacement de M. le docteur Huillet, décédé.

M. le docteur Bermondy est nommé médecin adjoint du lycée de Nice, à dater du 1er octobre 1899, en remplacement de M. le docteur Raymond, appelé à d'autres fonctions.

Statistique. — Mortalité à Paris du 13 au 19 août. Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 33e semaine, 978 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (926), et à la moyenne ordinaire des semaines d'août (876). La

fièvre typhoïde a causé 32 décès (au lieu de la moyenne 7); mais il convient de remarquer que les cas ont sensiblement diminué. Les médecins ont déclaré 155 cas de fièvre typhoïde pendant la 33e semaine, tandis qu'ils en avaient déclaré, savoir : 213 pendant la 30e, 232 pendant la 31e et 174 pendant la 32e. La rougeole a causé 30 décès, au lieu de la moyenne 12; la scarlatine 2, au lieu de la moyenne 3; la coqueluche 10, au lieu de la moyenne 7, et la diphtérie 2, au lieu de la moyenne 8. Il n'y a eu aucun décès par variole pendant les six dernières semaines; la diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 143 décès d'enfants de 0 à 1 an, au lieu de 171 pendant la semaine précédente, et au lieu de 122, moyenne ordinaire de la saison. Il y a eu 17 suicides et 24 autres morts violentes.

La fièvre typhoïde à Paris.— Depuis le commencement de l'année et surtout depuis quelques semaines, les cas et les décès de fièvre typhoïde ont pris une fréquence inusitée, qu'il ne faut cependant pas exagérer. Pendant le premier semestre, il y a eu 10 décès par fièvre typhoïde et par 100.000 habitants, tandis que, pendant les quatre dernières années, ce chiffre était exceptionnellement descendu à 10 pour toute l'année; la moyenne avait été de 65 en 1872-1890, et de 18 en 1890-1899. On ne constate d'ailleurs aucune localisation coïncidant avec la nature de l'eau distribuée, les travaux de terrassement, etc. En attendant qu'on ait cherché et démontré si l'eau distribuée joue un rôle dans cette petite recrudescence de l'endémie, il est prudent de ne boire que de l'eau rigoureusement filtrée, ou mieux bouillie, suivant l'avis renouvelé du Conseil d'hygiène de la Seine. (*Rev. d'hy.*)

La peste en Europe. — Le directeur du service de santé de Marseille communique la note suivante :

« A partir du 28 août la patente de la santé sera obligatoire pour les navires provenant des ports portugais et espagnols, par application de l'article 12 du décret de la police sanitaire maritime du 4 janvier 1896. »

En raison de l'état sanitaire du Portugal, le service hebdomadaire par paquebots français entre Carthagène et Oran vient d'être suspendu.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 97. — MARDI 29 AOUT 1899. 72e ANNÉE MARDI 29 AOUT 1899. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — La prophylaxie de la peste au moyen de la suppression des rats et des souris. — De la lèpre en Cochinchine et dans la presqu'île Malaise. — REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE. — FORMULAIRE. Poudre dentifrice. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LA PROPHYLAXIE DE LA PESTE

AU MOYEN DE LA SUPPRESSION DES RATS ET DES SOURIS (1)

Par M. le docteur LORIGA,
Médecin sanitaire provincial à Venise.

Dans les récentes épidémies de peste en Chine et dans l'Inde on a noté que les souris ont une part très importante dans la diffusion de la maladie. Ce fait a été signalé pour la première fois à l'attention des Européens en 1881 par les missionnaires français du Yunnan et par Rocher, consul de France à Mong-tzé, mais il semble qu'il est connu depuis longtemps et redouté par les indigènes des régions de l'Hymalaya où la peste est endémique comme de ceux de l'île de Formose (Ogata), et Hankin l'a trouvé indiqué dans les mémoires d'Ichangir-Schangir, empereur des Indes, relativement à la peste d'Agra en 1618.

Bien que Simond en 1893 à Long-Tcheou, dans le Quang-Si, à Rennie, Pakkoï et Lien-Chù dans la province de Canton, et Hutchinson dans le district du Gurhwal en 1894 aient confirmé et augmenté les observations précédentes, Yersin (2) a incontestablement le mérite d'avoir affirmé que la peste, avant de devenir une maladie des hommes, est une maladie des rats, et d'avoir préconisé la destruction de ceux-ci comme étant une bonne méthode de prophylaxie contre l'épidémie.

Les soigneuses recherches de Snow et Weir, le premier commissaire municipal et le second officier sanitaire de la ville de Bombay, et les minutieuses enquêtes de Simond (3) et de Hankin (4) ont démontré l'exactitude de cette conception et l'ont mise de nouveau en lumière.

C'est pourquoi l'importance des souris dans la propagation de la peste et les relations de cause à effet qui existent entre les deux maladies doivent être considérées comme amplement démontrées.

Je me limiterai ici à résumer brièvement les principaux faits qui le prouvent, tels qu'ils ont été constatés par les nouvelles recherches :

1° Kitasato et Yersin, et depuis eux beaucoup d'autres, ont trouvé le bacille spécifique de la peste dans les cadavres des rats et des souris recueillis dans les habitations où étaient survenus des cas de peste ou dans les rues des villes infectées; ils ont ainsi mis hors de doute la grande réceptivité de ces rongeurs pour ce bacille ;

2° Dans toutes les villes de l'Inde ont été observés des cas manifestes de contagion de la souris à l'homme. A Bombay on a remarqué dans quelques-uns des établissements où furent trouvés des cadavres de rats que les personnes qui les avaient recueillis ont seules été prises de peste, alors que beaucoup d'autres employés et ouvriers travaillaient dans ce même local ;

3° Les premiers cas de la maladie se manifestèrent quelquefois dans les édifices où étaient déposés des blés ou des graines de coton ou d'autres substances capables d'attirer les rats. A Kurachee, ces dépôts se trouvent dans quelques rues où il n'y a pas d'habitations, et les premiers malades furent précisément les gardiens et les employés de ces dépôts ;

4° Presque toutes les habitations bien construites et bien tenues, c'est-à-dire peu aptes à recevoir des rats, restèrent indemnes de peste. Cette même immunité a été constatée à Rennie et à Canton en 1894 chez les habitants des bateaux ancrés dans la rivière. En regard de ces faits on doit noter la permanence de l'infection dans les maisons des indigènes pauvres, bien qu'on en ait éloigné tous les habitants, qu'on ait enlevé tout le contenu et pratiqué les désinfections les plus rigoureuses, parce qu'elles pouvaient être infectées à nouveau par des souris ;

5° La morbidité des hommes à Bombay, à Kurachee et à Karad se localisa principalement dans les quartiers où avait éclaté l'épizootie des rats. La diffusion de l'épidémie dans les autres quartiers de ces mêmes villes fut régulièrement précédée par l'immigration et la mortalité des rats, et sa diffusion suivit toujours l'itinéraire suivi par les souris dans leurs émigrations ;

6° Dans les pays sains très voisins des pays infectés, la maladie éclata parmi les habitants sans qu'il fût importé un seul cas de peste, mais elle fut précédée de l'immigration des rats provenant d'un lieu infecté ;

7° Dans beaucoup de pays et villes l'éclosion de l'épidémie parmi les habitants eut lieu plus d'un mois après l'importation des premiers cas ou depuis la mort des fuyards provenant de localités infectées. Dans cet intervalle la peste s'est ainsi propagée et diffusée parmi les souris et seulement après elle s'attaqua aux hommes ;

8° Enfin le mode d'infection et de propagation de la peste sur quelques navires a aussi prouvé que les rats y avaient été le véhicule de la contagion.

Un lien évident et bien démontré existe donc entre la peste de l'homme et celle de la souris. Le même agent spé-

(1) *Rev. d'hyg. et de police sanit.*, 1899, n° 8, trad. d'après la *Rivista d'ig. e sanit. pubbl.*, des 1er et 16 juin 1899.
(2) YERSIN. Sur la peste bubonique, *Ann. de Pasteur*, janv. 1897.
(3) SIMOND. La propagation de la peste, *Ann. de Pasteur*, oct. 1898.
(4) HANKIN. La propagation de la peste, *Ann. de Pasteur*, nov. 1898.

cifique est la cause de l'une et de l'autre ; elle peut se communiquer de la souris à l'homme et de celui-ci à celle-là ; l'un et l'autre peuvent devenir le véhicule de la contagion de local à local ; bien que la contagion de l'homme malade à l'homme sain ne soit pas très fréquente, la souris semble cependant être l'agent principal et presque nécessaire de la diffusion de la peste sous forme épidémique.

Ces observations expliquent que les moyens ordinaires, à savoir l'isolement des malades et les désinfections, qui donnent d'excellents résultats dans les autres maladies infectieuses, ne peuvent réussir efficacement contre la peste si l'on ne peut détruire rapidement toutes les souris et les rats ou en empêcher les migrations dans une zone circonscrite.

Depuis le mois de juin 1898 à Bombay et dans quelques autres villes de l'Inde on a fait quelques tentatives pour obtenir ce résultat, soit en inondant les égouts avec des torrents d'acide phénique, soit en aspergeant le sol autour des maisons de poudres phéniquées pour défendre contre les souris les entrées des habitations, soit en inoculant à quelques-unes de celles-ci le bacille de la septicémie des souris pour provoquer parmi les autres le développement d'une épizootie. Mais les résultats furent peu satisfaisants.

Toutefois on en conclut à la nécessité d'adopter des précautions proportionnées au but et à l'opportunité d'examiner si nous ne possédons pas de moyens rapides, sûrs et pratiques de détruire les souris.

C'est une coutume très ancienne que de se servir des animaux qui sont les ennemis naturels des souris et qui se servent de leur agilité pour leur faire la chasse, tels que les chats, les chiens et les porcs (1), mais leur emploi en temps de peste n'est pas sans danger. Les faits d'observation et les expériences de laboratoire conduisent à croire que les chiens seuls sont indemnes de la peste ; les chats et les porcs en semblent au contraire assez récepteurs.

Les expériences de Lawson, qui n'a pas réussi à infecter, ni par l'inoculation sous-cutanée, ni par la bouche, les cochons, sont contredites par les résultats positifs de Wilm (2) et d'Ogata (3). Ce dernier a également vu mourir à la suite de l'inoculation des chats, tout au plus un peu plus tardivement que d'autres animaux.

Les expériences plus récentes de Mattei (4), lequel n'a pu tuer les porcs et les chats, mais les a vus malades plus ou moins gravement et a rencontré dans leurs déjections le bacille pesteux, contredisent seulement en apparence cette opinion.

Quoi qu'il en soit, il est indubitable que tous ces animaux peuvent devenir un véhicule assez redoutable de l'infection soit au moyen des pattes et du museau souillés de matières fécales infectieuses ou de sang, soit, pour ce qui concerne les chats, par leur habitude de griffer.

Il n'est pas défendu de penser toutefois que, dans certains cas, la présence de ces animaux peut être très utile pour éloigner les souris et pour prévenir ainsi l'épidémie. Le professeur Müller a rapporté, d'après le docteur Hankin, que dans le village de Mahim Bhundarwada il avait trouvé dans chaque maison au moins un chat qui était gardé par les habitants dans le but de chasser les souris, déjà considérées par eux comme susceptibles d'apporter la peste, et que réellement ce village était resté indemne de l'épidémie, bien qu'elle sévît dans le plus grand nombre des villages voisins.

(1) Dans quelques localités, on y emploie également les hiboux et les chat-huants qui se tiennent dans la cave pendant le jour, et pendant la nuit sont remontés dans les appartements.

(2) Wilm. Sur l'épidémie de peste à Hong-Kong en 1896, *Hygien. Rundschau*, 1897, nos 5 et 6.

(3) Ogata. Sur l'épidémie de peste à Formose, *Centralbl. f. Bakt.*, vol. XXI, 1897, p. 769.

(4) Dr Mattei. Sur la transmission de la peste bubonique aux animaux, Cong. d'hyg. de Turin, 1er oct. 1898. — Souris et chats dans la diffusion de la peste, Acad. Gioenia de Catane, 13 nov. 1898.

Mais dans les villes munis d'égouts ou qui offrent d'autre mode facile d'asile aux souris et aux rats, ce moyen de défense apparaît insuffisant, et lorsque la maladie a déjà gagné les rongeurs, il sera prudent d'éloigner des habitations tous les animaux qui peuvent avoir un contact facile avec eux et de recourir en conséquence aux moyens de destruction physiques, chimiques ou mécaniques.

Ceux-ci peuvent être employés isolément ou simultanément, suivant les conditions de temps et de lieu.

Ainsi, si l'on peut tendre des lacets ou disposer des pièges de diverses formes, obturer les ouvertures des tanières, chasser les rongeurs au moyen de perches ou de pieux pour les faire prendre par des chiens ou pour les ramasser dans des sacs, y verser de l'eau bouillante ou des acides forts ou du goudron, qui est le meilleur de tous les liquides. On peut aussi asphyxier les rats en insufflant dans les galeries de la fumée ou des vapeurs de soufre à l'aide des appareils spéciaux, de fusils à gaz ou de machines à fumée consistant essentiellement en un soufflet ordinaire muni d'un long tube avec un renflement dans lequel on place des chiffons bien imprégnés de soufre et qu'on y brûle. En faisant agir le soufflet, on maintient vive la combustion et la fumée se répand dans les galeries où se trouvent les rats. En Thessalie, les meilleurs résultats furent obtenus par l'ignition de sulfure de carbone dans les trous dont on avait obturé toutes les ouvertures.

Parmi les poisons, ceux dont on fait principalement usage sont l'arsenic, le phosphore, la strychnine mélangée à d'autres substances, le carbonate de baryte, le camphre, le chlorure de chaux et la scille maritime, mélangés aux aliments sous des formes diverses et surtout à la farine.

Ces moyens et d'autres semblables peuvent donner seulement des résultats très limités, insuffisants surtout dans les lieux habités dans lesquels le sous-sol est perforé de tout côté pour la cuisine, l'égout, et d'autres conduits très inaccessibles à l'homme, mais dans lesquels les rongeurs trouvent un abri sûr contre toute attaque. Les procédés asphyxiants méritent toutefois beaucoup de confiance lorsqu'il est possible de fermer hermétiquement toutes les ouvertures des conduits ou des égouts (1).

En outre de ces moyens qui nécessitent plutôt l'action individuelle, on a expérimenté dans ces toutes dernières années, spécialement contre les souris des champs, une autre méthode ayant pour but de détruire rapidement toute la population des souris demeurant sur une zone déterminée, et qui consiste à provoquer parmi elles le développement d'une épizootie.

Cette idée fut appliquée pour la première fois dans la pratique en 1882 par le docteur G. Joseph (2), professeur à l'Institut scientifique d'économie rurale de Breslau, lequel entoura pendant quelques jours la peau des souris avec des morceaux de toile imbibés de croûtes et de matériaux de sécrétion de la teigne faveuse de l'homme, puis les mit en liberté. Les souris malades succombaient à une cachexie lente ou étaient détruites par les souris saines, lesquelles ont l'habitude de tuer et de manger elles-mêmes leurs compagnes débiles, malades et défigurées, et la maladie se répandit ainsi parmi la multitude des souris de la localité.

Le point faible de la méthode réside dans la durée de la maladie qui est de plusieurs semaines et par suite ne peut réussir utilement pour empêcher l'invasion d'une autre maladie à durée beaucoup plus rapide, telle que la peste. La

(1) Il paraît que quelques expériences dans ce sens ont été faites à Gênes avec des résultats satisfaisants.

(2) Joseph. *Der Landwirth*, 1882.

contagiosité du favus semble en outre très limitée parce qu'il n'est pas rare de trouver dans certaines villes des souris et des rats malades de teigne, et malgré cela la multiplication de l'espèce n'en est pas limitée. Enfin, quand bien même l'ifomycète proposé par Joseph serait plus efficace, on ne pourrait l'adopter communément, parce que la maladie se communique facilement à l'homme.

Un autre microorganisme beaucoup plus connu est celui qui a été proposé par Löffler (1). Il a été isolé des souris blanches, mortes à la suite d'une épizootie survenue spontanément en octobre 1890 dans le laboratoire ; c'est un bacille très mobile, capable de former de longs filaments, qui ne se colore pas par la méthode de Gram et qui pour sa ressemblance avec le bacille typhique d'Eberth, a été appelé bacillus typhique des souris (*bacillus typhi murium*). Löffler a vu que non seulement la souris blanche, mais aussi l'*arvicola arvalis* peut prendre l'infection par la voie gastrique et que la mort survient dans l'espace de sept à quatorze jours. Resteront toutefois exempts de l'infection gastrique les autres souris telles que le *mus agrarius* (rat des champs) et un rat noir avec dos strié, les chats et beaucoup d'animaux utiles à l'agriculture, tels que les pigeons, les poules, les chèvres, les brebis, les porcs et les petits oiseaux chanteurs. Appelé en 1892 par le roi de Grèce, Löffler put expérimenter son bacille sur une vaste échelle en Thessalie contre l'*arvicola Savii* (une grosse souris presque semblable à un rat) et en obtint d'excellents résultats.

Toutefois une commission anglaise envoyée peu après en Thessalie pour recueillir des informations sur ce fait en vint à conclure que la méthode, non seulement ne peut être employée parce qu'elle coûte cher, mais surtout parce que le bacille détruit seulement les *arvicolæ* et qu'il est sans effet pour les autres souris; de plus, il n'est pas suffisamment prouvé que la maladie se répande parmi les souris laissées en liberté. Aussi le professeur Lüpke, de Stuttgard, met-il en doute l'efficacité de la méthode, parce que dans des expériences de laboratoire il a vu mourir seulement les individus les plus faibles en un espace de temps inférieur à quinze jours ; les plus forts furent sauvés après une faible réaction locale ou ne furent pas même malades.

Des conclusions très semblables à celles de Löffler furent celles de Sniadowski (2), Straünch (3), Lunkevitsch (4), Mereshkowsky (5) et de plusieurs autres qui ont étudié dans le laboratoire l'importance du *bacillus typhi murium*. Les expériences de Sniadowski sont en petit nombre et superficiellement conduites; Straünch a noté un retard dans la mort des souris et spécialement dans celles de maisons, et Lunkevitsch conclut que le bacille est pathogène sûrement et promptement pour l'*arvicola*, laquelle meurt en cinq ou six jours, mais que la souris de maison demeure indemne et qu'elle ne peut mourir que beaucoup plus tard (jusqu'à quarante-sept jours après) lorsqu'elle s'est infectée en mangeant des souris des champs. Mereshkowsky affirme de plus que la souris domestique est également susceptible à l'action de ce bacille, mais que la mort arrive en un temps beaucoup plus long que celui qui a été indiqué par Löffler, soit après vingt-cinq jours, et quelquefois après deux mois.

Parmi ceux qui ont appliqué cette méthode à la campagne, Kornauth (1) seul rapporte qu'en Autriche sur 36 stations de chimie agricole 30 ont obtenu de très bons résultats, 3 de vraisemblablement bons, et 3 seulement de négatifs, et il en conclut que l'action du bacille de Löffler comme moyen destructeur des souris doit être considéré comme sûrement affirmée. Tous les autres expérimentateurs ont obtenu des résultats peu satisfaisants.

Dernièrement le professeur Zupnik (2), de l'Université de Prague, a repris l'examen de la question de la virulence du bacille de Löffler, surtout dans le but de vérifier les raisons des résultats différents obtenus dans le laboratoire et à la campagne. De ses expériences nombreuses et bien conduites, il résulte que l'*arvicola arvalis* et le *mus agrarius*, comme la souris blanche et la souris grise, sont tués en un temps moyen de dix jours. Mais comme le bacille ne produit pas de toxines, ou au moins que ses produits ne sont pas toxiques pour les souris, la mort est due à l'invasion des bacilles dans le sang et dans les organes; par suite la quantité des bacilles ingérés a une très grande importance, aussi bien pour la durée de la maladie que pour ses suites. Si les cultures sont pauvres, la souris peut rester bien portante. Zupnik a vu en outre qu'en laissant ensemble dans les cages pendant beaucoup de semaines des souris malades avec des souris saines, celles-ci étaient rarement infectées.

C'est ce qui explique pourquoi un grand nombre d'expériences faites à la campagne n'ont pas donné de résultats. Dans le laboratoire, on emploie le plus souvent des cultures non diluées et en outre les souris sont obligées de consommer exclusivement des aliments infectés; au contraire, à la campagne, en raison de la dépense, les cultures sont diluées et les souris ne consomment pas toute la nourriture, si ce n'est lorsque la pâture n'offre plus aucune ressource. Toutefois, elles peuvent être infectées fréquemment en dévorant elles-mêmes les cadavres de leurs compagnes, bien que celles-ci soient rapidement saisies par les oiseaux de proie (3). En tenant compte de ces causes d'insuccès, Zupnik a appliqué la méthode dans les campagnes de la Galicie et obtenu des résultats favorables.

Un autre bacille qui, comme celui de Löffler (4), se trouve dans le commerce exclusivement, est celui qui a été découvert par Danjsz (5) à la fin de 1895. C'est un bacille polymorphe, décrit très incomplètement par l'auteur lui-même, qui l'a isolé chez les souris durant une épizootie qui s'était manifesté spontanément dans le laboratoire et auquel il a donné le nom de *coccobacillus murium*. Il est plus court et plus gros, mais présente des formes variées et dissemblables; il se développe vite et régulièrement à la température de 18 à 20 degrés ; sur la gélatine et aussi dans l'agar il donne des colonies rondes qui, lorsqu'elles se développent ensemble, prennent une couleur gris sale avec des reflets jaune pâle. Selon l'auteur, ce bacille est pathogène pour toutes les espèces de souris de maison, de champ et de bois, pour le rat migrateur et pour les rats. Pour ces derniers, Danjsz a préparé un n° 2 plus actif, qui est obtenu par des injections sous-cutanées et avec des passages suc-

(1) Löffler. Sur les épidémies observées sur les souris à l'Institut d'hygiène de Greifswald et sur la destruction de la peste des souris des champs, *Centralbl. f. Bakt.*, 1892, XI, p. 129. — La peste des souris des champs en Thessalie et sa destruction à l'aide du b. typhi murium, *Ibid.*, 1892, XIII, p. 1.— Sur le mode d'emploi pratique du b. des souris, *Ibid.*, 1893, XII, p. 647.

(2) Sniadowski. Cité par Zupnik, *Centralbl. f. Bakt.*, 1897, p. XXI.

(3) Straunch. *Der Landwirth*, 1892, p. 79.

(4) Lunkevitsch. Recherches sur la biologie du b. typhi murium et sa virulence à l'égard des souris des champs et des maisons, *Centralbl. f. Bakt.*, XV, p. 845.

(5) Mereshkowsky. Contribution à l'étude de la virulence du b. du typhus des souris de Löffler, *Centralbl. f. Bakt.*, 1894, t. XVI, p. 612.

(1) Kornauth. La destruction de la peste des souris au moyen du b. typhi murium, *Centralbl. f. Bakt.*, XVI, p. 104.

(2) Zupnik. Sur le mode d'emploi pratique des b. des souris, à propos du b. typhi murium de Löffler, *Centralbl. f. Bakt.*, 1897, XXI, p. 446.

(3) Telle fut précisément la cause de l'insuccès d'une expérience récemment faite à l'Institut bactériologique de Brême. (Voir *Centralbl. f. Bakt.*, 1898, XXIV, n° 24.)

(4) Le b. de Löffler est vendu commercialement chez Schwazlose fils, à Berlin, et celui de Danjsz à l'Institut Pasteur.

(5) Danjsz. Maladies contagieuses des animaux nuisibles, *Ann. de la sc. agronom.*, 1895, vol. I.

cessifs d'animal à animal. Il n'est pas nocif pour l'homme et pour tous les animaux domestiques.

Zupnik, qui l'a étudié comparativement avec le bacille de Löffler, trouve que le virus consiste dans un mélange de bacilles et de cocci qui sont plus nombreux dans le n° 1 que le n° 2; mais après le passage à travers les animaux, on peut isoler seulement des bacilles qui, par les caractères microscopiques et leurs cultures en bouillon et sur gélatine sucrée, sont très semblables à ceux de Löffler. Quant au pouvoir pathogène, il conclut que le bacille *typhi murium* est absolument préférable au coccobacille des souris (*coccobacillus murium*) parce que, tandis que le premier tue la souris des champs en dix jours, il n'y réussit qu'en quatorze jours. Il n'a pas été essayé sur les rats.

En 1892, Laser (1), à l'Institut d'hygiène de Kœnigsberg, avait isolé également chez les souris malades un bacille court très mobile, long du double de la largeur, lequel se colore mieux aux deux extrémités qu'au centre.

Les souris des champs infectées par la bouche moururent en six jours, la souris blanche en quatre jours. Depuis les expériences de Löffler en Thessalie, l'auteur a repris l'étude de son bacille et a trouvé qu'il n'est pas nocif pour le *mus agrarius*, pour les chats, les pigeons, les oies, les chevaux, les porcs et les vaches. Deux moutons en devinrent malades et moururent, mais à l'autopsie on ne trouva pas le bacille dans les organes.

Il affirme que dans deux essais faits à la campagne, en Russie, il obtint des résultats satisfaisants.

Les expériences de l'auteur sur ce bacille n'ont encore été reprises par personne.

Mereshkowsky (2), qui, en 1884, avait étudié le bacille de Löffler, publia également, dès l'année suivante, le résultat de ses recherches sur une maladie qui sévissait dans le district de Samara, en Russie, sur une espèce de marmotte (*Zieselmäuse Spermophilus musicus*).

Le bacille qu'il isola était très semblable à celui de Löffler, mais il en différait parce qu'il ne développait pas de gaz dans la gélatine sucrée. Les souris des maisons, infectées par la bouche, moururent entre le sixième et douzième jour, celles des champs entre le troisième et le septième. Les rats aussi (*mus decumanus*) purent être infectés, mais ils montrèrent une faible réceptivité. Le bacille était sans nocuité pour les animaux domestiques. A la campagne, les expériences donnèrent des résultats satisfaisants, en opérant à l'aide d'un gâteau de farine de seigle avec deux parties de farine et une culture du bacille en bouillon. Ce bacille n'a pas été étudié par d'autres expérimentateurs. (*A suivre.*)

DE LA LÈPRE

EN COCHINCHINE ET DANS LA PRESQU'ILE MALAISE (3).

MM. les docteurs Cognacq, médecin de première classe des colonies, et Mougeot, médecin de l'Administration à Saïgon, viennent de publier un ouvrage fort intéressant intitulé : « De la lèpre en Cochinchine et dans la presqu'île malaise. »

Jusqu'ici rien n'a été tenté pour mettre les populations de Cochinchine à l'abri de la lèpre, qui y existe à l'état endémique, comme dans tout l'Extrême-Orient.

MM. Cognacq et Mougeot ont, les premiers, signalé les ravages de cette maladie contagieuse dans notre colonie; ils indiquent en même temps dans leur ouvrage les moyens de la combattre et d'en atténuer les effets.

Nous citons les paroles des auteurs pour dépeindre la situation de la Cochinchine à cet égard et nous la montrer sous son aspect réel et véritable.

« La lèpre existe dans toute la Cochinchine et il n'y a malheureusement pas un seul arrondissement qui soit indemne. Cependant, les lépreux sont beaucoup plus nombreux dans l'ouest que dans l'est. Il est vrai que dans l'ouest de la Cochinchine, la population est beaucoup plus dense, car l'Annamite abandonne volontiers la région montagneuse de l'est pour habiter la plaine qui produit le riz en abondance. Rien d'étonnant donc à ce que la lèpre se condense autour des grands centres.

En Cochinchine, on rencontre des lépreux annamites, chinois, cambodgiens, indiens et malais.

L'énumération exacte du nombre des lépreux se trouvant en Cochinchine est difficile à cause de la dispersion des malades sur presque tous les points du territoire.

Néanmoins, il faut reconnaître que les Annamites savent parfaitement reconnaître la lèpre des autres maladies de la peau, et parmi les lépreux qui nous ont été présentés dans les différents villages par les autorités indigènes, les cas où le diagnostic était erroné étaient fort rares. Ils prenaient pour la lèpre la paralysie ou le mal perforant plantaire. La contagion, voilà le grand facteur étiologique de la lèpre en Cochinchine.

Il n'existe pas une seule léproserie en Cochinchine et tous les lépreux se promènent librement à Saïgon, ainsi que dans tous les arrondissements. Le devoir du gouvernement est donc de créer une ou plusieurs léproseries pour isoler les malades de la partie saine de la population, et, ce faisant, l'Européen lui-même sera mis à l'abri de toute contagion.

Et cette contagion, disent nos auteurs, est facilitée en Cochinchine par le fait même des mœurs et des habitudes des Annamites, ainsi que par le manque de mesures prophylactiques.

En effet, les Annamites recueillent chez eux les lépreux et vivent avec eux sans prendre la moindre précaution.

De plus, les Annamites de l'intérieur ont fréquemment du psoriasis, de la gale et des plaies. Est-ce qu'il n'y aurait pas là une porte ouverte à la contagion?

Les lépreux voyagent sans la moindre contrainte, ils circulent dans la ville et dans les endroits les plus fréquentés, où ils mendient en étalant leurs plaies suintantes pour exciter davantage la pitié et la générosité du public. C'est dans les environs du marché de Saïgon qu'ils semblent avoir élu leur quartier général; ils s'approchent des marchandises à l'étal, peuvent même les manier comme les cuisiniers, et c'est un fait digne de remarque, que la bienveillance débonnaire de la police envers ces agents de contamination.

Ils constituent un véritable danger pour la santé publique, mais les autorités semblent s'en désintéresser. »

Ces citations seraient suffisantes pour éclairer le public sur le danger constant que court la partie saine de la population, par le contact journalier des lépreux laissés en liberté à Saïgon, comme dans toute la Cochinchine. Mais nous préférons les compléter par quelques autres que nous empruntons au chapitre intitulé : De la création d'une léproserie en Cochinchine.

« On a vu souvent, pendant les séances de vaccination dans l'intérieur, des lépreux qui venaient en curieux, qui se glissaient au milieu des enfants et qu'on pouvait ensuite facilement suivre à la trace, grâce aux traînées de liquide sanguinolent provenant des ulcères de leurs pieds.

Dans les rues de Saïgon, au marché, dans les voitures publiques chaque jour on rencontre des lépreux. Parmi les

(1) Laser. *Centralbl. f. Bakt.*, 1891, XI, p. 184; 1893, XIII, p. 184; 1894, XVI, p. 33.

(2) Mereshkowsky. *Centralbl. f. Bakt.*, 1895, XVII, p. 742; 1896, XX, p. 85 et 176.

(3) Un vol. édité par les soins de la Société des études indo-chinoises de Saïgon, chez MM. Claude et Cie, impr.-édit. à Saïgon.

fonctionnaires indigènes il en existe également et nous connaissons un télégraphiste, un imprimeur et un instituteur lépreux.

Dans les centres de l'intérieur ils affectionnent tout particulièrement les appartements qu'ils transforment en charniers vivants.

En Cochinchine, les lépreux qui viennent volontairement demander des soins sont admis dans les hôpitaux sans qu'on fasse de distinction avec les autres malades. Dans la prison centrale de Saïgon, à Poulo-Condore et dans toutes les prisons des arrondissements, ils vivent au milieu des autres prisonniers.

La lèpre fait chaque jour de grands progrès dans ce pays; nous sommes persuadés, néanmoins, que cette maladie pourra être radicalement enrayée chez les Annamites lorsque le gouvernement voudra bien prendre les mesures nécessaires. Des mesures sanitaires auront en outre le grand avantage de préserver les Européens à Saïgon et dans tous les centres, du contact des lépreux et, par conséquent, d'une contamination possible; rien, en effet, ne peut faire supposer que nous jouissions d'une immunité à cet égard. »

En écrivant leur livre, MM. les docteurs Cognacq et Mougeot ont donc surtout eu pour but d'attirer l'attention de nos gouvernants sur le besoin qui se fait sentir de la création d'une léproserie et sur une réglementation concernant la lèpre en Cochinchine.

Ces médecins distingués exercent depuis longtemps à Saïgon et ont eu, en maintes circonstances, l'occasion de faire preuve de grand savoir et d'extrême dévouement au milieu des endo-épidémies, si fréquentes dans ces pays d'Extrême-Orient. Ils ont fait œuvre utile en écrivant un ouvrage qui mérite à tous les égards d'être lu et médité par tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de nos colonies.

Dr WEILL,
Médecin principal de l'armée, en retraite à Reims.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic entre le pyopneumothorax sus-phrénique et le pyopneumothorax sous-phrénique. (SIDNEY SHORT. *Birmingham med. Rev.*, avril 1899).— Enumérant les principaux signes distinctifs de ces deux états pathologiques, l'auteur appelle l'attention sur la valeur des commémoratifs, sur le mode de début, sur l'histoire antérieure du sujet. Dans la variété supra-phrénique, la cause habituelle est la rupture d'une portion de la plèvre recouvrant un poumon malade. La variété sous-phrénique est d'ordinaire consécutive à la perforation d'un ulcère de l'estomac, à l'ouverture d'un abcès du foie. En cas d'ulcère, on trouve des antécédents dyspeptiques, des hématémèses. Ces signes manquent s'il s'agit d'un pyopneumothorax dû à la perforation d'un ulcère du duodénum. Comme causes moins fréquentes, il faut signaler le cancer de l'estomac, les abcès du foie, les kystes hydatiques, l'appendicite, les abcès périnéphrétiques. Si le début est soudain, on peut hésiter entre un pneumothorax dû à la phtisie au début, à un ulcère gastrique perforant ou à l'irruption d'un abcès du foie. Dans le premier cas, on note, du côté malade, une douleur aiguë qui s'accompagne de toux. S'il s'agit d'un ulcère gastrique perforé, la douleur, qui s'accompagne d'hypéresthésie cutanée, est perçue dans la région épigastrique. Les vomissements peuvent exister dans les deux cas, mais surtout dans le pneumothorax. Dans un cas comme dans l'autre on trouve de la dyspnée, une grande faiblesse. Le point le plus important, dans l'examen physique est de déterminer la situation du diaphragme. Les signes de déplacement des organes voisins contribuent à faire la lumière sur ce point. Les mouvements du diaphragme ont une très grande valeur. D'ordinaire, les affections thoraciques dépriment ce muscle de telle sorte qu'il se trouve réduit à une impotence relative. Au contraire, les affections sous-diaphragmatiques l'élèvent, ce qui lui permet de continuer à se contracter. On reconnaît qu'il fonctionne normalement à son action sur la paroi de l'abdomen et les viscères abdominaux. L'auteur rapporte un cas dans lequel il existait une tumeur élastique de l'hypochondre gauche. Entre cette tumeur et le cœur, qui était refoulé en haut, existait une zone de sonorité. Les signes physiques indiquaient l'existence d'un liquide correspondant, comme siège, à l'arrière-cavité des épiploons. Un bruit de clapotement, à la percussion, révélait la présence d'une certaine quantité d'air mêlé au liquide. On pouvait penser à une collection d'origine pleurale. Le sujet mourut de pleuro-pneumonie. A l'autopsie, on trouva un ulcère de la paroi postérieure de l'estomac. Dans l'arrière-cavité se trouvait un abcès en voie de guérison. La plèvre gauche était entièrement adhérente. L'intérêt de ce cas réside dans l'existence d'une tumeur élastique correspondant à du liquide dans l'arrière-cavité; c'est là un signe d'une grande importance. En second lieu la ponction de la plèvre donna un peu de sérosité transparente, ce qui indiquait nettement que le pus n'était pas dans la plèvre.

Quand le pyoneumothorax occupe le côté gauche, la cause ordinaire est la perforation d'un ulcère gastrique. Le meilleur signe de perforation est une violente douleur épigastrique, secondaire, accompagnée de vomissements plus ou moins graves, de dyspnée, de tachycardie, en un mot de signes de péritonite au début. Si l'on n'opère pas immédiatement, ou bien il survient une péritonite généralisée, ou bien, grâce à la formation d'adhérences, il se fait un abcès sous-phrénique qui contient habituellement de l'air. En ce cas, l'état général du malade peut rester bon, mais le sujet est faible, avec une température irrégulière et un pouls rapide : tous signes qui doivent faire songer à la présence de pus.

Rôle respectif de l'urine et des selles dans la dissémination de la fièvre typhoïde. (HORTON SMITH. *The Lancet*, 20 mai, p. 1346.) — La contagiosité de la fièvre typhoïde n'est plus discutée à l'heure actuelle. On admet, comme mode habituel de transmission, l'ingestion d'eau souillée par les déjections des typhoïdiques. Cependant, des travaux récents ont montré que l'intestin n'est pas le siège unique des lésions, qu'il peut être peu altéré, alors que d'autres organes le sont davantage. C'est ainsi que l'on a été amené à découvrir que le bacille de la fièvre typhoïde peut être éliminé par les urines.

Les selles typhiques contiennent en très grande quantité des bacilles qui sont décelables dès le début de la troisième semaine. Passé ce terme, ils diminuent rapidement et l'examen bactériologique reste négatif. S'il survient une rechute, il peut y avoir une recrudescence de bacilles que l'on peut, au début, trouver de nouveau dans les selles, mais pendant presque toute la durée de la rechute elle-même, ainsi que pendant la convalescence, on ne trouve pas de bacilles dans les matières. Il en résulte qu'elles sont très infectieuses à une certaine période de la maladie, et qu'elles peuvent le redevenir à l'occasion d'une rechute. A quel moment exact sont-elles inoffensives? Des recherches bactériologiques contradictoires ne permettent pas encore de l'établir.

D'autre part, le bacille typhique se trouve dans l'urine des malades dans au moins 25 p. 100 des cas. Quoiqu'il s'y trouve en assez grande quantité pour pouvoir y être décelé par l'examen bactériologique, il n'atteint pas un nombre suffisant pour modifier l'aspect de l'urine à l'œil nu. Pourtant, dans 5 p. 100 des cas environ, sa présence rend l'urine trouble, ce qui représente une énorme quantité de bacilles (172.000.000 par centimètre cube, Petruchsky). Ils s'y trou-

vent presque toujours en culture pure. Ils apparaissent pour la première fois à une époque assez avancée de la maladie, parfois même pendant la convalescence. Ils demeurent présents dans l'urine pendant un temps assez considérable, pendant des semaines, des mois. Sauf dans les cas où leur présence rend l'urine trouble, naturellement, les caractères de la sécrétion n'aident pas au diagnostic. On peut y trouver pas ou peu d'albumine; parfois on en trouve une quantité notable, on trouve même du pus, mais toutes ces conditions sont indépendantes de la présence du bacille typhique. Le pronostic dans un cas déterminé n'est pas aggravé par la présence des bacilles dans l'urine.

Tandis que les selles typhiques sont surtout dangereuses au début de la maladie, avant la troisième semaine, les urines ne le deviennent que vers la fin. En outre, les selles, quoique renfermant des bacilles d'une façon constante, n'en contiennent jamais ces myriades que l'on peut trouver dans l'urine. Il semble donc que l'excrétion urinaire soit la plus dangereuse, partie à cause du nombre énorme de ses bacilles, partie à cause de la nature de l'excrétion elle-même. Par leurs caractères physiques, les selles attirent forcément l'attention et la moindre souillure du linge est perceptible : on peut donc y remédier. Au contraire, une simple goutte d'urine contenant des milliers de bacilles, adhérant après la miction au méat urinaire, peut infecter les draps sans qu'on y prenne garde.

C'est là, vraisemblablement, une des raisons pour lesquelles, en dépit de toutes les précautions, l'entourage des malades est si souvent atteint. Il le serait bien plus, à considérer les chances qu'il a d'être infecté, s'il n'existait certaines conditions de réceptivité indispensables à l'éclosion de la maladie.

Quoi qu'il en soit, et au point de vue pratique, l'urine des typhoïdiques doit toujours être considérée comme très infectieuse, et, pendant l'évolution comme pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, on doit prendre vis-à-vis d'elle les mêmes précautions que pour les matières fécales.

Recherches récentes sur la malaria. (THAYER. *Med. News*, 20 mai 1899, p. 617.) — L'auteur, faisant une revue rapide des travaux entrepris sur ce sujet, énumère trois modes distincts d'infection : a. *la voie gastro-intestinale* ; b. *l'inhalation* ; c. *les morsures d'insectes*.

Les deux premiers modes semblent devoir être éliminés, malgré notre ignorance de la forme, de l'habitat du parasite du paludisme lorsqu'il est hors du corps humain. Par contre, on sait depuis longtemps que cette affection peut se transmettre en inoculant à un sujet sain le sang d'un paludéen. Laveran, il y a quelques années, signala le moustique comme l'hôte intermédiaire possible du parasite; plus récemment Mauson confirma l'hypothèse d'une semblable pathogénie pour le cas de la filaire du sang.

Le chirurgien-major Ross a eu le mérite d'apporter dans le débat la lumière de l'expérimentation. Faisant une étude soigneuse des moustiques dans les régions à malaria, il constata, chez les insectes qui avaient mordu des sujets infectés, la présence de volumineux corps pigmentés dans la paroi gastrique.

Frappé de l'analogie de ce pigment avec celui du parasite de la malaria, Ross pensa qu'il s'agissait d'un stade dans l'existence du parasite avant sa pénétration chez l'homme.

La saison de la malaria étant passée, il poursuivit ses travaux chez les oiseaux dont le parasite ne diffère pas de celui de l'homme. Chez le moustique gris (Culex pipiens) nourri sur des oiseaux infectés, on voit apparaître dans la paroi intestinale, au bout de deux jours, les corps pigmentés dont nous avons parlé. Leur volume s'accroît jusqu'au septième jour, puis ils se rompent en donnant issue à un grand nombre de spores et de corps flagellés qui se répandent dans la circulation. Un grand nombre de ces corpuscules s'accumule dans les glandes à venin, lesquelles aboutissent, par un canal collecteur commun, au sommet du dard de l'insecte. Instruit par ces faits, Ross parvint à prouver la contamination d'oiseaux sains par des moustiques nourris sur des oiseaux infectés.

Grassi, Bignami et Bastianelli ont depuis réalisé cette démonstration chez l'homme. Trois moustiques furent mis à même de sucer le sang d'un sujet atteint d'une forme estivo-automnale de malaria. Une personne saine fut soumise à leur morsure et l'on vit sur elle se développer la maladie avec les mêmes caractères cliniques. On tua alors les trois moustiques, et dans la paroi de leur estomac on trouva de gros corps granuleux, ainsi que des sporozoïdes ciliés dans les glandes salivaires. A. HOUSQUAINS.

FORMULAIRE

Poudre dentifrice.

Os de sèche en poudre. . . .	80	grammes.
Craie précipitée	20	—
Bicarbonate de soude	5	—
Iris	2	—
Teinture d'ambre musqué et rosé	Q. S.	

(LALLEMENT.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Par décret, en date du 25 août 1899, ont été promus dans le corps de santé pour prendre rang du 28 août 1899 :

Au grade de médecin principal. — M. Théron, médecin de première classe, en remplacement de M. Delisle.

Au grade de médecin de première classe. — M. Titi, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Théron, promu.

— Par décret, en date du 25 août, M. Delisle a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, et affecté au port de Cherbourg.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'Instruction publique vient de conférer les palmes d'officier d'Académie à la veuve de notre regretté confrère le docteur Champy, ancien conseiller d'arrondissement, qui dirige depuis vingt ans environ les écoles communales de filles de Uzemain (Vosges).

La peste en Europe. — Du *Gaulois* :

« La peste poursuit ses ravages à Oporto. Hier encore quatre nouveaux cas se sont déclarés, dont deux foudroyants. Le danger est donc très réel et on ne saurait prendre assez de précautions pour l'enrayer.

La population d'Oporto est cependant furieuse contre le docteur Jaye, qui le premier signala l'apparition du fléau. Les commerçants l'accusent d'avoir manqué de patriotisme en portant, par ses révélations, un grave préjudice au commerce portugais. Il a arrêté l'exode des Espagnols vers les plages portugaises, il a fait fuir les étrangers, il a fait interdire les marchandises d'Oporto : on l'abreuve d'injures, on lui adresse cinquante lettres de menaces, on le guette dans les rues pour l'assommer.

Et le brave docteur, calme et souriant, continue à soigner les pestiférés, il enterre les morts abandonnés par les familles affolées, et quand il revient de sa tâche épouvantable la foule le menace, les gardes à cheval doivent charger pour lui frayer un chemin.

Quelle scène vécue de l'*Ennemi du peuple* d'Ibsen !

Il y a même des notables d'Oporto qui n'hésitent pas à déclarer que le docteur Jaye s'est trompé, et ils ouvrent une souscription pour faire visiter la ville par une célébrité médicale européenne, ayant étudié d'une façon spéciale la maladie de la peste. N'est-ce pas admirable?

Bien mieux, le docteur Jaye, au lieu d'être soutenu et récompensé par le gouvernement, passe au contraire pour rebelle aux lois.

Qu'a-t-il fait?

Le 12 juillet, il avisa le gouvernement que les cas traités lui paraissaient être des cas de peste bubonique.

Le 28 juillet, il affirma au gouvernement l'existence de la peste; le 8 août, il envoya à Lisbonne le résultat d'une vérification bactériologique, et, malgré cela, le gouvernement portugais ne déclara l'épidémie que le 15 août.

Les télégrammes des docteurs espagnols envoyés d'Oporto n'ont pas été reçus hier. On craint qu'ils n'aient été arrêtés par le gouvernement portugais.

Si cela se confirmait, on dit que le gouvernement espagnol ferait une réclamation et dénoncerait le fait à toutes les nations signataires de la convention de Berne.

Clinique otologique. — La clinique otologique, créée par le docteur Ladreit de Lacharrière en 1867 à l'Institution nationale des sourds-muets, est réorganisée par lui avec le concours de M. le docteur Suarez de Mendoza, rue Guénégaud, 23.

Les malades sont reçus les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

La clinique et son laboratoire sont à la disposition des étudiants en médecine.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 98. — JEUDI 31 AOUT 1899. 72e ANNÉE JEUDI 31 AOUT 1899. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » . — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

LE TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE
DE LA HANCHE AU XXVIIIe CONGRÈS DES CHIRURGIENS ALLEMANDS

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par reposition manuelle date déjà de plusieurs années, et l'expérience des chirurgiens, en particulier des protagonistes de la méthode, commence à porter ses fruits.

La session actuelle de la Société allemande de chirurgie, qui vient d'avoir lieu à Berlin, a permis d'en établir en quelque sorte le bilan, exposé par les principaux de ceux qui l'ont mis en œuvre. Voici, à peu près *in extenso*, les communications qui ont été faites à ce sujet.

I. Tout le monde admet, dit Lorenz, que, dans certaines limites d'âge et suivant les conditions anatomiques des cas, il est possible de ramener la tête du fémur en un contact, soit intime, soit superficiel, avec le cotyle rudimentaire, d'établir par conséquent ce contact autant que le permettent les caractères anatomiques de la luxation congénitale. Il est rare que cette reposition offre quelque analogie avec celle de la luxation traumatique. Par suite de la disproportion entre les surfaces articulaires, le contact des surfaces est restreint, d'où le nom de transposition qui a également été donné à cette réduction. Lorenz considère cette expression comme insuffisante, car elle ne donne pas d'indication sur la situation relative de la tête et de la cavité, et il se sert aussi du mot reposition. En tout cas, celle-ci est extrêmement instable, ainsi qu'il l'a toujours soutenu. Est-il toujours possible, sans exception et en toutes circonstances, de consolider cette reposition instable, c'est-à-dire de maintenir définitivement en sa nouvelle situation la tête rétablie dans le cotyle ou plutôt *sur* le cotyle. A ce point de vue, Lorenz n'a, dans ses premières communications, jamais parlé que d'espérances, et il veut établir dans quelle mesure ces espérances se sont aujourd'hui réalisées.

Avant tout, Lorenz signale les accidents qu'il a rencontrés dans l'application de sa méthode. Ceux-ci ne sont heureusement pas le fait de la méthode en elle-même, mais de son application intempestive. La méthode non sanglante doit être considérée comme inapplicable aux enfants luxés d'un seul côté au delà de dix ans, et à ceux atteints des deux côtés au delà de sept à huit ans. Même dans ces limites, il faut craindre de sérieux obstacles au redressement forcé. Le plus grave accident qui soit arrivé à Lorenz (gangrène de la cuisse) a été observé à la suite de l'oblitération des vaisseaux cruraux par la tête fémorale déplacée dans l'aine chez une fillette de treize ans. Lorenz a observé 10 fractures du col fémoral chez des enfants de neuf à seize ans, ainsi qu'une fracture de la branche horizontale du pubis et 1 fracture de l'os iliaque. Il a constaté 2 fois la paralysie des péroniers, 5 fois celle du quadriceps. Toutes ces paralysies se sont dissipées spontanément.

Cette statistique d'accidents se clôture par 3 morts sous le chloroforme, sur 360 rétablissements. La reposition non sanglante a échoué sur 22 articulations. Lorsque cette réduction n'est pas applicable et que l'opération sanglante est formellement refusée, on peut songer à la méthode de Paci, qui améliore la position. Si le patient consent à l'opération sanglante, Lorenz conseille en ce cas (comme l'avait autrefois proposé Sänger) de la pratiquer par simple arthrotomie, c'est-à-dire sans approfondir la cavité, et de faire le traitement consécutif selon les règles de la reposition non sanglante. Ce procédé a l'avantage de n'exposer le patient qu'aux dangers d'une simple opération sur les parties molles, donne plus de chances de mobilité ultérieure, et exclut tout retard de développement de la ceinture osseuse pelvienne. Quant à la reposition non sanglante, Lorenz considère la reluxation primaire en arrière (se produisant dans le premier appareil) comme une faute opératoire, résultat de l'exagération de la stabilité primaire de la reposition. Cette faute a été observée 15 fois sur 360 cas et réparée aussitôt.

Les reluxations ultérieures (secondaires) en arrière peuvent également être assez sûrement évitées. D'autre part, les reluxations antérieures en haut sont assez fréquentes. On les découvre par le contrôle actinographique des résultats obtenus. Elles ont donné lieu au début à de singulières erreurs. Heureusement, cette reluxation est surtout théorique. Elle constitue un résultat thérapeutique assurément défectueux au point de vue anatomique, mais toujours très suffisant et parfois excellent au point de vue fonctionnel, parce que le bassin a trouvé désormais à sa partie antérieure un point d'appui direct, osseux. Pour établir la fréquence actuelle de la reluxation en avant et en haut, Lorenz a examiné 135 actinogrammes, provenant de ses premières et plus anciennes repositions, au point de vue de la hauteur de la tête fémorale relativement au centre de la cavité qui doit être considéré comme situé un peu au-dessus de la tubérosité de

l'ischion. L'examen clinique a montré chaque fois la tête située dans le pli de l'aine, et l'impossibilité mécanique de la reluxer sur la surface postérieure de l'os iliaque. Dans 24 cas, la radiographie a montré l'absence de tout contact de la tête et de la cavité rudimentaire; la tête se trouve au-dessus de celle-ci, à la hauteur de l'épine iliaque inférieure ou même plus haut encore. Ce fait s'observe surtout dans les cas de luxation double. Dans 27 cas, la tête chevauche sur le rebord cotyloïdien supérieur, exactement comme dans un cas non traité de subluxation. Cinq fois la tête siège immédiatement au-dessus de la tubérosité ischiatique sans y trouver un point d'appui osseux quelconque; 32 radiographies montrent la tête occupant une situation plus ou moins excentrique par rapport au milieu de la cavité cotyloïde, mais débordée par un toit cotyloïdien opaque, s'étendant loin, et terminé par un rebord latéral à arête vite. Il s'agit dans ces cas d'un développement ou d'un élargissement du rebord cotyloïdien supérieur, une sorte de migration de la cavité. C'est un processus de néo-formation, ainsi que le démontrent les productions osseuses du rebord cotyloïdien supérieur, semblables à des stalactites nettement reconnaissables dans beaucoup de cas, notamment dans un cas où, après reposition par arthrotomie sans évidement, la cavité rudimentaire s'est modifiée de telle sorte que le rebord cotyloïdien supérieur ressemble tout à fait dans son développement horizontal à un nid d'hirondelle retourné vers le bas. Il va de soi que ces cas doivent être rangés parmi les succès anatomiques. 47 actinogrammes montrent une réduction effective de la tête dans la cavité rudimentaire agrandie, ce qui donne l'impression d'une restitution anatomique.

Il est parfois difficile de faire la différence entre la radiographie d'une hanche réduite et celle d'une hanche normale. Si on laisse de côté les cas de reluxation complète ou incomplète en avant et en haut et même les cas où l'examen actinographique laisse douter de la réalité de l'appui de la tête lorsqu'elle se trouve à peu près au niveau de la cavité, et si l'on considère seulement les radiographies où l'on voit la tête reposer sous une voûte restaurée ou reformée, on constate que, à côté de 56 résultats anatomiques insuffisants ou suspects, il reste 79 bons résultats anatomiques; en dépit de l'insuffisance des moyens de contention on voit que, si les résultats fonctionnels de la reposition non sanglante sont en général très satisfaisants, dépassent même souvent toutes les espérances, les résultats anatomiques sont actuellement excellents dans la moitié au moins des cas. Le perfectionnement des méthodes de contention augmentera probablement le pourcentage de ces derniers.

Quant au résultat fonctionnel de la reposition non sanglante, celui-ci est presque toujours très satisfaisant et immédiat en ce qui concerne la solidité de la marche; au point de vue de l'égalité de la marche, il reste avant tout dépendant du rétablissement de la force musculaire. L'expérience acquise montre toutefois que la boiterie qui dépendait de la luxation se dissipe presque entièrement avec le temps, comme on a pu le constater aujourd'hui dans nombre de cas, ou du moins elle ne laisse que des traces sans importance.

Le résultat cosmétique de la reposition non sanglante est immédiat; il est notamment frappant au point de vue de la déformation complexe du tronc dans la luxation double. On peut affirmer que le traitement manuel trouve déjà ses indications dans l'effet cosmétique obtenu par la transformation de l'apparence grotesque du corps en une attitude normale, encore qu'on n'obtiendrait aucun autre résultat. A l'appui de cette manière de voir, Lorenz montre trente-trois photogrammes en profil de sujets atteints de luxations doubles qui ont conservé une attitude correcte après des années, sans faire usage d'aucun appareil de soutien.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que la contention devra subir encore maints perfectionnements avant qu'on puisse réussir à maintenir plus souvent la tête réduite dans la cavité cotyloïde. Mais il est certain que les progrès actuellement réalisés dans le traitement par la reposition non sanglante font entrevoir des succès plus importants dans la thérapeutique rationnelle de la luxation congénitale.

II. Hoffa (de Wurzbourg) a sur 127 cas pratiqué 170 fois la réduction non sanglante, à savoir dans 84 cas de luxation simple et 73 cas de luxation double.

Il constate qu'il a réussi chez de jeunes enfants à obtenir une reposition effective par la méthode de Paci, mais en faisant le traitement consécutif par la méthode de Lorenz; il classe par conséquent ces résultats parmi ceux obtenus par le procédé de Lorenz. Il a employé la méthode de Paci-Lorenz 71 fois, celle de Schede 22 fois, celle de Mikulicz 9 fois. Enfin 25 cas ont été traités par une méthode qui lui est propre, qui lui a été inspirée par les résultats obtenus par les autres méthodes, ainsi que par ses recherches anatomo-pathologiques sur des préparations et à l'occasion de ses opérations sanglantes.

De son expérience générale, il résulte que la reposition obtenue par la méthode non sanglante subsiste rarement. En général, le résultat atteint n'est qu'une transposition de la tête en avant et en haut en dessous ou à côté de l'épine iliaque inférieure. Le résultat fonctionnel est, le plus souvent, même dans les cas de transposition, relativement très favorable, car la tête transposée en dessous ou à côté de l'épine inférieure y trouve un solide point d'appui contre le bassin.

Les résultats recueillis dans la suite et sous le contrôle de la radiographie sont les suivants :

I. *Méthode de Lorenz.* — Les résultats obtenus sont ceux qui ont été contrôlés après six mois au moins de marche sans appareil. Ce sont 64 cas, soit 42 de luxation simple, 22 de luxation double, de deux à huit ans. La reposition a réussi dans tous ces cas. L'extension forcée a toutefois donné lieu chez les enfants les plus âgés, notamment dans les luxations doubles, à des inconvénients nombreux : meurtrissure des parties molles, déchirures de la vulve, suppuration d'hématomes dans la région des adducteurs dans un cas, fracture de la cuisse chez un enfant rachitique, dans deux cas paralysie complète du sciatique. Un enfant est mort du choc vingt-quatre heures après l'opération. Il n'est donc pas prudent de forcer la réduction chez les enfants âgés. La limite de huit ans convient dans les cas simples, de six ans dans les cas doubles. Chez les sujets plus âgés, on réussit parfois à pratiquer la réduction sans danger en mobilisant au préalable à plusieurs reprises la tête dans la narcose.

Sur les 42 luxations simples, la reposition exacte a subsisté dans 4 cas chez de jeunes enfants; chez le plus âgé, qui a six ans, l'image est à peu près celle d'une *coxa vara*. Les 3 autres sont complètement guéris. Dans 1 cas il y a eu reluxation complète; 25 fois il y a eu transposition de la tête en avant et en haut; 11 fois en avant et à côté de

l'épine iliaque antérieure et inférieure. Dans les transpositions on sent la tête soit en bas et en dedans de l'angle antérieur et supérieur de l'os iliaque, ou en avant et en dehors de celui-ci. Le col fémoral a en général une direction tout à fait sagittale et le grand trochanter dépasse la ligne de Roser-Nélaton. Les membres sont en général en abduction et en rotation externe. Dans les transpositions en avant et en haut, le phénomène de Trendelenburg a également disparu et par conséquent le résultat fonctionnel est généralement bon.

Dans les transpositions à côté de l'épine, le résultat cosmétique et fonctionnel est plus mauvais, le trochanter fait une plus forte saillie, et les enfants oscillent davantage ou à peine moins dans la marche. Même dans ce cas, les enfants peuvent en général marcher toute la journée sans fatigue.

Sur les 22 cas de luxation double depuis vingt et un mois jusque huit ans, la récidive complète double s'est produite 3 fois; dans 4 cas il y a eu transposition d'un côté et reposition de l'autre; 15 fois il y a eu double transposition de la tête en avant et en haut, ou en avant et à côté de l'épine. Dans ces derniers cas, le résultat fonctionnel et cosmétique a été satisfaisant.

Hoffa n'a pas constaté de néoformations osseuses de la cavité cotyloïde. On ne peut utiliser les rayons de Röntgen pour la solution de cette question que si le sujet est radiographié dans différents stades de la reposition, exactement dans les mêmes conditions d'inclinaison du bassin, de distance focale et de position du foyer sur le même point du bassin. L'image de Röntgen donne également des résultats incertains relativement à l'existence d'une cavité cotyloïde. L'absence de toute cavité est une très grande rareté.

2. *Méthode de Schede.* — Les résultats du traitement par la méthode de Schede s'établissent comme suit :

Chez 13 sujets atteints d'un seul côté et âgés de six ans et demi à seize ans, il a constaté : 1 reluxation en arrière, 7 transpositions de la tête en avant, 5 transpositions à côté de l'épine. Dans les luxations doubles de sept à treize ans, 1 reluxation, 1 transposition en avant, 4 transpositions à côté de l'épine. Hoffa n'a employé la méthode de Schede que chez les enfants âgés et s'attendait à l'avance qu'il n'obtiendrait pas chez ces enfants la reposition, mais seulement la transposition. Il décrit en détail les altérations anatomo-pathologiques de la luxation congénitale de la hanche et montre d'après un grand nombre de préparations que, dès la septième année, la tête et la cavité ont subi de telles altérations qu'une reposition réelle n'est plus possible. La tête peut dans les cas les plus favorables être attirée à la hauteur de la cavité et en partie être implantée dans celle-ci. Mais un emboîtement concentrique réel de la tête par le cotyle n'est plus possible.

3. Après quelques indications sur les résultats obtenus par la méthode de Mikulicz, Hoffa décrit une méthode qui lui est propre.

4. *Méthode de Hoffa.* — Dès les premières publications de Lorenz sur son traitement non sanglant, Hoffa a établi le fait que cette méthode ne donne en général que des tranpositions de la tête en avant. La cause en est, pour lui, dans la présence du ligament rond, qui, s'il existe, est ordinairement hypertrophié, et rend par là impossible la reposition durable en s'insinuant entre la tête et la cavité. Il faut, en outre, accuser le traitement post-opératoire de Lorenz. La tête fémorale fortement tournée en dehors doit, par la diminution progressive de l'abduction et la surcharge fonctionnelle du membre, glisser vers le haut suivant le plan incliné constitué par la cavité, d'autant plus aisément que, à cause de l'antéversion du col qui existe généralement, la tête, dans le mouvement de rotation externe exagéré qu'on lui fait subir, s'écarte de la cavité.

Hoffa abandonne donc la méthode de traitement post-opératoire de Lorenz, et, guidé par ses recherches anatomo-pathologiques et l'expérience acquise par ses repositions sanglantes, fixe désormais le membre, après réduction, en abduction et rotation interne.

Il a également modifié la reposition elle-même. Le membre étant fléchi, mis en abduction et rotation interne, il le rétablit par des pesées successives, à la façon de la brimbale d'une pompe, et le place en position horizontale. Ainsi se distend très bien la capsule, et la tête finalement se réduit par un mouvement de levier dans la cavité, tandis que l'opérateur, posant l'avant-bras sous le trochanter, repousse vigoureusement celui-ci vers le haut. L'appareil plâtré, qui fixe ensuite le menbre, s'étend jusqu'aux malléoles et doit être bien moulé sur le bassin et la région trochantérienne.

Cette méthode, appliquée à 17 luxations simples et 3 doubles, de un an et demi à treize ans, a donné les résultats suivants : les 17 cas simples, 9 sont entièrement guéris; dans 8 cas, il y a eu transposition en avant; dans les 3 cas doubles, il y a eu 1 guérison complète, 1 transposition en haut et en avant, 1 transposition en avant et à côté de l'épine.

Quand on parle de guérison complète, il faut toujours penser qu'une guérison tout à fait normale ne peut être obtenue, étant donné les lésions existantes, et qu'il n'est question que du résultat possible dans les conditions données.

Un coup d'œil jeté sur les résultats des opérations non sanglantes montre que les espérances fondées au début par Lorenz ne se sont pas réalisées. Toutefois, les résultats fonctionnels sont satisfaisants dans le plus grand nombre des cas. (Hendrix. *La Policlinique*, Bruxelles.)

STÉRILISATION DU CATGUT A L'ALCOOL

Par M. A. Bardy (de Paris).

Dans un travail précédent (1) nous avons montré que :

1° La stérilisation par les produits chimiques ne donne aucune garantie.

2° La stérilisation à sec n'est pas pratique, parce que, pour avoir des pansements réellement aseptiques, il faut porter tous les points des objets à stériliser à 180 degrés, ce qui est difficile à réaliser, pour ne pas dire impossible, sans brûler les tissus.

3° Seul, l'autoclave donne sûrement des objets de pansement absolument aseptiques.

Nous appuyant sur les expériences du docteur Répin (expériences que nous avons toutes contrôlées), nous avons vu que les vapeurs d'alcool tuent les microbes et les spores aux mêmes températures que l'eau, alors que les vapeurs des corps non miscibles à l'eau, *éther*, *benzine*, *xylol*, *huiles essentielles*, etc., n'ont aucun pouvoir bactéricide.

Nous avons donc adopté le procédé Répin pour la stérilisation de tous nos objets de pansement en modifiant, non pas le procédé, mais les récipients.

---

(1) Bardy et Martin. Stérilisation des objets de pansements, *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 1287, 1294 et 1307.

En effet, Répin se servait d'un autoclave métallique contenant l'alcool et les objets à stériliser, le tout placé dans un autoclave ordinaire.

Quand la stérilisation était obtenue, il transvasait ces objets de pansement.

Ce procédé, qui est parfait à l'hôpital où les pansements sont employés dans les vingt-quatre heures, ne pouvait nous servir en ville où les objets de pansement ne sont souvent employés qu'un certain temps après la stérilisation. Le transvasement, quelles que soient les précautions prises, est une cause de contamination.

Il fallait donc trouver, pour éviter les transvasements, de petits autoclaves pratiques, tubes en verre, flacons autoclaves, etc., contenant chaque pièce de pansement, pouvant se transporter facilement, et qui ne seraient ouverts qu'au moment de s'en servir.

Ces pansements, ne subissant aucune manipulation après la stérilisation, contenus dans des flacons autoclaves hermétiquement clos, sont de conservation indéfinie et nous donnent toute garantie. Des pansements ainsi stérilisés ont été mis dans des bouillons de culture, trois mois, six mois, un an, dix-huit mois, deux ans après la stérilisation, et n'ont pas cultivé.

Pouvait-on trouver des tubes en verre et des autoclaves suffisamment résistants pour supporter cette pression formidable de vapeurs d'alcool à la température de 125 degrés?

Je me souviens encore, il y a bientôt trois ans, que le premier chirurgien à qui je montrais mes catguts à l'alcool, stérilisés à l'autoclave dans des tubes en verre, m'affirmait que la chose était impossible. Ce n'est qu'autant qu'il eût fait l'expérience dans son service à l'hôpital qu'il voulut bien se rendre à l'évidence.

Quelle est donc cette énorme pression de l'alcool porté à 125 degrés?

Dalton nous apprend que les tensions de vapeur sont sensiblement les mêmes pour tous les liquides à leur point d'ébullition. D'après lui, connaissant les tensions de vapeur d'eau à toutes températures, il est facile de trouver les tensions de vapeur d'un liquide quelconque, connaissant exactement la température de ce dernier et son point d'ébullition.

Par exemple, si l'alcool absolu bouillant à 78 degrés est porté en vase clos à la température de 125 degrés, sa tension de vapeur sera égale à celle de l'eau portée à 147 degrés. Cette tension sera donc légèrement supérieure à quatre atmosphères dont la pression atmosphérique à diminuer, soit un peu plus de trois atmosphères.

Le manomètre de l'autoclave, qui ne tient pas compte de la pression atmosphérique, indique du reste exactement trois atmosphères pour la température de 144 degrés. Les tableaux de Regnault nous montrent qu'effectivement la tension de vapeur de l'alcool porté à 125 degrés est supérieure d'un peu plus de trois atmosphères à la pression atmosphérique.

La bouteille de champagne, la simple bouteille de limonade supportent facilement des pressions de cinq à six atmosphères.

Il n'y a donc pas lieu de donner au verre une grande épaisseur, et l'expérience nous a montré qu'un simple tube à essais, bien fermé au chalumeau, sans soufflure et sans pointe, résiste fort bien à cette pression qui n'est plus que de deux atmosphères seulement, puisqu'à l'autoclave une pression d'un peu plus d'une atmosphère vient s'exercer en sens contraire.

Le catgut stérilisé à l'alcool est d'une asepsie parfaite et donne toute garantie aux chirurgiens, mais est-il utilisable?

Ne contenant plus traces de corps gras, ni d'eau, ce catgut est raide. Il est très résistant tiré dans le sens de la longueur, mais ayant perdu sa souplesse, le nœud se fait avec plus de difficulté et le catgut casse plus facilement.

Peut-on lui conserver sa souplesse en le stérilisant ou tout au moins la lui redonner après?

Oui. Il suffit de lui restituer ce qu'on lui a enlevé, corps gras, eau.

Voici les expériences que j'ai faites :

Dans l'alcool absolu contenant de 10 à 50 p. 1000 d'une huile fixe ou d'une huile essentielle en solution, huile de ricin, essence de genévrier, essence de lavande, etc., j'ai chauffé à 125 degrés des catguts. Ces dernières sont d'autant plus souples que le corps gras est en plus grande quantité, et encore cette souplesse n'est-elle que relative.

Malheureusement, ils ne sont pas stérilisés; ces corps, n'étant pas miscibles à l'eau, empêchent la stérilisation à cette température, c'était à prévoir d'après les expériences de Répin et les nôtres.

Il est, du reste, inutile de conserver au catgut sa souplesse dans le tube en verre, si, au moment de l'emploi, on peut la lui rendre.

En laissant dans l'eau le catgut stérilisé à l'alcool, comme il ne contient pas traces de corps gras, il absorbe rapidement une énorme quantité d'eau. On le voit se gonfler considérablement, devenir d'une souplesse exagérée, se détordre et perdre de sa solidité.

Il absorbe trop d'eau.

Si, au contraire, on le met dans l'alcool à 80 degrés, on constate qu'au bout de quelques minutes il a absorbé suffisamment d'eau pour s'assouplir, mais pas assez pour se gonfler et se détordre, il a conservé toute sa solidité. On peut alors faire le nœud sans inconvénient et serrer sans crainte.

Du reste, je fais construire en ce moment un appareil qui me permettra d'évaluer en poids la résistance du catgut avant et après le traitement, mouillé ou non mouillé, avec ou sans nœuds. Je ferai connaître les résultats de cette expérimentation dans une note ultérieure.

Il suffit donc, au moment de l'emploi, de faire tremper le catgut quelques minutes dans l'alcool à 80 degrés pour avoir un catgut aseptique, souple et résistant.

A défaut d'alcool, on peut aussi lui rendre sa souplesse, en le plongeant rapidement au dernier moment dans une solution de sublimé, mais alors, pour ne pas lui donner trop d'eau, il faut agir rapidement et s'en servir immédiatement.

Ce dernier procédé est inférieur à l'alcool à 80 degrés, auquel on aura recours toutes les fois qu'on le pourra. Une autre objection peut être faite.

Ce catgut, qui est complètement anhydre et qui se gonfle beaucoup en présence d'humidité en se détordant, donnera-t-il sur un gros vaisseau une ligature suffisamment résistante pour éviter toute hémorragie ultérieure?

Voici une expérience probante :

Un tube de caoutchouc de 2 millimètres de diamètre fut rempli d'eau colorée et lié à 3 millimètres d'une de ses

extrémités avec du catgut n° 3. Cette partie du tube fut plongée dans une terrine pleine d'eau. A l'autre extrémité du tube, on adapta la soufflerie d'un thermocautère et on souffla pour obtenir une pression de 70 millimètres. L'expérience dura huit jours. Le catgut s'était gonflé, mais par suite du serrage il ne s'était pas détordu et le nœud n'avait en rien perdu de sa solidité. De plus, la ligature était encore parfaite; elle n'avait, durant ces huit jours d'immersion, et malgré la pression exercée sur le liquide contenu dans le tube, laissé suinter aucune trace du liquide coloré, l'eau de la terrine était incolore.

Le tube à casser est aussi, paraît-il, une source d'ennuis, qui seront évités en chauffant quelques secondes sur une lampe à alcool la partie supérieure du tube; on fait tomber sur la partie chauffée une goutte d'eau et le tube se casse tout seul.

On peut également donner les catguts dans des flacons autoclaves, qui eux aussi offrent le maximum de sécurité, s'ils ne sont ouverts par l'aide qu'au moment même de l'emploi.

Malgré les petits inconvénients indiqués plus haut et auxquels il est facile de remédier, comme je l'ai démontré, les chirurgiens soucieux d'une asepsie rigoureuse ne devront employer que le catgut à l'alcool autoclavé à 125 degrés; les catguts, stérilisés par les produits chimiques, n'ont pas, il est vrai, ces petits désagréments, mais n'offrent pas une asepsie suffisante.

Les considérations précédentes nous permettent de déclarer à nouveau, que la stérilisation absolue ne peut être faite que d'après les procédés que nous avons indiqués et contrôlés par nos expériences.

La stérilisation dans un mélange d'alcool et d'essence n'est qu'une stérilisation illusoire, ce qui découle nécessairement du commencement de ce travail.

C'est une erreur au point de vue chirurgical d'additionner l'alcool d'une essence, qui empêche la stérilisation à 125 degrés, comme je l'ai dit plus haut.

C'est une erreur encore de croire qu'une pression supérieure, serait-elle de cinq atmosphères, puisse dans ces conditions de mélange donner une stérilisation absolue. Du reste, l'alcool à 125 degrés n'a qu'une pression de trois atmosphères, et en ajoutant une essence qui ne bout qu'à 160 degrés et au-dessus, la tension de vapeur diminue selon le mélange, et la pression totale diminue parallèlement.

Comme conclusion de ce travail, nous dirons :

1° *Qu'un corps porté à l'autoclave à 125 degrés n'est pas forcément stérilisé.*

J'ai vu autoclaver de l'huile, des poudres, etc., dans des récipients hermétiquement fermés, on ne se rendait pas compte que l'autoclave, dans ce cas-là, ne stérilisait pas mieux qu'une simple étuve à air sec.

2° Pour que la stérilisation à l'autoclave soit réelle, il ne faut que des vapeurs d'eau ou des vapeurs de liquides miscibles à l'eau, sans autres corps volatils qui gênent le contact de la vapeur avec la membrane de la spore.

3° Il faut de plus que ces vapeurs puissent être en contact direct avec tous les points des produits à stériliser.

4° Lorsque les conditions indiquées ci-dessus sont rigoureusement remplies, on peut dire que la stérilisation par l'alcool est celle qui donne le maximum de garantie.

THÉRAPEUTIQUE

Le bromure et l'iodure de strontium contre la maladie de Basedow chez les enfants.

M. Gillespie (d'Edimbourg) a traité avec succès par le bromure et l'iodure de strontium plusieurs enfants sourds-muets qui présentaient une tuméfaction du corps thyroïde et de la tachycardie avec ou sans exophtalmie. Ces enfants dont l'âge variait entre neuf ou quinze ans prenaient trois fois par jour 60 centigrammes d'iodure de strontium et 30 centigrammes de bromure de strontium, médication qui a eu pour effet de faire disparaître rapidement le goitre et les pulsations qu'on percevait au niveau du corps thyroïde hypertrophié, de supprimer la tachycardie, la dyspnée d'effort ainsi que l'exophtalmie. Dans aucun de ces cas traités de cette façon, on n'a noté des signes de bromisme ou d'iodisme. Le bromure et l'iodure de strontium paraissent donc être préférables aux bromures et aux iodures alcalins pour le traitement du goitre exophtalmique infantile.

(*Sem. méd.*)

FORMULAIRE

Tisane diurétique.

Décoction de chiendent. ...	1000	grammes.
Acétate de potasse.	2	—
Sirop des cinq racines. ..	2	—

M. Par petites tasses.

Collutoire contre les aphtes.

Borate de soude.	3	grammes.
Salicylate de soude ...	5	—
Teinture de myrrhe ...	4	—
Sirop de mûres	āā 15	—
Eau distillée		

(*Gaz. hebd.*).

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1).

Par le docteur A. Corlieu.

Décret *de la Faculté de médecine de Paris, défendant à ses docteurs d'aller en consultation avec les médecins étrangers et avec ceux qui pratiquent illégalement la médecine.*

« L'an du Seigneur 1651, le vendredi 12 mai, à deux heures après-midi, tous les docteurs de la Faculté de médecine de Paris ayant été convoqués par écrit, à la demande de Mᵉ Jacques Perreau, ancien doyen, contre quelques médecins de notre école, qui, sans respect pour les décrets et les statuts, acceptent des consultations avec les empiriques ou des médecins non approuvés par l'assemblée de médecine de Paris, afin de prévenir ces consultations, et afin que chacun se lie par un serment public, que tous ceux qui ont le titre de docteur jurent de ne pas violer cette loi et de refuser de se trouver en consultation avec les médecins étrangers. La Faculté de médecine, non moins soucieuse de la santé publique que des intérêts des siens qu'on dit avoir transgressé les règlements, afin de les arrêter dans cette voie, et forte de l'autorité du très auguste Parlement de France, de maintenir dans leur ancienne vigueur sa constitution, ses lois et ses statuts; à l'unanimité elle défend que désormais aucun docteur en médecine de Paris exerce la médecine ou se trouve en consultation avec d'autres médecins que les licenciés ou les docteurs ou ceux qui ont été agrégés ou qui sont médecins royaux. Tous ceux qui auront contrevenu à cet arrêté, si le fait est constaté

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 881.

par le témoignage d'un ou de deux docteurs dont la parole et la bonne foi sont à l'abri de tout doute, seront privés de tous leurs honneurs, privilèges et grades (f° 452) : leurs émoluments et tout ce qui pouvait revenir à titre de docteur à chaque membre de la Faculté leur seront supprimés par le doyen, sans qu'ils puissent en rien obtenir (1). Et afin que nul ne puisse dorénavant prétexter l'ignorance de cet ancien arrêté, renouvelé encore une fois, la Faculté est d'avis de le faire imprimer, de le faire porter et distribuer par les bedeaux individuellement à tous les docteurs et à tous les licenciés. Fait dans les écoles supérieures de médecine de l'Académie de Paris, sous le sceau de la Faculté, les jour et an que dessus.

Signé : Guy PATIN, doyen. »

Le mercredi 31 mai 1651, tous les docteurs furent présents dans les écoles à deux heures de l'après-midi, d'après la convocation du doyen, pour discuter sur la reconstruction de nos écoles avec l'architecte Villedot, qui s'en était chargé et qui promit de nous apporter son plan dans la huitaine.

Le mercredi 7 juin 1651, l'architecte Villedot vint avec les docteurs susnommés (Baralis, Charpentier, Cornuti, Thévart, Blondel, Joncquet, de Saint-Yon), et nous démontra que notre école devait être démolie de fond en comble et non pas réparée, comme quelques-uns le prétendaient. Après ses explications, tout le monde fut de son avis et on décida qu'il me laisserait une copie de son projet de reconstruction : de sorte que, lorsque la Faculté se déciderait à la reconstruction de nos écoles, on eût un dessin bien soigneusement fait sur le papier, qu'on pourrait communiquer à d'autres architectes, afin qu'il nous fût permis de savoir si nous pourrions faire rebâtir nos écoles à meilleur compte.

Le lundi 12 juin 1651, la Faculté fut convoquée selon sa coutume par le bedeau à deux heures de l'après-midi et délibéra sur quatre propositions faites par le doyen :

1° Avertir l'architecte Villedot de nous faire un grand devis pour la reconstruction de nos écoles et de le remettre au doyen pour le communiquer à d'autres architectes.

2° Approuver la demande de Me Paul Courtois, censeur, sur les deux articles suivants : d'abord réunion le plus tôt possible d'une nouvelle assemblée de toute la Faculté, à laquelle seront convoqués tous les docteurs qui, sous leur propre signature et par un nouveau serment entre les mains du doyen, s'engageront à observer fidèlement le décret du 12 mai (f° 453), imprimé et distribué à chaque docteur, de n'accepter aucune consultation médicale avec les empiriques et les autres personnes exerçant illégalement la médecine à Paris; s'ils agissent autrement qu'ils encourent la peine édictée dans le décret.

3° Qu'il ne soit permis à aucun docteur, pas même au doyen, sans l'avis de la Faculté de délivrer des lettres testimoniales aux étudiants sur leur savoir et leurs capacités en médecine, ce qui est le propre de l'assemblée et non des docteurs en particulier. On s'en est plaint fortement et avec raison dans nos écoles, ainsi que nous le lisons dans nos Commentaires de la part du très illustre Me Jean Fernel en 1554, sous le décanat de Me Christophe Baudouin, d'Amiens. Il fut d'avis d'empêcher tout docteur en particulier d'approuver un livre, quel qu'il soit, sans l'approbation de toute la Faculté. Il fut également d'avis que la Faculté ne se laissât pas entraîner à donner son approbation aux médicaments pour lesquels, chaque jour, des empiriques nous la demandent pour leurs baumes, onguents, pilules, fumigations, sirops, opiats contre la peste ou autres maladies, dont ils tirent grand profit de la part du peuple qui se laisse facilement entraîner par les réclames et les promesses de ces fourbes. Sur cet article concernant la non-approbation des livres, remèdes, le doyen devrait prendre un arrêté qui serait imprimé et distribué par le bedeau à chaque docteur pour que ceux qui seront en faute ne puissent pas arguer de leur ignorance.

4° A l'ouverture de la séance, on apporter au doyen une supplique de Me Jean Mulot, docteur à la Sorbonne et doyen de la Faculté de théologie. *(A suivre.)*

(1) Des jetons de présence constituaient un des privilèges des docteurs régents. Il leur en était alloué à chaque réunion de la Faculté. A partir de 1638, il fut décidé que les jetons seraient frappés sur un module uniforme, et c'est Philippe Harduyn de Saint-Jacques, doyen de 1636 à 1638, qui fit frapper ce premier jeton. Le jeton portait d'un côté les armes de la Faculté, de l'autre celles du doyen. Guy Patin eut l'idée de faire remplacer ses armes par son portrait, ainsi qu'il l'écrit



JETON DE GUY PATIN.

dans sa lettre du 28 juin 1652 à son ami Spon : « Au lieu d'y mettre les armes de ma famille..., j'y ai fait mettre mon portrait. Le sculpteur, tout habile qu'il est, n'y a pas fort bien rencontré pour la ressemblance, principalement à l'œil, mais il n'y a point remède. » Chaque jeton était compté pour 1 livre 15 sous, et la dépense pour la Faculté s'élevait de 500 à 1000 livres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Gros, ancien médecin-major de deuxième classe, médecin de la maison d'Écouen, a été nommé officier d'Académie.

Faculté de médecine de Paris. — *Stage hospitalier.* — MM. les étudiants délégués par l'administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fourniront à la Faculté : au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le secrétaire général de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externes; trimestriellement, pour les incriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les internes en pharmacie, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés en qualité d'internes en pharmacie. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, ils remplissent les mêmes formalités que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les élèves officiers de santé ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ils se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (3, avenue Victoria) sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions; une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

MM. les élèves officiers de santé justifient de leur stage au moyen d'un certificat de leur chef de service, qu'ils produisent trimestriellement dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut pour MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs William Binaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; Frémoy (d'Ollioules).

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 99. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1899. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les perforations mécaniques du gros intestin.

Par Pierre SIKORA,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les solutions de continuité du gros intestin, quand elles sont de nature purement mécaniques, peuvent se produire dans deux conditions différentes : elles peuvent se faire sous l'influence d'un traumatisme extérieur, sans lésion des parois abdominales; elles peuvent encore être consécutives à une pression supportée de dedans en dehors par les tuniques du conduit. Ainsi sont établies deux grandes classes de perforation mécanique du gros intestin : la première comprend les ruptures par traumatisme simple de l'abdomen sans lésion des parois; la deuxième est formée surtout par les ruptures par distension, ruptures diastasiques, selon l'expression de Heschl. Dans cette dernière classe, il faut encore faire entrer les lésions déterminées par les corps étrangers seuls, sans processus inflammatoire.

I

Historique. — L'éclatement simple du gros intestin est connu de longue date, quelle qu'en soit la variété.

Les *ruptures produites à la suite de choc abdominal*, décrites dès le commencement du siècle, sont signalées en assez grand nombre dans le célèbre traité de Jobert de Lamballe (1). Outre les faits personnels qu'il rapporte, l'auteur cite encore des observations de Richerand et de Marjolin, auxquelles s'ajoutent, à partir de 1829, d'autres cas assez nombreux. Si bien que la question du mécanisme de ces ruptures occupe les esprits et fait naître des discussions, parmi lesquelles celle de l'Académie de médecine de Strasbourg, en 1848, est restée célèbre. Les diverses opinions émises étaient soutenues par Baudens (2), Forget, Strohl (3), Sédillot.

Elles furent réunies en 1869, avec les faits sur lesquels elles s'appuyaient, dans une thèse citée souvent, la thèse de E. Chauveau (1), sur les lésions du tube digestif sans solution de continuité des parois abdominales. Mais c'est surtout à partir de 1869 que les travaux se multiplient sur cette question : ils se continuent, en effet, avec Legouest (2), Longuet (3), qui reprennent l'étude du mécanisme ; et, à une date plus récente, avec Chavasse (4), Michaux, Nélaton, Tianeff, Jalaguier, Nimier, Quénu, Guisard, Le Dentu, etc., qui s'occupent surtout de la question de l'intervention, et discutent le moment opportun pour opérer. Il est intéressant de constater ici que cette question avait été abordée déjà par Boyer et reprise par Jobert, dans son traité, où nous trouvons la phrase suivante : « Faudrait-il, comme le conseille Boyer, mettre l'intestin à découvert et employer les moyens chirurgicaux (dans ces cas de rupture par traumatisme abdominal sans lésions des parois) ? Je le pense, surtout si, le cas étant désespéré, on avait le moindre soupçon du siège de la plaie. »

Pour les ruptures par surdistension, l'historique, plus court, n'en remonte pas moins à une date éloignée. C'est Laënnec qui, le premier, semble avoir observé la rupture du gros intestin « par une distension successive due à des gaz ». Jobert de Lamballe (*loc. cit.*) se contente de signaler le cas de Laënnec; il y ajoute un cas de Richerand, où l'accumulation des matières au-dessus d'un rétrécissement cancéreux du rectum aurait déterminé la rupture du gros intestin, *très au-dessus* du néoplasme; la cavité péritonéale contenait des matières et beaucoup de gaz. Puis Baraduc, cité par Chauveau, publie une observation très intéressante, dans laquelle, à la suite d'un traumatisme abdominal sans lésion de parois, on trouve une rupture complète de l'intestin grêle, et un commencement de rupture du rectum. Comme cette dernière portion du tube digestif n'avait pu être atteinte directement par le traumatisme, et comme on l'avait trouvée remplie de matière, Baraduc en concluait déjà que c'était la surdistension produite par le refoulement de ces matières dans le rectum sous l'influence de la pression, qui avait déterminé son éclatement. Mais c'est surtout à partir de 1880 que la question commence à être mieux connue. A cette date, Heschl (5) observe à Vienne deux cas de rupture du côlon ascendant à la suite d'une accumula-

(1) JOBERT DE LAMBALLE. *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, Paris 1829.
(2) BAUDENS. *Gaz. des hôpit.*, 1844, p. 137.
(3) STROHL. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1848, p. 307.

(1) E. CHAUVEAU. Th. de Paris, 1869.
(2) LEGOUEST. *Traité de chirurgie d'armée*, 1872.
(3) LONGUET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 755.
(4) CHAVASSE. Ier Cong. franç. de chir., 1885, p. 225.
(5) HESCHL. Mekanick der diastatischen Darmperforationen, in *Wien. Med. Wochens.*, 1880.

tion exagérée des matières, et sans avoir pu trouver la moindre trace d'inflammation. Il entreprend alors une série d'expériences sur l'éclatement du côlon et s'aperçoit que la rupture se produit toujours en un même point, à l'union du côlon ascendant avec le cæcum. En 1884, E. Müller [de Strasbourg (1)], publie un fait semblable. Mais, dans l'observation de Müller, la rupture intestinale s'était faite sur le côlon iliaque. Avant Müller, Zillner [de Vienne (2)], avait décrit la même année des cas de rupture de la partie terminale du côlon, chez le nouveau-né, rupture qu'il attribuait à l'accumulation du méconium sous l'influence des compressions de l'accouchement. Les expériences qu'il entreprit à ce sujet confirmèrent son hypothèse; et il est intéressant de rapprocher des observations de Zillner le cas de M. Th. Anger (3), dans lequel, à la suite d'une imperforation absolue du rectum, remplacé par un cordon plein, s'était produite une rupture du cæcum, avec épanchement des matières dans le péritoine.

Ce fait est le seul qui ait été publié, en France, depuis de longues années et jusqu'à une date récente. Au mois de juin 1899, M. Gandy (4) a de nouveau appelé l'attention sur ces ruptures diastasiques, en présentant à la Société anatomique de Paris une perforation du côlon ascendant, produite dans des conditions absolument semblables à celles des observations de Heschl. L'examen histologique, pratiqué pour la première fois par M. Gandy, a montré qu'il n'y avait aucune trace d'inflammation de l'intestin, comme le pensait Heschl. Huit jours après, une nouvelle présentation est faite à la Société anatomique par MM. Letulle et Luys (5) pour un cas semblable. Une stricture néoplasique avait déterminé une accumulation telle des matières qu'une rupture s'était produite au point ordinaire signalé par Heschl, à l'origine du côlon ascendant, à droite de la bandelette antérieure. L'examen histologique, pratiqué par M. Letulle, a permis de voir, une seconde fois, que la perforation s'était produite en dehors de tout processus inflammatoire.

II

Étiologie et pathogénie. — 1° Ruptures par traumatisme abdominal, sans lésion des parois. — On peut distinguer, dans cette première grande classe, des causes efficientes et des causes prédisposantes.

Les *causes efficientes* peuvent être : une pression puissante et soutenue, comme celle que détermine une roue de voiture ; ou bien, au contraire, une percussion brusque de l'abdomen, telle qu'on la trouve dans un coup de pied de cheval (observation de Fevase), dans un coup produit par l'explosion d'une machine (observation de Baraduc), ou enfin par une balle (observation de Sédillot) : pendant la campagne de Constantine en 1837, un militaire frappé d'une balle près de l'ombilic, sans pénétration, mourut de péritonite foudroyante par perforation intestinale.

Dans quelques cas on peut observer la percussion brusque suivie de pression, comme dans les ruptures de l'intestin dues à une chute à plat ventre. Outre ces causes, on a encore invoqué la contraction musculaire. Son influence est douteuse et pour la produire, il faudrait vraisemblablement que le côlon soit déjà distendu. Il existe cependant l'observation suivante de Scarpa (1) : un soldat de la légion italienne, en tirant avec beaucoup d'effort sur la chaîne du pont-levis de la forteresse de Longone, sentit reparaître une hernie inguinale du côté droit, qu'il avait eue dans son enfance et dont il se croyait guéri. Deux jours après, on ouvrit le sac et on trouva une déchirure du côlon. Scarpa pense que, dans l'effort, les matières fécales contenues dans le cæcum et le côlon, brusquement refoulées, ont fait éclater ce dernier. Enfin Vollgnad (2) et Allbrecht (3) ont vu se produire des ruptures du côlon sous l'influence d'une extension violente du corps.

Les *causes prédisposantes* sont de plusieurs ordres : *physiologiques*, elles comprennent : la distension du côlon par des matières ou des gaz ; sa fixité, qui l'empêche de fuir devant le traumatisme, au contraire de l'intestin grêle dont le long pédicule explique la mobilité. La situation latérale du gros intestin, caché de plus par les côtes et le bassin dans quelques-unes de ses parties, rend au contraire ses ruptures moins fréquentes; et, de fait, d'après le relevé de Chavasse, le gros intestin serait lésé, par rapport à l'intestin grêle, seulement dans la proportion de 19/106. Quant à l'état des parois abdominales, les auteurs ne sont pas d'accord. Certains pensent que la rupture est plus facile quand elles sont relâchées; Chauveau admet, au contraire, que la contraction des muscles de la paroi, en immobilisant l'intestin, et en ne lui permettant pas de fuir devant le coup, favorise ses lésions.

Les causes prédisposantes *pathologiques* sont surtout les hernies. L'intestin hernié peut être plus facilement atteint, témoin le malade vu par Chauveau à l'hôpital Saint-Antoine. En tombant d'une échelle, une volumineuse hernie inguinale que présentait le sujet, avait heurté une pièce de bois, et quatre heures après l'accident la mort survint. A l'autopsie, on trouva, dans la hernie, une rupture de l'intestin hernié. Enfin Chauveau ajoute à ces causes la fixité pathologique de l'intestin par des brides fibreuses.

Le *mécanisme* de cette variété de perforation du côlon a été différemment interprété par les auteurs. Forget pense que l'intestin, pris entre le corps vulnérant et la colonne vertébrale, se rompt. C'est la théorie du simple pincement intestinal. Or, s'il en était toujours ainsi, on observerait, quelquefois au moins, des lésions des gros vaisseaux, aorte et veine cave, qui sont situés immédiatement en avant de la colonne vertébrale, et qui peuvent, par conséquent, subir le choc : cependant ces lésions n'ont jamais encore été signalées. Cette théorie ne répond donc pas à tous les cas.

Strohl invoque la simple tension de l'intestin : il éclate comme une corde qu'on tire : et, de fait à la suite d'une traumatisme abdominal, Jobert de Lamballe a observé la rupture des fibres longitudinales du côlon.

Sédillot ajoute à ces données la contraction réflexe de l'intestin. Il se base pour cela sur l'expérience suivante : si on injecte de l'eau dans l'œsophage, sous une assez forte pression, on observe souvent des contractions péristaltiques du conduit, tellement violentes qu'elles pourraient le faire rompre, si l'injection était poussée plus loin.

Enfin Chauveau donne une autre explication, purement

(1) E. Muller. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884.
(2) E. Zillner. Ruptura flexuræ sigmoïdis inter partum, in *Virchow's Archiv*, 5 mai 1884.
(3) Th. Anger. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1872.
(4) Gandy. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juin 1899.
(5) Letulle et Luys. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juin 1899.

(1) Scarpa. *Traité des hernies.*
(2) Vollgnad. *Ephem. nat. cur.*, déc. 1, an I, p. 322.
(3) Allbrecht. *Arch. nat. cur.*, vol. IX, p. 8.

physique : « Dans le phénomène du choc, dit-il, les corps élastiques se rompent parce que les molécules frappées sont mises en mouvement, tandis que, en vertu de l'inertie, les molécules voisines restent immobiles. »

Il est difficile de dire quelle est la bonne parmi toutes les théories proposées : il est probable que chacune d'elles contient une part de vérité.

2° Rupture par surdistension du gros intestin (rupture diastasique de Heschl). — Ici la seule cause déterminante est l'accumulation trop considérable de matières et de gaz dans le gros intestin : lorsque l'élasticité du conduit est dépassée, il se rompt. Il était intéressant de savoir de quelle façon se produisait cette rupture et sous quelle pression on l'observait. C'est pour cela que des expériences ont été entreprises. Mais la simple lecture des observations prouve déjà un fait : c'est que le gros intestin se rompt toujours au niveau des points où séjournent le plus habituellement les matières : près du cæcum, d'une part, au niveau de l'S iliaque, d'autre part.

Heschl (*loc. cit.*) est le premier qui ait fait des expériences sur ce sujet. Ayant observé, en 1879, deux cas de ces ruptures du gros intestin par simple distension, il eut l'idée d'apprécier le degré de résistance de l'organe. Pour cela, prenant la terminaison de l'iléon et tout le côlon ascendant, il s'assura d'abord que la valvule de Bauhin était suffisante, c'est-à-dire empêchait le reflux des liquides dans l'iléon. Il introduisit alors par l'orifice de cette valvule la branche d'un manomètre à air libre, et à l'aide d'un réservoir il fit arriver de l'eau dans le côlon. Il observa ainsi les phénomènes suivants : quand la pression fut à 50 millimètres de mercure, le péritoine se rompit. Aussitôt la pression tomba à 40 millimètres. Poussant plus loin l'expérience, il fit pénétrer de l'eau jusqu'à ce que la pression fût égale à 120 millimètres de mercure; la musculeuse céda, et par son orifice on vit la muqueuse faire hernie, puis se déchirer immédiatement. Heschl répéta souvent l'expérience et conclut : 1° que la déchirure siège toujours au même point, c'est-à-dire à l'union du côlon ascendant avec le cæcum, sur le côté droit et antérieur du cæcum, à droite par conséquent de la bandelette antérieure de l'intestin; 2° que la marche des ruptures se fait toujours dans le même ordre : le péritoine se déchire le premier (toujours parallèlement à l'axe de l'intestin), ce qui s'explique par son élasticité moins grande; puis ce sont la musculeuse et la muqueuse, après elle, qui se rompent : la déchirure de la musculeuse se fait le plus souvent dans le sens transversal, perpendiculairement à l'axe de l'intestin et parallèlement à la direction des fibres annulaires; la muqueuse fait toujours hernie avant de se rompre et présente d'ordinaire plusieurs petits orifices. Ajoutons que les faits pathologiques concordent avec ces données expérimentales (observations de Heschl, de Gandy, de Luys, où la rupture est toujours au même point décrit plus haut). Et, fait plus intéressant, Heschl reprenant ses expériences sur des côlons ulcérés (ulcérations tuberculeuses), vit la rupture se produire, non pas au niveau de ces ulcérations, mais toujours au point spécial, qui, cependant, ne présentait aucune trace de lésion antérieure.

Néanmoins, ce n'est pas seulement au niveau du cæcum que la rupture par diastase peut se produire. Elle a été décrite plusieurs fois au niveau de l'S iliaque et du rectum. En ce point, ce peut être le simple refoulement des matières dans le gros intestin qui fait éclater sa portion terminale (observation de Baraduc : les matières chassées dans le rectum sous l'influence d'un traumatisme abdominal produisent un commencement de rupture). Ce peut être encore leur accumulation, quelle qu'en soit la cause, comme dans l'observation de E. Müller (1) : chez une femme de soixante-douze ans, la seule constipation, sans autre cause, produisit au bout de plusieurs jours une rupture de l'S iliaque, suivie de péritonite et de mort. Enfin, Zillner (2) a signalé un autre mécanisme des plus intéressants. Il eut l'occasion d'observer, à Vienne quatre cas de rupture de l'S iliaque chez des nouveau-nés, morts de douze à quinze heures après la naissance : la cause de la mort était la péritonite. Il s'agissait encore ici de rupture simple du gros intestin, sans aucune trace d'inflammation. Comme ces ruptures siégeaient à 15 et 26 centimètres et demi au-dessus de l'anus, on ne pouvait penser à un infanticide; de plus, l'accouchement avait été spontané dans tous les cas (présentations céphaliques) : on ne pouvait donc incriminer davantage les manœuvres d'extraction. Zillner entreprit alors des expériences sur des cadavres de nouveau-nés, et vit que la *distension de la portion terminale du gros intestin pouvait, chez eux, amener sa rupture.* Et l'explication qu'il proposa est la suivante : « Pendant que les voies génitales de la mère pressent sur l'abdomen de l'enfant, elles fixent dans sa position l'anse fortement contournée en S, qui est remplie à l'extrême du méconium, ou elles la refoulent dans le petit bassin. Il arrive alors un moment où la pression sur l'abdomen est si forte et l'anse en S tellement comprimée entre la colonne lombaire ou le bassin d'un côté, et les parois abdominales de l'autre, que le méconium ne peut plus s'échapper ni vers le côlon descendant, ni vers le rectum : un faible degré de pression suffit alors pour provoquer la rupture de l'anse à son sommet. »

Donc la pression est la seule cause déterminante de la rupture par diastase. Mais il existe des causes occasionnelles et des causes prédisposantes :

La constipation habituelle est une prédisposition à ces sortes de rupture, comme il ressort des observations précédentes. Et c'est probablement pour cela que la plupart des cas publiés jusqu'à présent ont été observés chez des femmes (observations de Heschl, de Gandy). Le sexe semble donc avoir une influence.

Enfin, toutes les oblitérations complètes ou incomplètes du gros intestin peuvent jouer le rôle de cause occasionnelle. Dans l'observation de Luys, par exemple, c'est un cancer du rectum qui détermine l'accumulation des matières, mais la rupture se produit très loin, en un point sain, au niveau de l'origine du côlon ascendant. De même, dans l'observation de Th. Anger (3), c'est l'imperforation du rectum, remplacé par un cordon plein, qui détermine l'accumulation de matière suffisante pour faire éclater le cæcum.

III

Anatomie pathologique. — Deux caractères dominent l'anatomie pathologique des ruptures mécaniques du gros intestin. C'est d'abord qu'il n'existe aucune trace d'inflammation sur le pourtour de la déchirure; et, deuxièmement, ce fait que la solution de continuité n'existe jamais sur tout le pourtour de la circonférence intestinale : du moins, jusqu'à présent, il n'y a aucun fait semblable signalé.

(1) Muller. Loc. cit.
(2) Zillner. Loc. cit.
(3) Th. Anger. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1872.

Ces réserves faites, l'anatomie pathologique de ces ruptures comprend des lésions primitives et des lésions secondaires.

Les *lésions primitives* siègent sur l'intestin. Ce sont les ruptures de ses trois tuniques. *Dans les déchirures par traumatisme abdominal*, on peut observer la rupture des fibres musculaires longitudinales (observation de Jobert de Lamballe) ou la rupture des fibres circulaires. Dans le premier cas, la plaie, ovalaire, a son grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin ; il est parallèle à ce dernier, dans les cas de rupture des fibres circulaires. Le plus souvent, les bords de la plaie sont mâchés; la muqueuse fait toujours hernie par l'orifice. Celui-ci, quelque irrégulier qu'il puisse paraître, se rapproche toujours d'un ovale, par sa forme. Il pourrait exister, dans certains cas, une déchirure du méso-côlon. Mais, surtout, il se présente souvent des lésions des gros vaisseaux : d'où hémorragie abondante. Enfin, dans quelques cas, toutes les tuniques ne sont pas rompues : les couches les plus externes cèdent alors les premières. Le siège de la rupture peut être n'importe quelle partie du gros intestin.

Dans la rupture diastasique, au contraire, c'est ou le côlon ascendant, ou l'S iliaque qui sont atteints. Pour le premier, nous avons déjà dit que le siège constant était son origine, à droite de la bandelette antérieure. D'après Heschl, l'aspect de la plaie est aussi toujours le même. Le péritoine est fendu sur une longueur de 4 à 5 centimètres en moyenne et parallèlement à l'axe de l'intestin. Les deux lèvres sont séparées par 2 ou 3 centimètres d'intervalle. Au-dessous de lui, dans l'aire de son ouverture, apparaissent les fibres musculaires circulaires, qui, elles, sont dilacérées dans le sens transversal. Enfin, à travers l'ouverture de la musculeuse sort la muqueuse, présentant, le plus souvent, un groupe de petites perforations à bords taillés à pic. Elle est quelquefois tachetée de brun. Mise sous l'eau, la muqueuse ne paraît nullement enflammée ; mais on voit partir des bords des ulcérations de petits filaments, parfois de longues franges qui flottent. Il n'y a ni œdème, ni infiltration. L'examen histologique des bords mêmes de la rupture ne montre aucune trace d'inflammation (Gandy, Letulle).

Les *lésions consécutives* sont assez nombreuses. Elles comprennent les épanchements de sang dans le péritoine (rupture des vaisseaux) ; les épanchements de gaz (Marjolin cite un cas d'emphysème de la paroi abdominale, à la suite d'une déchirure du côlon ascendant) ; les épanchements de matières, qui peuvent être gênés par la hernie de la muqueuse, ou le contact des anses voisines. Enfin, elles comprennent encore les réactions inflammatoires qui peuvent accompagner l'issue des matières : ce sont la péritonite et les abcès stercoraux. Le gros intestin étant dépourvu de péritoine en arrière, sur une grande partie de son étendue, si la rupture se fait par sa partie postérieure, c'est un abcès stercoral qui se produit. Si, au contraire, c'est la partie péritonéale du gros intestin qui est rompue, on observe de la péritonite. Mais celle-ci est le plus souvent légère : il y a seulement de la vascularisation, et parfois un léger exsudat. Quand la mort est tardive, les lésions sont plus avancées.

IV

Symptômes et marche. — On peut considérer trois périodes cliniques aux ruptures mécaniques du gros intestin.

Dans une *première période*, on observe seulement des phénomènes prémonitoires qui annoncent la rupture. Absente dans la première grande classe (rupture par traumatisme abdominal) où la perforation se fait brusquement, cette étape est au contraire très marquée dans les ruptures diastasiques ou par distension.

Dans ce cas, on observe chez les malades, depuis plusieurs jours, une constipation absolue; il existe surtout des coliques et des phénomènes douloureux dans l'abdomen (première observation de Heschl, observation de Gandy, observation de Müller). Ces signes sont encore plus marqués lorsqu'il existe un obstacle intestinal (épithélioma rectal) comme dans l'observation de Luys. Le ventre est très ballonné, il peut y avoir de la gêne de la respiration par surdistension de l'intestin (observation de Luys), quelquefois des vomissements.

Puis, au bout d'un temps variable, souvent de courte durée, la perforation se produit : c'est la seconde étape. On y entre brusquement dans les ruptures par traumatisme. Les signes sont : une douleur excessivement vive, localisée surtout dans la fosse iliaque droite, où elle prédomine et dont le maximum répond d'ordinaire au siège de la lésion. Le ballonnement du ventre suit de près la douleur, il s'accompagne de tympanisme généralisé avec disparition de la zone de matité du foie; il est dû à l'épanchement de gaz dans l'abdomen. Enfin, on a signalé comme un bon signe de rupture du gros intestin l'émission du sang par l'anus. Quant aux phénomènes généraux, peu marqués au début, ils vont vite en s'accentuant.

Et ce sont eux qui dominent la troisième période ou période de réaction. Quand la mort ne se produit pas en quelques heures, ce qu'on observe alors ce sont, suivant les cas, des signes de péritonite généralisée, le plus souvent à allure rapide; ou les signes d'un abcès stercoral, quand la rupture est sise sous le péritoine (traumatisme). Dans le premier cas, on voit bientôt la température s'élever; puis le faciès se grippe, les extrémités se refroidissent et le malade meurt dans le collapsus. Quand c'est au contraire un abcès stercoral qui évolue, les signes généraux sont accompagnés de signes locaux, et l'abcès peut s'ouvrir, suivant les cas, dans le péritoine ou à l'extérieur.

La terminaison ordinaire des ruptures mécaniques du côlon est la mort plus ou moins rapide (souvent deux ou trois heures après la rupture), si on les abandonne à elles-mêmes. La guérison spontanée a été cependant observée dans les cas d'abcès stercoraux. Mais l'intervention chirurgicale peut modifier le pronostic; ce qui fait comprendre la nécessité d'un diagnostic précoce.

Le diagnostic est souvent difficile à faire; et jusqu'à présent il a été fait surtout à la table d'autopsie. La rupture traumatique pourra être reconnue au tympanisme généralisé, avec disparition de la zone de matité du foie, et à l'écoulement sanguin par le rectum, qui est considéré comme un bon signe de rupture du gros intestin. Mais, au début, en l'absence de ces signes, il faudra se demander si c'est bien l'intestin qui est lésé, et surtout le gros intestin; si c'est bien à une rupture qu'on a ffaire ou à une simple contusion : autant de questions souvent difficiles à résoudre.

Quant au diagnostic de la rupture diastasique, il est surtout basé sur les antécédents et sur l'étude de la période prémonitoire.

Le *pronostic* est des plus sérieux, surtout pour cette dernière forme de rupture du gros intestin, où il est souvent

impossible de combattre la cause occasionnelle de la rupture (épithélioma rectal, constipation opiniâtre).

V

Traitement. — Le traitement peut être seulement préventif pour les ruptures diastasiques. Il consiste alors à prévenir l'obstruction intestinale et à éviter la surtension. Si l'évolution était moins rapide, dans ces cas, on pourrait tenter le traitement curatif, en faisant la laparotomie suivie de suture intestinale. Malheureusement la cause de l'obstruction n'en persisterait pas moins, et il y aurait souvent à craindre une récidive (observation de Luys, où malgré un anus artificiel, établi pour combattre l'obstruction, la rupture diastasique du côlon se produisit).

Il en est autrement pour les ruptures d'origine traumatique. Pour celles-là, en tenant compte de l'état du sujet et des circonstances, on peut faire la laparotomie. Elle a même été conseillée par M. Michaux, comme moyen d'exploration servant ainsi au diagnostic. Admise par cet auteur dans tous les cas et dès le début, la laparotomie n'est pas pratiquée dans les mêmes conditions par d'autres auteurs, parmi lesquels M. Quénu. Quoi qu'il en soit, tout le monde reconnaît qu'elle doit être faite aussitôt que la perforation est soupçonnée et suivie, suivant le cas, de suture intestinale ou d'anus artificiel.

Tels sont les faits jusqu'à présent connus sur les perforations mécaniques du gros intestin. Quelques-uns d'entre eux, à peu près complètement oubliés (ceux de Zillner, par exemple), nous ont paru particulièrement intéressants à rappeler, ils peuvent être l'occasion de nouvelles recherches qui éclaireraient les points encore obscurs de la question.

LE VAGISSEMENT INTRA-UTÉRIN

COMME MOYEN DE PRÉVENIR L'ASPHYXIE DU FŒTUS PENDANT LE TRAVAIL (1)

Par M. le docteur Rapin (de Lausanne).

Le vagissement intra-utérin, *vagitus uterinus*, est un phénomène relativement rare. Signalé pour la première fois par Baudelocque, il fut observé dès lors par Huguier, Depaul, Hubert (de Louvain), Heyfelder, von Winckel, Spiegelberg, Schulze, Murisier, nous-même et d'autres. Il ne se présente que dans des cas anormaux à la suite de l'introduction accidentelle de l'air dans la cavité utérine au cours de diverses opérations obstétricales.

La rareté du phénomène explique, en partie, le fait qu'on n'a pas jusqu'ici essayé de faire pénétrer artificiellement de l'air dans l'utérus pour favoriser sa production, ou, tout au moins, pour permettre au fœtus de respirer dans la cavité utérine, dans les cas où l'asphyxie est à craindre. Peut-être aussi la crainte de la pénétration de l'air dans les veines de l'utérus et l'embolie gazeuse qui en est la conséquence, a-t-elle retenu les accoucheurs. La crainte de la présence de l'air sur les plaies, telle qu'elle existait, il y a vingt-cinq ans, à la suite des théories régnantes de l'époque, et enfin le souvenir des cas de physométrie survenant au cours de certains accouchements négligés et de longue durée, dans lesquels la pénétration de l'air dans l'utérus provoquait la décomposition du liquide amniotique et la septicémie, n'étaient pas faits pour encourager les essais de ce genre.

L'idée d'introduire de l'air dans l'utérus pour prévenir l'asphyxie de l'enfant dans les cas où celui-ci en est menacé pendant le travail, m'a hanté dès le jour où j'ai eu connaissance du cas de vagissement utérin observé par M. Murisier (de La Sarraz), et que j'ai publié dans le numéro de janvier 1899 de la Société médicale de la Suisse romande. Je me promis de l'essayer dans le premier cas qui se prêterait à une expérimentation de ce genre et j'y ai eu recours trois fois.

Ces trois cas sont loin d'être probants et leur nombre est absolument insuffisant pour démontrer l'utilité, dans certains cas spéciaux, de l'introduction de l'air dans l'utérus. Si je me suis décidé à les publier sans attendre d'en avoir recueilli un plus grand nombre, c'est afin de provoquer, de la part de mes collègues, des essais analogues et l'expérimentation d'une méthode nouvelle dont la valeur ne pourra être appréciée que lorsqu'on aura rassemblé un chiffre assez considérable d'observations pour permettre de comparer les résultats obtenus avec ceux que donnent les cas analogues traités en suivant les indications habituelles.

Malgré les circonstances très défavorables dans lesquelles j'ai pratiqué ces trois premiers essais (disproportion considérable entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin rétréci, défaut de vigueur ou développement incomplet du fœtus), je dois relever le fait encourageant que les enfants sont tous nés vivants ou ont pu être rappelés à la vie. S'ils n'ont pu être conservés vivants, c'est que les causes de la mort dépendaient de la gravité de l'accouchement ou de circonstances n'ayant aucun rapport avec la méthode d'insufflation.

Dans les trois cas, le procédé employé n'a entravé en aucune façon ni les douleurs, ni l'expulsion de l'enfant, ni la marche régulière des couches.

En ce qui concerne le fœtus, le procédé n'a paru produire aucun inconvénient de quelque nature que ce soit ; par contre, je relève le fait qu'aucun des enfants n'avait les voies respiratoires obstruées par des mucosités et du liquide amniotique, circonstance qui facilite considérablement l'établissement de la respiration naturelle et constitue un auxiliaire important de la respiration artificielle.

Si ce seul fait restait acquis, l'insufflation intra-utérine aurait droit de cité parmi les procédés obstétricaux.

Les objections que l'on pourrait faire à la méthode sont les suivantes : 1° danger d'infection ; 2° danger de distension exagérée de l'utérus ; 3° danger de pénétration de l'air dans la circulation maternelle ; 4° difficultés techniques.

1° Le danger d'infection existe comme dans toutes les opérations obstétricales, même les plus minimes. Le moyen de l'éviter est l'antisepsie absolue sur laquelle il est inutile d'insister ici. La désinfection de l'air à injecter n'est pas un problème insoluble. Il suffit d'employer des instruments aseptiques — seringue ou insufflateur — et de les remplir d'air en faisant passer celui-ci à travers une couche d'ouate stérilisée. L'emploi de l'oxygène pourra peut-être remplacer l'air avantageusement, tout en garantissant mieux de l'infection.

2° Le danger de distension de l'utérus est très facile à éviter ; il suffit de n'injecter à la fois que 5 à 600 centimètres cubes d'air. De plus, la nature se charge de diminuer ce danger. A chaque contraction, si l'utérus est trop rempli, le gaz s'échappe.

3° Le danger de l'embolie gazeuse est certainement la plus grave des objections qui puissent être présentées. Je crois, cependant, qu'il ne faut pas l'exagérer. Le danger

(1) Communication au Congrès de gynécologie et d'obstétrique.

existe surtout pendant et après la délivrance. Avant l'expulsion, l'utérus est tapissé par le placenta et les membranes, et l'air que nous injectons pénètre dans la cavité amniotique, par conséquent, n'est pas en contact direct avec la paroi utérine.

4° Les difficultés techniques n'existent pas. Cela me paraît découler de la manière de procéder que nous décrivons ci-dessous.

Manuel opératoire. — Aucun instrument nouveau n'est nécessaire, il suffit d'une sonde uréthrale en gomme, n° 20 à 25, à laquelle on adapte un tube de caoutchouc de 10 à 15 centimètres, d'une pince hémostatique, pour assurer l'occlusion du tube de caoutchouc, et enfin d'une seringue de 100 à 200 grammes (à ce défaut, d'un insufflateur à colpeurynter).

Toutes les précautions antisepiques sont prises, pour les instruments, l'opérateur et la paturiente. On introduit 15 à 20 centimètres de sonde dans l'utérus, en passant du côté du plan antérieur du fœtus, puis on remplit d'air la seringue en faisant passer celui-ci à travers une couche d'ouate aseptique, tenue dans la main. La seringue est ajustée au tube de caoutchouc et on pousse le piston lentement, entre les douleurs. On pince le tube pour enlever la seringue, la remplir à nouveau et injecter l'air autant de fois qu'il est nécessaire.

A mesure que l'air pénètre dans l'utérus, le liquide amniotique s'écoule, et enfin quelques bulles d'air sortent par la vulve. A chaque contraction un peu de gaz s'échappe; il faut le remplacer. La percussion permet de se rendre compte de la présence, plus ou moins grande, du gaz dans l'utérus. La quantité d'air injecté a été de 5 à 600 centimètres cubes et n'a jamais dépassé un litre. Si, pendant une version ou toute autre opération, l'air s'échappe en entier, un aide peut se charger d'en réintroduire.

Indications. — Quelles sont les indications et contre-indications de la méthode d'insufflation intra-utérine?

L'avenir se chargera de les préciser, car la présente publication ne peut avoir d'autre caractère que celui d'une communication provisoire. Cependant nous pouvons recommander son emploi : 1° dans tous les cas de procidence du cordon; 2° dans les présentations de l'extrémité pelvienne, lorsque le travail ne marche pas rapidement et qu'il y a quelque obstacle du côté du bassin ou des parties molles ; 3° dans les présentations de l'épaule, au début de la version, ou après que les genoux ont été amenés à la vulve.

Contre-indications. — 1° Mort du fœtus ; 2° phénomènes septiques pendant le travail ; 3° peut-être placenta *prævia* (?).

FORMULAIRE

Poudre pour le pansement des plaies. (Schwartz.)

Poudre d'iodoforme. . .	*àâ* 10 grammes.
— salol	
Sous-nitrate de bismuth.	
Poudre de charbon . . .	
— quinquina. . .	
— benjoin. . . .	

(*Gaz. hebd.*).

Désodorisation de l'essence de pétrole.

Mélanger 100 grammes de chlorure de zinc à 4 litres de pétrole, en ayant soin d'agiter activement, puis verser ce mélange dans un récipient contenant de la chaux vive et agiter bien à nouveau le tout.

Laisser déposer puis décanter. Le mélange est absolument inodore. (*Rev. des prod. chim.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le lundi 9 octobre 1899, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour quatre places d'élèves internes.

Le lundi 6 novembre 1899, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions (ancien régime), ou de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital, comme externes ou comme stagiaires.

Hospice des Quinze-Vingts. — M. le docteur Binet est nommé médecin-adjoint, en remplacement de M. le docteur Bonnefoy, promu titulaire.

Statistique. — Mortalité à Paris du 20 au 26 août. Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 34e semaine, 1019 décès, au lieu de 978 pendant la semaine précédente, et au lieu de 876, moyenne ordinaire des semaines d'août. La fièvre typhoïde a causé 28 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (32), mais encore supérieur à la moyenne (7). La rougeole a causé 26 décès, au lieu de 30 pendant la semaine précédente. Les autres maladies épidémiques sont très rares : la scarlatine a causé 2 décès, au lieu de la moyenne 3; la coqueluche 1, au lieu de la moyenne 7, et la diphtérie 3, au lieu de la moyenne 8. Il n'y a eu aucun décès par variole pendant les six dernières semaines; la diarrhée infantile (athrepsie, etc.) présente une faible diminution. Elle a causé 137 décès d'enfants de 0 à 1 an, au lieu de 143 pendant la semaine précédente. Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 71 décès, et la phtisie 188 décès. La moyenne respective est de 62 et 163. Un décès est encore attribué à la grippe. Il y a eu 14 suicides et 20 autres morts violentes.

La peste en Portugal. — *Lisbonne.* — Une mission de l'Institut Pasteur de Paris est arrivée à Lisbonne. Cette mission, accréditée auprès du gouvernement portugais par M. Delcassé, ministre des affaires étrangères, est chargée d'étudier la peste bubonique dans le but d'éviter la propagation de l'épidémie qui sévit en ce moment à Oporto.

Elle est composée du docteur Albert Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, et du docteur Salimbeni, préparateur au laboratoire du docteur Roux, à l'Institut Pasteur de Paris.

Le tétanos aux États-Unis. — A l'occasion de la célébration de la Fête nationale, il se produit habituellement, aux États-Unis, un grand nombre d'accidents dus à l'usage populaire de toute espèce d'armes à feu. Cette année-ci, il n'y a pas eu augmentation dans le nombre des « accidents du 4 juillet », mais beaucoup de blessures de ce genre, si insignifiantes qu'elles fussent, ont été suivies de tétanos, de telle sorte qu'on peut dire qu'une véritable épidémie tétanique règne actuellement aux environs de New-York. L'enquête faite à ce propos n'a pas permis de se rendre compte de la cause de cette fréquence insolite d'accidents tétaniques. Les dernières nouvelles que nous avons reçues à ce sujet nous font connaître que ce n'est pas seulement à New-York qu'il en est ainsi ; à Philadelphie il s'est produit une série de cas de tétanos mortels à la suite de blessures reçues le jour de la Fête nationale des États-Unis. (*Cosmos.*)

Première thèse de doctorat en pharmacie. — L'École de pharmacie a été appelée pour la première fois à décerner un titre de docteur de l'Université de Paris (pharmacie). La thèse soutenue par M. Lacourt, pharmacien principal de deuxième classe, avait pour titre : « Étude historique, chimique et bactériologique des eaux de Versailles. »

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gilles, médecin adjoint de l'hôpital de Tours; Guillabert, ancien médecin de la marine, décédé à l'âge de soixante-dix ans.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions en Italie.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence des Voyages économiques, deux excursions en Italie, du 1er au 17 ou au 28 septembre, suivant l'itinéraire choisi.

Prix (tous frais compris) : 1re excursion : 1re classe, 560 fr.; 2e classe, 495 fr.; 2e excursion : 1re classe, 870 fr.; 2e classe, 775 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Train de plaisir de Paris à Fontainebleau. — La Cie P.-L.-M. mettra en marche, les 3 et 24 septembre, un train de plaisir, *à prix réduits*, entre Paris et Fontainebleau.

Aller : départ de Paris, à 9 h. 32 matin; arrivée à Fontainebleau, à 10 h. 42 matin. — Retour : départ de Fontainebleau, à 11 h. 11 soir; arrivée à Paris, à minuit 9.

Prix des places (aller et retour) : 2e classe, 5 fr. 35; 3e classe, 3 fr. 50.

Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 17 septembre 1899*.

Départ de Paris, 9 h. 15 matin; retour, 10 h. 51 soir. Prix (tous frais compris) : 1re classe, **20** fr. ; 2e classe, **17f50** ; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génitaux de la femme, par le professeur Carl SCHRŒDER. 12e édition allemande publiée par le professeur HOFMEIER (de Wurtzbourg); ouvrage traduit de l'allemand par le docteur E. LAUWERS. Un vol. in-8°. — Prix : 18 fr. — Bruxelles, A. Manceaux; Paris, A. Maloine.

Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques, par le docteur Paul BOUQUET. Un vol. in-8° de 544 pages. — Prix : 15 francs. — Paris, A. Maloine.

L'audition colorée, étude sur les fausses sensations secondaires physiologiques, et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs, associées aux perceptions objectives des sons, par le docteur F. SUAREZ DE MENDOZA, 2e édition revue et augmentée. Un vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Guide pratique de l'analyse des urines, par S. LAACHE, professeur de la clinique médicale de Christiania; ouvrage traduit par le professeur X. FRANCOTTE (de Liège). Un vol. in-12. — Prix : 3 francs. — Bruxelles, A. Manceaux; Paris, A. Maloine.

Les loisirs d'un praticien, petites chroniques médicales, par le docteur H. PAUTHIER (de Senlis). Un petit vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

EPILEPSIE — *Sirop Henry Mure au bromure de potassium.*

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 100. — MARDI 5 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 5 SEPTEMBRE 1899. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
DANS LES SUPPURATIONS ANNEXIELLES (1)

Par le docteur J.-L. FAURE, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le traitement des suppurations annexielles par l'hystérectomie abdominale totale gagne tous les jours du terrain. Il est certain que la voie abdominale permet de faire des opérations beaucoup plus complètes et beaucoup plus sûres que la voie vaginale. Par cette dernière on laisse souvent les annexes malades, alors que la voie abdominale permet de nettoyer complètement et parfaitement le petit bassin le plus encombré de poches suppurées.

D'autre part, dans les cas graves, lorsqu'on se trouve en présence de suppurations aiguës et récentes, l'hystérectomie vaginale permet d'obtenir des guérisons presque miraculeuses, alors qu'une intervention abdominale serait presque certainement suivie de mort.

J'ai donc actuellement une tendance très nette à employer l'hystérectomie abdominale dans les cas de lésions bilatérales chroniques, en dehors de poussées aiguës, et lorsque, en un mot, les annexes ne semblent pas être le siège de lésions d'une virulence excessive.

Dans les lésions aiguës qui paraissent commander une intervention immédiate, lorsqu'on a des raisons de croire à la gravité possible d'une inoculation péritonéale, c'est à l'hystérectomie vaginale que je donne la préférence.

Au point de vue technique, j'ai toujours employé le procédé que j'ai décrit, et qui consiste, après avoir sectionné l'utérus sur la ligne médiane du fond sur le col, et pénétré ainsi facilement et sûrement dans le vagin, à enlever séparément, après section de l'insertion vaginale du col, chaque moitié utérine, avec les annexes qui lui sont fixées. L'extirpation de la moitié utérine et des annexes correspondantes se fait ainsi de chaque côté, de bas en haut, et les annexes peuvent être décollées par-dessous, ce qui, au point de vue des facilités opératoires, a une très grande importance.

Dans les cas faciles, lorsque les annexes sont peu adhérentes, ce procédé est extrêmement simple. Mais, dans ces conditions, tous les procédés sont faciles. C'est dans les cas très compliqués que sa supériorité est incontestable, et j'estime qu'il permet alors d'enlever des masses annexielles à peu près inopérables par les autres procédés.

J'ai opéré jusqu'ici quatorze malades, dont cinq au moins présentaient des lésions extrêmement compliquées. Une de ces dernières a succombé, toutes les autres ont guéri dans les meilleures conditions.

(1) Communication au Congrès de gynécologie et d'obstétrique.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE
PAR UN PROCÉDÉ SPÉCIAL DE CYSTO-HYSTÉROPEXIE (1)

Par M. LAROYENNE (de Lyon).

Les divers traitements de la cystocèle tels que l'électrorraphie, la colpo-cystorraphie de Byford, les procédés connus de cystopexie et l'hystéropexie abdominale qui contribue puissamment à réduire la vessie sans pouvoir la maintenir dans sa position normale : tous ces procédés sont inefficaces ou insuffisants. Je crois en avoir trouvé un qui présente des garanties qu'aucun d'eux n'avait offertes jusqu'ici.

C'est une cysto-hystéropexie abdominale suivant un procédé spécial. Il consiste à pratiquer d'abord une hystéropexie abdominale antérieure. Je suis de préférence, pour ce premier temps de l'opération, un procédé que j'ai depuis longtemps décrit et que je rappelle en quelques mots. Après dilatation de la cavité cervicale avec les bougies de Hégar, on introduit dans l'utérus un hystéromètre du volume du petit doigt pour éviter toute crainte de perforation. Il est confié à un aide qui le remonte au-dessus du pubis et le surveille à travers l'incision de 6 ou 7 centimètres pratiquée à la paroi abdominale. Il ramène l'utérus d'arrière en avant contre cette ouverture pour la fermer. L'utérus va être fixé dans la position qu'on a choisie. Pour cela, on se sert de deux ou trois aiguilles-broches légèrement recourbées à leur extrémité munie d'un chas. Ces broches sont d'un maniement plus facile que toutes les aiguilles ordinaires ; elles cheminent plus aisément dans l'épaisseur des parois qu'elles doivent parcourir. Elles facilitent beaucoup, une fois en place, l'immobilisation de l'utérus plaqué contre l'orifice de la paroi abdominale sus-pubienne. La première broche, la plus élevée, traverse l'aponévrose et le péritoine pariétal d'un côté, la paroi antérieure de l'utérus et s'engage dans l'épaisseur de la paroi abdominale du côté opposé en réservant la peau. Il ne reste plus qu'à les armer d'un fil et à les retirer. Les fils restés en place sont noués l'un après l'autre et coupés au ras.

(1) Communication au Congrès de gynécologie et d'obstétrique.

Le deuxième temps de l'opération consiste à suturer la vessie à l'utérus, la paroi postéro-supérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. On emploie les mêmes broches que pour l'hystéropexie. Mais, au lieu de l'hystéromètre qu'on pourrait introduire dans le réservoir vésical, je me sers de l'index que je fais pénétrer dans la vessie par l'urèthre préalablement dilaté avec les bougies de Hégar. C'est sur cet index comme guide que deux broches successives seront conduites interstitiellement, à travers la paroi postéro-supérieure de la vessie et de la face antérieure de l'utérus, sans comprendre la paroi abdominale. La vessie, par sa face postéro-supérieure, est dès lors soudée à l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin en partie effacé a presque disparu. « Il est en effet indispensable que cette paroi vésicale postéro-supérieure soit efficacement suspendue à un organe solidement attaché aux parois abdominales, car c'est elle dont le prolapsus proémine à la vulve dans la cystocèle. »

Cette suspension constitue un temps nouveau de l'acte opératoire de la cystopexie qui jusqu'ici a été conplètement négligé. Un fil de catgut est passé dans le chas des broches, celles-ci sont retirées et les fils noués et coupés. Grâce au doigt introduit dans la vessie, qui avertit lorsqu'on se rapproche trop de la muqueuse vésicale ou lorsqu'on en reste trop éloigné, cette phase délicate de l'opération est terminée sans crainte d'accident. Il ne reste plus dans un troisième temps qu'à suturer la vessie à l'aponévrose et au péritoine de la paroi abdominale antérieure, par deux fils interstitiels placés au-dessous de ceux de l'hystéropexie et de ceux qui relient la vessie à l'utérus. Un surjet au catgut rapproche dans toute sa longueur l'incision cutanée superficielle, et une colporraphie postérieure vient, si elle est nécessaire, consolider le périnée.

L'opération que nous proposons devrait être conservée, voudrait-on d'ailleurs renoncer à la dilatation de l'urèthre et à l'introduction d'un doigt dans la vessie pour des raisons que je n'entrevois pas, car l'incontinence d'urine ne persiste que quarante-huit heures, et une ou deux injections au nitrate d'argent suffisent à faire disparaître les symptômes de cystite. A la suite de cette double fixation utérine et pariétale, la vessie n'apparaît plus à la vulve, les mictions ne sont plus douloureuses et la malade éprouve un bien-être auquel elle n'était plus habituée depuis son prolapsus vésical. La vessie n'est-elle pas fixée en haut et en arrière à l'utérus, en haut et en avant à l'aponévrose abdominale?

LA PROPHYLAXIE DE LA PESTE

AU MOYEN DE LA SUPPRESSION DES RATS ET DES SOURIS (1)

Par M. le docteur LORIGA,
Médecin sanitaire provincial à Venise.

Les micro-organismes qui viennent d'être décrits sont les seuls qui aient été expérimentés ou proposés pour détruire les souris. Bien que le but des expérimentateurs ait été d'éviter les dommages que ces rongeurs apportent à l'agriculture, l'action pathogène des bactéries a été étudiée principalement à l'égard des *arvicoles*, et pour toutes les autres espèces, les faits que nous possédons sont ou insuffisants ou négatifs.

Aussi bien, dans la recherche d'un microorganisme destructeur des souris, au point de vue de la prophylaxie de la peste, nous devons tenir compte de son action sur les espèces qui vivent habituellement au contact de l'homme, d'autant plus que la souris des champs semble douée d'une faible réceptivité à l'égard de cette infection (1).

Dans les conditions présentes de la plus grande partie de nos agglomérations urbaines, une seule espèce de rat, soit le surmulot ou *mus decumanus*, tant dans l'Inde qu'en Europe, a le domaine exclusif du sous-sol, où il a réussi à chasser presque partout le rat noir et les autres espèces de souris (2).

Dans le sous-sol aussi et dans l'intérieur de nos maisons se trouve plus fréquemment la souris grise domestique.

Toutefois, le nombre des souris comparé à celui des rats doit être généralement moindre, quoiqu'elles soient plus prolifiques, parce que leurs cachettes sont plus accessibles et que leur genre de vie est sujet à des meilleures embûches de la part de l'homme et des autres animaux.

Nous n'avons pas encore de faits suffisants pour affirmer laquelle des deux espèces est la plus susceptible à l'égard de la peste. Durant l'épidémie de Bombay, quelques observateurs ont pu croire que les souris demeuraient indemnes de la peste, mais que les rats mouraient en grand nombre.

Mais Simond à Bandora et Bitter à Djeddah ont constaté que la mortalité sévissait aussi bien sur les rats que sur les souris. Il est probable que l'appréciation différente dérive simplement des méthodes diverses de se comporter dans les derniers moments de la vie pour les souris et pour les rats; ceux-ci, pour se soustraire à la sensation de suffocation, viennent audacieusement à l'ouverture à la recherche de l'air; les premières, moins fortes et plus timides, meurent cachées dans leurs tanières.

Les résultats de laboratoire ne sont pas beaucoup plus instructifs que les faits épidémiologiques. Yersin et Hankin ont démontré que les rats sont plus susceptibles pour la peste des souris déjà infectées par la voie gastro-intestinale et réciproquement quand la matière infectante vient à être introduite par la voie sous-cutanée; que la virulence du bacille s'atténue en passant de rat à rat, qu'au contraire elle s'exalte à travers les petites souris blanches et grises. Puisque l'infection par la voie gastrique dans les conditions naturelles semble la plus facile et la plus commune, on devrait supposer par là que les rats sont plus dangereux que les souris. Mais Yersin, Calmette et Borrel (3) ont cependant démontré que, aussi bien chez les rats que chez les souris, l'infection par ingestion ne réussit pas avec la peste de provenance humaine, au moins lorsqu'elle n'a pas eu plus de deux ou trois passages dans les animaux. Si la voie gastrique doit être la seule voie d'introduction dangereuse, il faudrait admettre certainement que les souris sont plus réfractaires que les rats, mais aussi que chez ces derniers la virulence dangereuse s'éteint promptement quand elle n'a pas été renforcée par de fréquents passages dans l'homme. De nombreuses observations semblent prouver que l'épizootie peut se développer pendant longtemps indépendamment de l'homme, et il est permis d'en conclure que dans la nature les choses procèdent d'une façon moins schématique.

Afin d'expliquer la transmission de la peste du rat à l'homme, Simond et Hankin ont été conduits à admettre l'intervention d'insectes capables de transporter et d'inoculer le bacille spécifique, comme si cette intervention pouvait expliquer les relations entre la peste des souris et celle des rats, parce que l'inoculation cutanée du virus par l'intermédiaire des insectes vaincrait l'état réfractaire

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 897.

(1) Voir ABEL. Sur la connaissance du bacille de la peste, *Centralbl. f. Bakt.*, XXI, p. 97. — Une souris survécut à l'injection, une mourut au bout de six jours, tandis que les souris de maison étaient mortes une le troisième jour et une le quatrième jour.

(2) Le surmulot est originaire de l'Inde et de la Perse. Il apparut en Russie vers 1727, en Angleterre, France et Italie vers 1750.

(3) YERSIN, CALMETTE et BORREL. La peste bubonique, *Ann. de Pasteur*, 1895, p. 589.

relatif dérivant de l'espèce et celui qui tend à s'établir naturellement par l'accoutumance au virus introduit par la voie gastrique.

En considérant la question au point de vue de la défense collective, les rats sont certainement plus dangereux que les souris, parce qu'ils transportent plus facilement la peste de place en place. Ce qui rend surtout redoutable ces animaux, c'est leur instinct migrateur, lequel est à peine éveillé, lorsque vient à se manifester un danger pour leur existence, ni à peine en observant une augmentation de la mortalité. Il se forme un véritable fléau qui se meut par lui-même, qu'aucun moyen ne peut réprimer, qui porte l'infection des tanières dans les maisons indemnes ou déjà désinfectées, dans les autres quartiers d'une même cité ou également dans d'autres pays non très éloignés.

Il a été observé dans les Indes que l'usage général de quelques désinfectants à odeur forte, comme l'acide phénique, parvient à éloigner les souris. Pour empêcher que les souris malades puissent abandonner la zone infectée, Hankin a proposé d'user de désinfectants inodores dans celle-ci, et de substances à odeur désagréable à la périphérie et dans les zones circonvoisines non encore infectées. Mais il est très douteux que cette précaution puisse en arrêter la dispersion, parce que dans les villes nombreuses il y a des voies sur et sous le sol du revêtement des rues par lesquelles les souris peuvent échapper à cette espèce de cordon sanitaire, et par suite qu'il n'est pas facile de les intercepter toutes.

Il convient de recourir dans un délai très court à ces moyens de destruction ou d'éloignement des souris et des rats dans les lieux habités par l'homme, parce que, si la peste s'est déjà manifestée parmi eux, rien ne peut en empêcher l'émigration ; par contre, quelque tentative que ce soit qui serait faite dans ce but pourrait avoir un effet contraire, soit une dissémination plus rapide de la maladie.

Pour la destruction des souris des maisons, on peut espérer des résultats satisfaisants de l'emploi des moyens chimiques, mécaniques ou physiques et de l'emploi des micro organismes ci-dessus décrits, lesquels se sont tous montrés suffisamment actifs à cet égard. On y réussira d'autant mieux à l'intérieur des habitations qu'on aura suivi avec soin toutes les indications données par ceux qui les ont recommandés pour l'usage pratique des micro organismes susdits. Contre les rats, au contraire, l'emploi des moyens chimiques ou mécaniques ne sera jamais suffisant pour les détruire, mais il sera utile, à défaut de tous les autres moyens destinés à défendre les entrées des habitations, pour empêcher leur invasion dans les locaux habités. Là où les conditions locales permettent une fermeture hermétique des locaux où ils ont leur demeure habituelle, à savoir les égouts et les caves, on pourrait employer avec avantage les gaz asphyxiants, la fumée, ou les acides sulfureux et le sulfure de carbone, à défaut d'inondation.

De l'emploi des micro-organismes, on ne peut attendre actuellement aucun résultat utile contre les rats. L'*Achorion Schonleinii* est pathogène pour l'homme et d'une action très lente et douteuse pour les rats ; les bacilles de Löffler, de Laser et de Mereshkowky sont sans action sur ces derniers ; le pouvoir pathogène du coccobacille de Danjsz et surtout la diffusibilité de la maladie ne sont pas suffisamment démontrés.

Nous connaissons beaucoup d'autres bactéries pathogènes pour les souris, parce que ce sont des animaux communément employés dans les expériences de laboratoire. Mais, précisément, parce qu'on ne se sert presque jamais du rat dans les laboratoires, nos connaissances sur sa réceptivité à l'égard des micro-organismes sont très incomplètes et ne peuvent être appliquées directement dans la pratique.

Toutefois l'importance que les rats ont assumée dans la diffusion de la peste sous la forme épidémique impose le devoir d'étudier les moyens les plus convenables pour les détruire d'une manière rapide et sûre.

De son côté, le gouvernement français n'a pas manqué de se préoccuper de cette question, qu'il a chargé le Comité consultatif d'hygiène publique d'étudier.

Déjà, d'autre part, certaines compagnies de navigation faisaient les plus grands efforts pour débarrasser leurs magasins de ces rongeurs qui sont si souvent pour elles l'occasion de pertes considérables pouvant s'élever à plusieurs milliers de francs pour un seul chargement : nous citerons notamment la Compagnie des Chargeurs-Réunis, qui a fait marché avec un entrepreneur spécial pour la destruction des rats sur ses navires, en même temps qu'elle prend au port d'embarquement des mesures aussi rigoureuses que possible ; la Compagnie des Messageries maritimes donne une prime à ses matelots par cadavre de rat pris à bord et elle est ainsi parvenue à en détruire une très grande quantité, etc., etc.

D'accord avec les représentants des compagnies de navigation, le Comité a résolu de procéder méthodiquement à l'application de ces mesures dans les lazarets et sur les navires, et nous avons pu nous assurer tout récemment que chacun s'ingéniait à y mettre la plus grande bonne volonté. Le problème n'est pas facile à résoudre, parce que le nombre des rats sur les navires est quelquefois considérable et qu'il y existe d'innombrables recoins difficilement accessibles, dans le chargement et dans la construction ; mais, de l'aveu de tous, il n'est pas impossible d'obtenir des résultats très appréciables, pour peu qu'on y prenne une soigneuse attention.

C'est pourquoi, sur le rapport de M. le docteur A.-J. Martin, le Comité a approuvé les instructions ci-après que M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, vient d'adopter à son tour :

Instructions relatives à la suppression des rats et des souris dans les lazarets et sur les navires, au point de vue de la prophylaxie de la peste.

Les rats et les souris sont des agents très actifs de la propagation de la peste. Lorsqu'ils en sont atteints, la maladie ne tarde pas à sévir parmi la population des lieux où ils passent ou dans lesquels ils séjournent. L'épizootie de ces rongeurs précède de peu de jours l'épidémie humaine.

Aussi convient-il d'éviter à tout prix leur présence dans les lazarets et sur les navires.

LAZARETS. — Il faut, dans toutes les parties des lazarets, empêcher les rats et les souris de pénétrer dans les constructions, et les détruire avec le plus grand soin s'il en existe.

A cet effet, on devra obturer toutes les ouvertures par lesquelles les rats et les souris peuvent pénétrer dans les constructions, ou tout au moins, pour celles qu'il faudrait maintenir, les munir d'appareils protecteurs, tels que des balais, des entonnoirs ou mieux des écrans métalliques. Les lazarets devront, en outre, posséder ces mêmes appareils en quantité suffisante pour pouvoir en disposer sur les amarres et cordages réunissant les navires à terre.

Lorsqu'il existe des rats et des souris dans les lazarets, des pièges, des préparations alimentaires toxiques, telles que la mort-aux-rats ou tous autres produits similaires, etc., seront employés pour les y détruire et les cadavres des rats ou des souris seront immédiatement brûlés. Si les rats et les souris étaient réfugiés dans des locaux difficilement accessibles, il faudrait y faire usage de gaz asphyxiants, tels que l'acide sulfureux à la dose de 40 grammes de soufre par mètre cube.

Les endroits où l'on a recueilli des rats ou des souris

morts seront lavés avec les solutions désinfectantes en usage dans les lazarets.

Navires. — 1° *A quai.* — Lorsqu'un navire est à quai, les amarres et cordages qui le retiennent doivent être munis de balais, entonnoirs ou mieux d'écrans, etc., disposés de façon à empêcher les rats de se servir de ces amarres et cordages pour pénétrer dans le navire ou en sortir. Les passerelles doivent être levées pendant la nuit.

Avant le chargement, il faut s'assurer qu'il n'existe pas de rats sur le navire. S'il en existe ou qu'on le craigne, il faut les détruire par les moyens ci-dessus indiqués. Le navire doit être désinfecté à l'acide sulfureux avant tout chargement, dans toutes les parties où les rats peuvent séjourner; les autres locaux doivent être désinfectés avec la solution de sublimé salée à 1 gramme p. 1 000 de bichlorure de mercure pour 2 grammes de sel marin, également pour 1 litre d'eau distillée. Les cadavres des rats doivent être brûlés.

2° *En cours de traversée.* — Il est indispensable d'user, pendant la traversée, de tous les moyens possibles pour détruire les rats qui auront pu pénétrer sur le navire, malgré les précautions prises à quai. Parmi ces moyens, ceux qui détruisent les rats sans que leurs cadavres se putréfient ou dégagent d'odeurs, seront préférés.

Certaines préparations, dites mort-aux-rats, peuvent atteindre ce résultat; il y a lieu d'en prescrire immédiatement l'essai.

Les cadavres des rats doivent être brûlés et les locaux où ils ont été découverts, désinfectés.

3° *A l'arrivée.* — Lorsqu'un navire est arraisonné, le médecin sanitaire doit se renseigner, avec la plus grande attention, sur la présence des rats à bord. Si des rats y ont été découverts et si des cadavres de ces rats existent encore sur le navire, il sera immédiatement procédé à l'analyse bactériologique, afin d'y chercher le bacille de la peste.

Dans le cas où celui-ci serait reconnu, le navire sera déchargé; sa cargaison et les bagages des passagers et de l'équipage seront désinfectés; le navire sera tout entier soumis à des fumigations sulfureuses, et les cadavres des rats seront soigneusement brûlés.

En cas contraire, le navire pourra avoir libre pratique. après application des mesures de désinfection réglementaires.

Après déchargement des navires au port d'arrivée, ils seront désinfectés à l'acide sulfureux dans toutes les parties où ce procédé peut être employé et, pour le reste, lavés avec des solutions désinfectantes.

De la parfaite exécution de ces instructions dépend le régime sanitaire à imposer aux navires. Elle permettra d'autant plus d'éviter l'application rigoureuse de ce régime que la destruction des rats aura été mieux et plus rapidement assurée.

Nous croyons savoir enfin que des mesures spéciales sont actuellement prises pour détruire les rats dans tous les édifices publics de la Ville de Paris et notamment dans les égouts. On ne saurait trop engager les particuliers à s'en préoccuper, de leur côté, pour leur domicile.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Extirpation du membre inférieur entier avec l'os coxal correspondant (exarticulatio inter-ileo-abdominalis), par E. G. Salichtchevf (*Vratch*, 1899, nos 25 et 26, p. 721 et 757). — Salichtchevf vient d'avoir l'occasion de pratiquer avec succès cette opération, exécutée pour la première fois par Jaboulay et depuis par Girard, Bardenheuer et Cacciopoli.

Le malade, âgé de trente-huit ans, antérieurement alcoolique, avait joui cependant jusqu'ici d'une bonne santé. La tumeur embrassait la région coxo-fémorale droite, qui avait 97 centimères de tour à droite contre 46 à gauche. Au palper, et même à la vue, on voyait que la tumeur s'élevait au-dessus de l'os coxal jusqu'au niveau et même un peu au-dessus de l'ombilic; elle remplissait la fosse iliaque et s'étendait jusqu'au pubis. Le fémur était pris dans sa moitié supérieure et interne. Diagnostic : ostéo-sarcome coxo-fémoral. Opération le 6 décembre 1898. Incision en raquette. La queue part de l'extrémité antérieure de la douzième côte, marche parallèlement à la crête iliaque et se bifurque au-dessus du milieu de celle-ci. La branche antérieure descend alors parallèlement au ligament de Poupart, contourne la face interne de la cuisse au niveau du pli génito-crural, et descend le long des branches du pubis et de l'ischion. La branche postérieure décrit une courbe convexe en avant, allant du point de bifurcation jusqu'à l'ischion où elle rejoint l'antérieure. Dans un premier temps opératoire, incision au niveau de la queue et de la moitié antérieure de la raquette, et ligature des vaisseaux iliaques primitifs à 3 centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte; plus bas, les vaisseaux se confondaient avec le néoplasme. On décolle ensuite le péritoine, le droit antérieur de l'abdomen, le ligament suspenseur de la verge, l'ischio-caverneux, le corps caverneux, l'aponévrose périnéale et le releveur de l'anus. Cela fait, section de la symphyse, donnant un écart de 5 centimètres. On détache alors les muscles de la crête iliaque; section du psoas, des nerfs cruraux, ligature et section des vaisseaux obturateurs internes, du nerf et des vaisseaux sciatiques. Finalement, attaque du ligament antérieur de la symphyse sacro-iliaque: le bassin achève de s'ouvrir et l'on peut sectionner le ligament interosseux, le postérieur et finalement couper d'arrière en avant les muscles qui matelassèrent le lambeau postérieur. Suture des fessiers et sacro-lombaire au droit antérieur. Drainage. Durée : une heure et quart. Suites simples, à part un peu d'élévation de température, quelques vomissements et un peu de suppuration, ayant amené la déhiscence des lambeaux et nécessité ultérieurement quelques greffes de Thiersch. Avec l'auteur, nous pensons que ce procédé est jusqu'ici le mieux réglé; il emprunte à Jaboulay la ligature immédiate des vaisseaux iliaques et il laisse surtout de côté la méthode longue et brutale de Bardenheuer (désarticulation de la hanche, puis ouverture violente du bassin après section du pubis).

Le malade sortit guéri le 23 mars 1899. Les fonctions urinaires, digestives et génitales ne souffrirent en aucune manière. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un sarcome médullaire de l'os coxal ayant envahi le fémur seulement à sa surface; l'épiphyse inférieure de cet os était pourtant décollée, bien que saine. Quatre belles photographies complètent la remarquable communication du professeur Salichtchevf. R. de Bovis.

Sténose de l'intestin, causée par des tumeurs tuberculeuses multiples; résection triple de l'intestin; guérison, par le docteur Ali Krogius (d'Helsingfors). — Une femme de trente-trois ans, de souche tuberculeuse et présentant elle-même les signes d'une phtisie pulmonaire à son début, souffrait de symptômes prononcés de sténose de l'intestin. A l'examen de la malade, l'auteur constata la présence dans l'abdomen de deux tumeurs très mobiles, de la grosseur d'un œuf de pigeon, et d'une troisième tumeur fixe, située dans la fosse iléo-cæcale droite. Ces tumeurs furent enlevées par une résection triple de l'intestin. Elles étaient constituées par des masses blanchâtres, noduleuses, infiltrées dans la paroi intestinale et rappelant à l'examen macroscopique des tumeurs cancéreuses; à leur niveau, la lumière de l'intestin était excessivement rétrécie. La muqueuse était relativement peu adhérente et ne présentait pas d'ulcérations

nettes; en revanche, la couche sous-séreuse était excessivement épaissie. L'examen microscopique montra une infiltration embryonnaire de toutes les couches de la paroi intestinale; une hypertrophie considérable du tissu conjonctif et des tubercules typiques, dont plusieurs renfermaient des cellules géantes; à la surface de la muqueuse on voyait par place de petites ulcérations.

La malade supporta bien cette opération, ainsi qu'une cholécystostomie qu'on dut lui faire quelque temps après pour une cholécystite suppurée, causée par des calculs biliaires. En quarante-trois jours elle a augmenté du poids de 8 kilogrammes.

La forme hypertrophique de la tuberculose intestinale étudiée par Durante, Hofmohl, Bilroth, Hartmann et Pilliet, Czerny, Sachs, Salzer, Körte, etc., a été observée, on le sait, presque exclusivement dans le cæcum; ce n'est que deux fois (Kocher, Sachs, Mockenhaupt) qu'on a trouvé dans l'intestin grêle de vraies tumeurs tuberculeuses. C'est surtout à ce titre que le cas relaté ci-dessus offre de l'intérêt. (*Finska Lækaresællskapets Handlingar*, 1899, Bd XLI, n° 1.)

Sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, par le docteur J. Wiesner. — C'est à la clinique chirurgicale du docteur Hacker (d'Inspruck) que l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle a été pour la première fois systématiquement employée. Plus de 400 opérations ont été pratiquées avec ce genre de narcose; l'auteur, qui a eu de très nombreuses occasions d'observer cette méthode, résume ainsi le résultat de ses observations :

« Le chlorure d'éthyle ou kélène est un liquide très mobile, à odeur d'éther caractéristique peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool; son poids spécifique à 0 degré est de 0,921; son point d'ébullition est à — 12°5; il ne se solidifie qu'à — 29 degrés; il se volatilise à la température ordinaire sans laisser de résidus. En introduisant ses vapeurs dans l'eau, celle-ci ne doit pas rougir le papier de tournesol, ni former de précipité si on l'additionne d'acide nitrique, et d'une solution de nitrate d'argent.

L'anesthésie générale est complète au bout d'une demie à deux minutes, suivant l'âge du sujet et son accoutumance à l'alcool; les réflexes des pupilles et de la cornée sont presque toujours maintenus; des malades sous l'anesthésie ont même répondu aux questions bien que l'anesthésie fût complète et qu'ils ne se souvinssent plus de rien une fois réveillés. Ce n'est que chez les alcooliques que l'on remarque une période d'excitation; celle-ci atteignit rarement un état aigu et dans un cas seulement la force de l'excitation rendit l'anesthésie impossible. On n'a jamais observé de faiblesse cardiaque, de spasme de la glotte ou de troubles de la respiration accompagnés d'asphyxie. Lorsqu'il est arrivé qu'un malade se soit réveillé pendant l'opération, le fait a toujours été imputable au médecin chargé de l'anesthésie. Aussitôt après l'enlèvement du masque, l'état normal était rétabli et l'on voit des malades ayant subi une opération sous l'anesthésie du chlorure d'éthyle rentrer seuls chez eux après l'opération. Très rarement les patients se sont plaints de maux de tête. Par contre, les réflexes musculaires n'étaient jamais complètement abolis, sauf chez les enfants. Le relâchement complet des muscles ne se produit pas; par conséquent l'anesthésie au kélène ne semblerait pas indiquée dans les cas où ce relâchement est indispensable. Il est cependant suffisant pour réduire une ancienne luxation ou réunir les morceaux d'os, dans une fracture de la rotule.

Dans la clinique du professeur Hacker, la « Kelennarcose » est employée dans les opérations de courte durée et dans le cas où le chloroforme et l'éther sont contre-indiqués, c'est-à-dire dans le cas de troubles de la circulation, de dégénérescence graisseuse du cœur, de maladies des voies respiratoires chez les cachectiques, chez les personnes affaiblies par une grande perte de sang et ayant subi des lésions graves, où une intervention très rapide s'impose et où l'on ne peut pas employer la méthode d'infiltration de Schleich.

Les avantages du kélène comme anesthésique générale peuvent se résumer ainsi : anesthésie rapide; absence complète ou très courte période d'excitation; réveil rapide; possibilité de l'employer chez les personnes affaiblies par des pertes de sang considérables ou se trouvant sous l'influence d'un choc. Il faut citer aussi, par contre, ses désavantages : absence du relâchement total des muscles, difficulté d'effectuer des opérations de longue durée, les malades se réveillant trop facilement. » (*Wien. med. Wochens.*, 1899, n° 28.)

Sur la tuberculose des hernies, par M. le docteur M. Presnitzski (de Kieff). L'auteur a observé à la clinique chirurgicale de l'université, à Kieff (service du professeur Malinovski), deux cas de tuberculose de hernies, l'une inguinale, l'autre ombilicale. Tout en rapportant avec détails ses observations, il cite brièvement les cas déjà publiés.

Il existe deux opinions contraires au sujet de la tuberculose herniaire en rapport avec la tuberculose diffuse du péritoine. Les uns (Jonnesco, Lejars) considèrent la tuberculose du sac comme le foyer primaire; les autres (Bruns, Roth) la considèrent seulement comme une apparence particulière de l'inflamation tuberculeuse disséminée du péritoine. D'après l'auteur, les deux cas sont possibles. Le processus tuberculeux peut atteindre toutes les parties du corps en choisissant toujours l'endroit le plus faible.

Comme le sac de la hernie attaquée de la tuberculose contient toujours un liquide, les symptômes cliniques de la hernie tuberculeuse reposent sur la constatation de ce liquide : 1) par la difficulté de réduire la hernie, le malade étant en position verticale; 2) par la réduction facile et rapide en position horizontale, et 3) l'apparition brusque de la hernie, lorsque le malade se lève.

Le diagnostic de la hernie tuberculeuse est important. Si on admet l'existence du foyer primaire au niveau de la hernie, sa présence alors nous oblige à l'opération immédiate. Comme conclusion, l'auteur cite les théories proposées pour l'explication de l'effet curatif des opérations faites en cas d'inflammation tuberculeuse diffuse du péritoine et d'inflammation tuberculeuse circonscrite au sac herniaire. (*Archives russes de path., de méd. clin. et de bactériol.*, 1899, vol. VII, fasc. 5.)

FORMULAIRE

Contre l'impétigo (Brandis).

Acide salicylique		2 grammes.
Lanoline		50 —
Oxyde de zinc	} ãã	24 —
Amidon		

Contre le sycosis.

Naphtol		5 à 10 grammes.
Savon vert	} ãã	25 —
Craie précipitée		
Soufre lavé		
Lanoline		

(*Nouveaux remèdes.*)

Urticaire (Gaucher).

Alcool éthylique	} ãã	30 grammes.
Éther sulfurique		
Chloroforme		
Menthol		10 —

pour pulvérisations.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de l'appendicite (1), par Félix Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. (N° 18 de l'*Œuvre médico-chirurgical.*)

Fidèle au programme qu'il s'était donné de tenir le public médical au courant des grandes questions à l'ordre du jour, l'*Œuvre médico-chirurgical* vient de consacrer un nouveau numéro au traitement de l'appendicite. Dans sa première monographie, le docteur Legueu discutait la cause et la pathogénie de cette affection; c'était le prélude nécessaire à la définition d'une formule thérapeutique définitive.

L'heure est venue de dégager des discussions et controverses la conclusion pratique, la ligne de conduite à suivre, la formule thérapeutique à adopter. A cet effet, l'auteur, après avoir rapidement esquissé les données du problème, étudie les différentes indications thérapeutiques présentées à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie. Que faut-il faire lorsqu'il y a péritonite généralisée? Il faut opérer. Quand il y a abcès péri-cæcal? Il faut opérer. Dans l'appendicite aiguë, sans tuméfaction et sans péritonite, les discussions ont été plus chaudes, aussi le chapitre consacré à l'étude de cette intéressante donnée est-il particulièrement intéressant : tous les points sont envisagés, aussi bien ceux qui concernent le traitement purement médical que ceux qui se rapportent à l'intervention sanglante. — La seconde partie est consacrée aux différentes opérations de l'appendicite : les interventions pour péritonite suppurée, pour suppuration iliaque, la résection de l'appendicite sont étudiées dans tous leurs détails de médecine opératoire et, pour ne rien omettre, le docteur Legueu examine le traitement des éventrations possibles.

Cette monographie essentiellement pratique aura le succès de son aînée avec laquelle l'*Œuvre médico-chirurgical* a si heureusement débuté.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le médecin qui délivre un certificat constatant la nature véritable de la maladie dont son client est mort commet une violation du secret professionnel.

Un arrêt de la Cour de cassation porte que la loi a fait du secret médical une prescription d'ordre public et que les juges ne pouvaient baser leur décision sur une déposition qui constituait un acte délictueux. La Cour d'appel de Besançon vient de faire application de ce principe en décidant que les tribunaux ne sauraient faire état de certificats médicaux produits au cours d'une instance en nullité de constitution de rente viagère et émanant du médecin qui a soigné le crédirentier au cours de sa dernière maladie, une telle production constituant une violation du secret professionnel.

Voici le texte de l'arrêt :

Attendu que les appelants prétendent faire annuler le contrat de vente à rente viagère passé devant Mᵉ E..., notaire, au profit des intimés, parce que cette rente aurait été constituée sur la tête du sieur B..., le 23 février 1898, alors que ce crédi-rentier était déjà atteint de la maladie dont il est décédé, le 11 mars 1898, moins de vingt jours après la date du contrat; qu'ils reconnaissent que c'est à eux qu'incombe la charge de prouver les faits qu'ils allèguent, et que dans ce but ils se prévalent d'un certificat du docteur-médecin V..., qui a soigné B... pendant le cours de sa dernière maladie; que dans le cas où la Cour ne trouverait pas dans ce document les éléments nécessaires pour constituer la preuve qu'ils devraient rapporter, ils sollicitent une expertise à l'effet d'examiner les certificats médicaux produits et les ordonnances délivrées à B... durant sa maladie;

Attendu que le certificat produit par les appelants, comme d'ailleurs ceux produits par les intimés et émanant du docteur V..., doivent être rejetés du débat parce que leur production dans la cause constitue une violation du secret professionnel; qu'en effet, la loi a fait du secret professionnel, tel qu'il résulte de l'article 378 du Code pénal, une prescription d'ordre public qui ne saurait être violée dans un intérêt de moralité supérieur et sans ébranler la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions pour garantir le repos des familles;

Attendu que ce secret est la propriété exclusive de celui qui l'a confié; que le docteur-médecin qui l'a reçu n'est pas le maître d'en disposer dans telles conditions ou telles limites que sa conscience semblerait le lui permettre; que le docteur V..., ayant donné ses soins à B..., n'a connu les causes de la mort de cet homme qu'en raison de l'exercice de sa profession, et que les constatations de ses certificats ne portent que sur des faits qui, par leur nature même, sont secrets; que, dès lors, la Cour ne saurait faire état de ces documents qui ne peuvent faire preuve par eux-mêmes, ni constituer l'élément essentiel et primordial de la preuve par voie d'expertise qui est ainsi illégalement sollicitée;

Attendu que B... mort, nul ne peut relever le docteur V... du secret professionnel, parce que c'est là un droit qui ne saurait appartenir qu'à la personne même qui en est propriétaire; qu'il importe donc peu que les deux parties en cause produisent les certificats du médecin; que les héritiers, les continuateurs mêmes de la personne du défunt, n'ont ni l'exercice, ni la jouissance d'un droit qui, par sa nature même, est exclusivement individuel et personnel;

Attendu que les appelants, en outre des certificats susvisés, se prévalent de présomptions qui ne sont ni graves, ni précises, ni concordantes; qu'il résulte même des faits reconnus par toutes parties que le sieur B... a pu comparaître en état de santé, le 24 février 1898, devant les juges du tribunal correctionnel de Vesoul; qu'enfin, les appelants, n'ayant point rapporté la preuve qui leur incombait, doivent être déboutés de leurs fins et conclusions.

Par ces motifs, sans s'arrêter aux offres de preuves par expertise ou par témoins, qui sont rejetées : celle des appelants comme illégale, celle des intimés comme inutile, déclare les appelants mal fondés dans leurs fins et conclusions, les en déboute et confirme le jugement attaqué.

(*Gaz. hebd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

M. Bouteuil. De l'emploi en oculistique de quelques médicaments généraux administrés en collyres et en bains oculaires. — M. Ono dit Biot. De l'ignipuncture dans le traitement des arthrites fongueuses. — M. Riquet. Des tumeurs primitives du squelette thoracique et de leur traitement. — M. Bernard-Lapommeray. Traitement des fistules périnéales. — M. Labat. Contribution à l'étude de la diazoréation en général et dans la syphilis en particulier. — M. Monier. De la fièvre syphilitique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. Carles, agrégé libre, est chargé, pendant l'année scolaire 1899-1900, d'un cours complémentaire d'hydrologie et de minéralogie.

Écoles de province. — *Alger.* — M. Grimal est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Besançon. — M. le docteur Baigue, suppléant des chaires de

(1) Gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. Saillard (année scolaire 1899-1900).

Limoges. — M. Garraud est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Marseille. — M. le docteur Cousin, professeur agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur de pathologie et de médecine opératoire à l'École de Marseille.

Nantes. — M. Bonnel est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Nomination. — M. le professeur Podwyssotzki vient d'être nommé président d'honneur de la section russe au Congrès international de médecine de 1900.

La peste en Portugal. — Oporto, 2 septembre. Aucun cas de peste, aucun décès n'ont été constatés aujourd'hui.

Lisbonne, 3 septembre. Le docteur Calmette, délégué de l'Institut Pasteur, a été présenté hier par M. Rouvier au ministre des affaires étrangères et au président du conseil avec lesquels il s'est longuement entretenu.

M. Calmette est parti dans la soirée pour Oporto.

Ce matin, le docteur Gorio est arrivé de Rome pour visiter, avec d'autres médecins italiens, l'hôpital des pestiférés.

La *Gazette de l'Allemagne du Nord* annonce, d'autre part, que les professeurs Kassel et Frosch se rendent à Lisbonne et à Oporto, où ils sont envoyés, l'un par le gouvernement allemand et l'autre par le gouvernement prussien, pour recueillir des renseignements complets sur la peste qui sévit en Portugal et sur les mesures qui sont prises pour combattre cette épidémie.

Sanatorium d'Hendaye. — M. Lucipia, président du conseil municipal de Paris, vient de visiter le nouveau sanatorium que l'Assistance publique a fait construire sur la plage d'Hendaye (Basses-Pyrénées).

Cette visite devance seulement de quelques jours la cérémonie d'inauguration qui doit consacrer publiquement cette œuvre de bienfaisance.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ollivier (de Saint-Martin d'Entraumes, Alpes-Maritimes); Vaissettes (de Nyons, Drôme).

Le cuir chevelu et les cheveux, par le docteur J. Valcke. Un vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Bruxelles, A. Manceaux; Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 101. — JEUDI 7 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 7 SEPTEMBRE 1899. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

DE L'EAU OXYGÉNÉE EN CHIRURGIE (1)

Par le docteur TISSOT, médecin de première classe de réserve.

L'eau oxygénée $H^2 O^2$, découverte en 1818 par Thénard, fut utilisée dans l'industrie vers 1830 par Dumas. Les usages médicaux et chirurgicaux sont de date plus récente. Laugier (1862), Jules Guérin et Demarquay signalèrent son action excitante. Prise à l'intérieur à des doses variables elle fut essayée dans la chlorose, la scrofule, le diabète et la syphilis. Dans sa thèse (1896) Biard la recommande dans les vomissements incoercibles de la grossesse, à la dose d'une cuillerée à café dans un litre d'eau, à prendre dans la journée.

Les applications du peroxyde d'hydrogène à la chirurgie datent de quelques années. Ce ne fut que vers 1883 que Baldy, ayant remarqué l'action antiputride et désodorisante de l'eau oxygénée, l'expérimenta dans le service Péan à l'hôpital Saint-Louis, et la préconisa dans les affections chirurgicales septiques. L'année suivante, elle fut expérimentée dans divers services parisiens, fit l'objet de plusieurs thèses; puis fut délaissée, bien qu'elle ait eu à son actif plusieurs succès.

Abandonnée en France, l'étude de l'eau oxygénée fut reprise à l'étranger et fut bientôt très employée en oto-rhinologie. Comme beaucoup de découvertes françaises elle avait besoin de cette investiture exotique, avant de faire sa réapparition dans notre pays. En 1896, après une visite dans les cliniques de Vienne, Lermoyez la réimporta en France. Vers la fin de la même année, le docteur Gellé, sous l'inspiration de Lermoyez, publia sur cet agent un article très étudié dans les *Archives internationales de laryngologie*.

L'eau oxygénée saturée se décompose à des températures peu élevées et n'est pas d'un emploi facile. Celle qui ne renferme que sept, huit ou douze volumes d'oyxgène est plus stable et résiste à des températures de 40 à 50 degrés. Au-dessus, elle se décompose. La lumière est sans action sur elle, et on peut laisser le flacon qui la renferme débouché quelques instants sans qu'elle s'altère. A condition de n'employer que des flacons de faible contenance, de 100 à 200 grammes, on peut sans inconvénients se servir du même flacon pendant un certain temps.

L'eau oxygénée a des propriétés antiseptiques très marquées, ainsi qu'il résulte des expériences de Baldy (1881), de Béchamp, de Paul Bert et Regnard (communication à l'Académie des sciences 1882), de Nocart et Mollereau (communication à l'Académie de médecine, janvier 1883). Elle peut être considérée comme non toxique, ainsi que les expériences de Laborde et Quinquaud l'ont prouvé. Elle est hémostatique et arrête très rapidement les hémorragies capillaires.

Après la lecture du travail du docteur Gellé, je me suis servi de l'eau oxygénée à douze volumes en applications locales toutes les fois que j'ai eu à faire une intervention sur le nez, le pharynx ou l'oreille. Depuis deux ans que je l'emploie, j'en ai toujours obtenu de bons résultats. Son application est des plus simples. Supposons par exemple que l'on ait à enlever des polypes muqueux des fosses nasales. Après l'ablation d'un premier polype à l'anse froide, un écoulement sanguin se produit généralement; si l'on applique alors dans la narine qui saigne un tampon d'ouate hydrophile trempé dans l'eau oxygénée, le patient signale un picotement assez intense, mais supportable; puis l'on voit apparaître à l'orifice nasal une mousse sanguinolente abondante qui forme quelquefois un véritable champignon. Après avoir essuyé la narine avec des tampons de coton sec, le champ opératoire apparaît net et l'on peut continuer à enlever les polypes restants. L'eau oxygénée amène une hémostase très rapide et permet d'enlever dans la même séance un bien plus grand nombre de polypes que lorsqu'on ne l'utilise pas; car le sang ne vient plus masquer le champ opératoire et rendre les manœuvres intra-nasales aveugles ou impossibles.

N'étant pas toxique, elle a en outre chez les enfants une supériorité incontestable sur les solutions de cocaïne au point de vue de l'hémostase.

L'hémorragie consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes soit à la pince, soit au couteau, est également très vite arrêtée par un badigeonnage à l'eau oxygénée. Il en est de même pour les épistaxis où l'eau oxygénée se montre bien supérieure aux solutions de cocaïne ou d'antipyrine.

En otologie, l'eau oxygénée rend les mêmes services. Ayant eu dernièrement à enlever un volumineux polype du conduit auditif inséré en avant de la membrane du tympan et une hémorragie assez abondante s'étant produite, j'arri-

(1) *Arch. de méd. nav.*, 1899, n° 7.

vai facilement à la tarir par un tampon d'eau oxygénée appliqué pendant quelques minutes dans le conduit auditif. Dans les otorrhées chroniques à suppuration fétide, l'eau oxygénée en bains d'oreille amène très rapidement la désodorisation du pus. Ce fait a été signalé par le docteur Gellé en 1896 et par Buys en novembre 1897 à la Société belge de laryngologie et d'otologie.

On ne devait pas tarder à expérimenter à nouveau l'eau oxygénée en chirurgie générale. Lucas-Championnière l'essaya dans son service et le 6 décembre 1898 fit à son sujet une intéressante communication à l'Académie de médecine.

D'après le chirurgien de Beaujon, les lavages des plaies suppurantes à l'eau oxygénée ont pour effet d'arrêter très vite la suppuration, et d'enrayer l'empoisonnement septique. Ils permettraient d'opérer en milieu septique avec plus de sécurité qu'avec le sublimé, qui, coagulant les albuminoïdes, a une action à peu près nulle, lorsqu'il se trouve en présence du sang. L'eau oxygénée aurait aussi l'avantage de désinfecter sûrement certaines cavités telles que la cavité utérine et vaginale, dont la stérilisation avec les agents ordinaires laisse souvent à désirer; enfin elle serait d'une utilité incontestable dans les accidents septiques obstétricaux.

Après la communication de Lucas-Championnière, je me mis à utiliser l'eau oxygénée en chirurgie générale, encouragé que je l'étais par les bons résultats que j'en avais obtenus déjà.

Dans le premier cas où j'en fis usage, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'ostéomyélite chronique du fémur droit, à forme hypertrophique non suppurée. J'avais ouvert et cureté le fémur à sa partie externe, au niveau de l'épiphyse inférieure. Le canal médullaire ne contenait pas de pus, mais des fongosités. Bien que l'opération ait été faite en suivant toutes les règles de l'antisepsie, au second pansement, environ une douzaine de jours après, je trouvais une fusée purulente entre l'os et le triceps crural. Je lavai la cavité osseuse et celle de l'abcès avec de l'eau oxygénée à douze volumes. Il se fit un abondant dégagement de mousse sanguinolente : puis j'appliquai un pansement au dermatol et au coton stérilisé. La suppuration fut tarie et cette plaie, qui était menacée d'accidents septiques, marcha dès lors très bien.

J'eus bientôt l'occasion d'employer de nouveau l'eau oxygénée pour un cas d'ostéomyélite aiguë du tibia gauche chez une petite fille de dix ans. Je fis sauter à la gouge toute la face antéro-interne du tibia comprise entre les deux épiphyses, je curetai le canal médullaire, qui était rempli de pus et de fongosités, et, après un lavage à l'eau oxygénée, je tamponnai toute la cavité avec des compresses de gaze stérilisée trempée dans l'eau oxygénée. Il n'y eut pas le moindre accident septique et je remarquai que, bien que les pansements restassent en place pendant huit jours, ils n'avaient presque pas d'odeur. Cette plaie m'a paru se cicatriser plus rapidement que des plaies analogues où l'eau oxygénée ne fut pas employée.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'une volumineuse tumeur sacro-coccygienne congénitale chez une petite fille de cinq ans. Je fus obligé de me borner à inciser simplement cette poche, qui avait des prolongements pelviens très profonds, en rendant la dissection presque impossible. La poche enserrait le rectum et l'incision s'arrêtait à un centimètre environ de l'anus. Là encore j'employai à chaque pansement les lavages à l'eau oxygénée. Bien que, malgré toutes les précautions, le pansement et la plaie fussent souvent souillés par les matières fécales et que la poche ait suppuré dans toute son étendue, il ne se produisit pas d'accidents septiques. Cette enfant, que j'ai opérée il y a environ deux mois, est en bonne voie de guérison : sa tumeur a diminué des deux tiers et il n'y a pas eu la moindre réaction locale.

J'ai employé l'eau oxygénée dans plusieurs autres cas, notamment après l'ablation d'un énorme sarcome kystique du sein chez une jeune femme que je fus obligé de panser à plat, la peau ayant fait défaut pour la réunion. Dans tous ces cas j'ai fait les remarques suivantes, qui n'ont fait que confirmer ce que l'on sait jusqu'à présent sur l'action de l'eau oxygénée :

1° Jamais je n'ai observé le moindre inconvénient dû à l'emploi de cet antiseptique, ni irritation locale, ni érythème, ni phénomènes toxiques;

2° Son application est presque indolore : elle ne provoque qu'un peu de cuisson très supportable;

3° Elle donne lieu à un abondant dégagement gazeux, qui se traduit par une fine mousse sanguinolente recouvrant toute la plaie, ou faisant hernie hors des cavités lorsque la plaie est anfractueuse et profonde;

4° Elle donne aux plaies un excellent aspect et semble favoriser les phénomènes de réparation;

5° A part son action antiseptique manifeste, elle est en outre hémostatique et désodorisante.

C'est un médicament très recommandable pour les plaies infectées. Si, pour ce que Lucas-Championnière appelle la chirurgie de peau intacte, on peut l'utiliser, il faut avouer cependant que, pour les opérations en tissu sain, nous sommes suffisamment armés avec les antiseptiques connus : sublimé, acide phénique, etc., mais il est loin d'en être de même pour les plaies infectées. Le traitement des plaies septiques a fait peu de progrès. Si l'infection purulente, la septicémie, la pourriture d'hôpital et tous les accidents septiques des plaies sont choses presque inconnues de nos jours, il n'en est pas moins vrai que de temps en temps nous assistons à ces complications dans les plaies par armes à feu ou par les machines. J'ai vu dernièrement une gangrène gazeuse envahir en vingt-quatre heures tout un membre à la suite d'une plaie par arme à feu, souillée de terre au moment de l'accident. Celui qui nous dotera d'un agent permettant la désinfection rigoureuse et la stérilisation des plaies non opératoires fera faire un nouveau pas à la chirurgie. C'est en expérimentant dans cette voie que l'eau oxygénée me paraît bonne à employer. Dans ces ordres d'idées, peut-être pourrait-elle rendre des services en chirurgie d'armée.

MÉDECINE PRATIQUE

Du permanganate de potasse dans le traitement de la dysenterie et de la rectite.

Les lavements de permanganate de potasse sont indiqués dans les Traités de médecine comme un médicament accessoire, mais on insiste peu en général sur cette indication.

M. le docteur Gastinel montre, dans les *Archives de médecine navale* (1), quels sont les effets remarquables et constants que l'on peut en obtenir.

Le permanganate de potasse agit comme astringent, comme antiseptique, il modifie, en outre, très favorablement

(1) 1899, n° 8.

la muqueuse enflammée et ulcérée. « Ses effets sont les suivants : arrêt des sécrétions morbides et par conséquent des selles, disparition des épreintes, du ténesme et des autres phénomènes douloureux à répercussion abdominale : il soulage en guérissant. »

Ce lavement provoque une douleur sourde, supportable, se calmant rapidement, donnant l'impression curieuse d'une « douleur utile », suivant l'expression de l'auteur.

Voici le manuel opératoire. On prend une solution à 50 centigrammes pour 1 000, et on donne un lavement de 500 grammes qui, administré chaud, vers 45 degrés et avec lenteur, par exemple avec deux ou trois arrêts d'une dizaine de secondes, épargne les phénomènes spasmodiques, réduit au minimum la douleur et pénètre par suite plus sûrement le long du gros intestin. Pour le recevoir, le malade dont les jambes et les cuisses sont fléchies et écartées et le siège un peu surélevé, se couche légèrement sur le côté gauche pour le premier tiers, sur le dos pour le deuxième tiers, légèrement sur le côté droit ponr le reste. Le lavement est gardé une demi-minute au moins, deux minutes au plus.

Une manière très simple d'opérer est d'avoir une solution à 1 gramme par litre et de préparer le lavement en ajoutant à 250 grammes de cette solution froide, 250 grammes d'eau suffisamment chaude pour que le mélange soit à la température convenable.

Le lavement doit être précédé à un quart d'heure d'un premier lavement évacuateur d'eau bouillie et chaude, dans laquelle, pour mieux détacher les mucus et nettoyer plus complètement l'intestin, on peut dissoudre 2 grammes de bicarbonate de soude.

Le permanganate de potasse précipite lui-même toutes les mucosités qu'il peut trouver sur son chemin. Le lavement les ramène en plus ou moins grande quantité, teintées en brun. Un quart d'heure, une demi-heure après, le plus souvent, se produit une selle spontanée, composée surtout de mucosités brunes sécrétées par la muqueuse excitée par le permanganate. Dès lors, pendant douze heures et quelquefois vingt-quatre heures, plus de selle. Ceci n'est pas la règle, mais s'observe généralement.

Après chaque lavement actif, il est indispensable d'observer un repos d'une heure au lit ; du reste, le repos au lit est un élément important du traitement de la dysenterie, car il assure l'immobilisation de l'intestin.

Avec le lavement de permanganate de potasse on donne au début 1 gramme de calomel qui doit être pris le lendemain matin si le premier lavement a lieu le soir, ou bien dès que le calme est revenu.

Le permanganate est l'agent modificateur et curateur local; le calomel, purgatif cholagogue et antiseptique, rappelle à ses fonctions le foie toujours frappé d'inertie dans la dysenterie.

Enfin, le jour de la purgation, l'auteur fait observer une diète absolue, entrecoupée seulement de quelques tasses de thé léger.

Quand les selles ont perdu l'aspect dysentérique, M. Gastinel institue le traitement par l'acide lactique (solution à 10 grammes pour 1000 d'eau sucrée, avec 2 grammes d'alcoolat de citron, un demi-litre à un litre à prendre par verres à madère dans la journée) ou par l'eau chloroformée.

Le régime lacté complète le traitement seul ou coupé avec de l'eau de Vals ou de Vichy. La boisson la meilleure est le thé léger.

Dans la rectite, cette méthode donne également les meilleurs résultats. Chez les enfants, on emploie une solution de permanganate à 20 centigrammes pour 1000. Chez un enfant de trois ans, l'auteur s'est servi d'une solution à 15 centigrammes, et chez un enfant de deux ans, d'une solution à 10 centigrammes, dans les deux cas avec succès.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des affections gastro-intestinales aiguës des nourrissons.

Le docteur Gillet résume dans le *Journal des praticiens* ce chapitre de thérapeutique, si important par ce temps de chaleurs.

Au point de vue de la *prophylaxie*, il faut recommander l'allaitement exclusif au sein. Si l'on a recours à l'allaitement artificiel, n'employer que du lait stérilisé en petites bouteilles pour une seule tétée.

Ne faire aucune tentative de sevrage en été. Se rappeler qu'il n'y a aucun inconvénient à augmenter l'intervalle des tétées et qu'il y a toujours du danger à les rapprocher. Chaque enfant doit avoir ses ustensiles et son trousseau particuliers. Il faut en pratiquer l'asepsie la plus rigoureuse possible.

Traitement. — Avant toute médication, cesser toute alimentation et mettre l'enfant à la diète hydrique d'une façon rigoureuse en remplaçant la ration habituelle de lait par une quantité équivalente ou supérieure d'eau bouillie, ou minérale légère, ou encore par du thé léger, de la décoction de riz, de l'eau albumineuse, de l'infusé de coing, le tout fraîchement préparé.

Contre les vomissements, l'acide chlorhydrique à 2 p. 1000, l'acide lactique à 2 p. 100, l'eau chloroformée saturée, administrés à doses répétées, donnent de bons résultats.

Le lavage de l'estomac au moyen d'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge (n° 26 filière Charrière), avec de l'eau bouillie ou additionnée de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude, de borax, solution chaude ou froide, selon qu'il y a hypo ou hyperthermie, peut être utilisé en dernier ressort.

Les astringents et les antiseptiques sont employés comme médication intestinale ; le benzonaphtol, à doses minimes et répétées, de 1g50 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, constitue un assez bon antiseptique.

En général, il est bon de faire précéder toute médication d'un purgatif, en particulier le calomel, à la dose de 5 centigrammes, et 5 centigrammes de plus par année d'âge. Les opiacés peuvent être nuisibles.

L'abondance et la fétidité des selles indiquent l'emploi du lavage de l'intestin avec les mêmes solutions que pour le lavage de l'estomac.

Dans les cas graves, un *traitement général* s'impose.

Contre l'hyperthermie, les bains froids, de 27 à 28 degrés si l'enfant a plus de 39 degrés, et de 25 degrés ou même de 22 degrés si l'enfant a de 40 à 41 degrés. L'eau sera d'autant moins refroidie que l'enfant sera plus jeune. Durée de l'immersion, trois minutes en moyenne. On peut aussi employer le drap mouillé. L'hypothermie nécessite les bains chauds, l'enveloppement ouaté, les frictions, etc.

Contre l'adynamie, les excitants, la liqueur ammoniacale anisée, le champagne, les grogs, le thé, le café. Les injections sous-cutanées de caféine, suivant la formule :

Caféine	1g25
Benzoate de soude	1g50
Eau distillée stérilisée et chaude	10 grammes.

par quart de seringue jusqu'à un an, par demi-seringue ensuite, et répéter trois ou quatre fois dans la journée. Injecter profondément dans les muscles.

On peut encore employer l'éther, les injections sous-cutanées d'eau salée à 7 et même 10 grammes p. 1000.

Traitement des complications. — Rien de spécial. Les complications pulmonaires se traitent comme en toute autre occasion. Surveiller la peau et les petits abcès possibles.

Traitement de la convalescence. — Retour progressif à l'allai-

tement. Hygiène alimentaire sévère. Maintien d'une ceinture de flanelle.

Bains salés, frictions excitantes.

Quand il existe de la parésie intestinale, donner :

Teinture de noix vomique. . 5 grammes.
Teinture d'ipéca. . . . . . 20 centigrammes.

Une demie à I goutte, deux ou trois fois par jour, dans un peu d'eau ; augmenter petit à petit jusqu'à II ou III gouttes. En plus, massage abdominal et petits lavements froids qui font l'effet d'une douche.

On peut également donner de la pancréatine, de la maltine. Enfin, le traitement sera bien complété en cas d'anémie par une cure d'air ou une cure thermale dans une station d'eaux chlorurées sodiques.

FORMULAIRE

Liniment contre le prurit de l'eczéma sec et du prurigo.

Talc. . . . . } *ââ* 40 grammes.
Amidon . . . . }
Glycérine . . . . 20 —
Eau distillée. . . . . 100 —

M. Pour frictionner (De Bœcker. *Riforma medica*).

Pâte soufrée contre l'acné.

Soufre sublimé . . . . . }
Alcool . . . . } *ââ* 20 grammes.
Eau distillée. . . . . . . }
Mucilage de gomme arabique. 6 —

M. Usage externe.
Appliquer localement matin et soir (Veiel).

Antisepsie des fosses nasales.

Menthol . . . . 50 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne . 50 —
Acide borique. . . . . . 2 grammes.
Vaseline . . . . 20 —

M. S. A. Pommade. (*Ann. de pharm. de Milan.*)

Contre les verrues.

Kaposi recommande la pâte suivante :

Fleur de soufre . . . . 20 grammes.
Glycérine. . . . . 50 —
Acide acétique peu concentré. 10 —

On peut encore employer :

Sublimé corrosif . . . . . }
Alun . . . . }
Céruse. . . . . } *ââ* 5 grammes.
Camphre. . . . . }
Vin acétique . . . . }

M. S. A. (Plenck).

Cors aux pieds.

Acide salicylique. . . . . 1 gramme.
Collodion élastique. . . . . . . 8 —

Dissolvez.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie d'urgence (1), par Félix Lejars.

Le livre de M. Lejars est un de ces livres qu'on aime à posséder parce qu'il est utile, original et bien conçu.

Utile — nul n'en doute, son titre l'annonce, et la compétence de l'auteur le confirme. D'ailleurs, un caractère particulier de ce livre, est que M. Lejars a compris sous le nom d'*urgence*, la nécessité où se trouve le praticien de faire quelque chose de suite, que cette chose soit simple ou compliquée, bénigne ou grave. En pratique, en face d'un cas donné, il faut agir. C'est ce *quid agendum* qu'a étudié M. Lejars. Nous sommes donc loin de la chirurgie d'urgence telle qu'elle est classiquement comprise, et, qui se réduit à quelques grands traumatismes, aux hémorragies et aux hernies étranglées. Par sa conception, M. Lejars a singulièrement étendu son cadre et le titre qui conviendrait le mieux à son œuvre serait peut-être celui de *Chirurgie journalière*.

Original — ce livre l'est sans conteste, non seulement par la façon dont l'auteur a conçu son sujet, mais aussi par la manière dont il l'a traité. Pas de cadre artificiel, pas de divisions ni de subdivisions théoriques. Ce sont surtout des faits, des exemples, des observations bien étudiées, des situations cliniques bien au point.

Ce sens de la pratique domine tout l'ouvrage, où tout est précisé par le menu, dans les plus petits détails.

Mais ce qui fait aussi la grande originalité de ce travail, c'est le luxe tout à fait extraordinaire de figures admirablement appliquées au sujet. La photographie a été appliquée à la démonstration d'un grand nombre de procédés chirurgicaux et toutes ces figures apportent une clarté considérable aux descriptions techniques.

C'est donc bien un livre utile, original et nouveau.

Atlas-manuel de chirurgie opératoire (1), par Otto Zuckerkandl. Deuxième édition française, par le docteur Albert Mouchet.

Une deuxième édition apparaissant en moins d'une année — surtout lorsqu'il s'agit d'un livre de médecine opératoire — est un sûr garant de la valeur de l'ouvrage.

Nous l'avons déjà présenté à nos lecteurs lors de sa première apparition, nous ne répéterons donc point tout le bien que nous en pensons. L'auteur est un jeune, en pleines études anatomiques et opératoires. On sent qu'il vit son sujet et qu'il le possède.

Cette seconde édition comprend de nombreuses notes additionnelles, comprises entre crochets.

L'auteur s'est inspiré du livre classique de Farabeuf, et il a mis à profit l'expérience chirurgicale de ses maîtres. De nouvelles figures et un grand nombre de dessins originaux, quelques planches chromolithographiques accompagnent le texte de la façon la plus heureuse.

Ce premier succès est un encouragement pour l'auteur qui a tenu à ne pas rééditer purement et simplement son livre, mais, suivant la formule, il l'a « revu et considérablement augmenté ».

Les défenses naturelles de l'organisme (2). Leçons professées au Collège de France, par A. Charrin.

Dans ces remarquables leçons professées au Collège de France, M. Charrin a étudié les modes de défense dont dispose l'organisme pour résister aux diverses causes pathogènes. « En dehors des cas où l'énergie de la cause est excessive, dit-il, sans aucune proportion avec la moyenne de la résistance organique, aucun agent physique, toxique, infectieux ne s'élève à la dignité de facteur étiologique, s'il ne parvient à détériorer la cellule au point de vue de sa structure, de ses fonctions, de ses sécrétions, autrement dit, au point de vue anatomique, physiologique, chimique ; aucun agent, même vivant, le plus souvent ne prévaut contre cette cellule, si par avance une influence quelconque n'a fait fléchir les défenses qui l'entourent. »

Toute cellule doit donc, pour se maintenir dans son état

(1) Gr. in-8°. Prix : 22 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Pais, Masson et Cie.

physiologique, résister à des dangers qui viennent de l'extérieur, soit qu'il s'agisse des agents physiques ou chimiques, soit que d'autres individus cellulaires tels que les microbes entrent en jeu. Elle doit aussi lutter contre les poisons qu'elle produit elle-même ; car toute cellule sécrète des produits toxiques à la manière d'un microbe. Plus l'être occupe un rang élevé dans l'échelle animale, plus les dangers auxquels il est exposé sont nombreux et plus complexes et hautement différenciés sont les appareils qui servent à sa défense. On peut pourtant concevoir par une vue synthétique tout l'ensemble de ce système. C'est ainsi qu'aux agents venus de l'extérieur, l'être oppose la résistance des moyens mécaniques formés par la différenciation des couches ectodermiques ; le premier rempart sera-t-il forcé, les éléments mésodermiques du sang et des organes lymphatiques entreront en ligne. Contre les poisons de l'organisme, les glandes vasculaires sanguines pourront énergiquement lutter.

En une série de chapitres aussi précis que complets, M. Charrin étudie ce mode d'action des glandes à sécrétion interne.

Le rôle du corps thyroïde sur les mutations organiques, celui de la rate sur la composition du sang, l'action des capsules surrénales, etc., devaient ainsi être abordés.

A côté de ces divers modes de défense, l'organisme possède encore la défense par élimination. Elle résulte du fonctionnement régulier de tous les appareils glandulaires. Parmi ceux-ci, il en est certains, comme le foie et le pancréas, qui possèdent un rôle secondaire. Les glandes sudoripares sont déjà plus actives. Mais le rôle des glandes sudoripares paraît minime si on le compare à celui du rein. C'est donc sur l'action de cet organe que M. Charrin insiste dans deux remarquables leçons. On y trouve l'étude exacte et précise de la toxicité urinaire : l'analyse et la nature des poisons de l'urine, leur origine, leurs variations, leurs modes d'action sont tour à tour examinés. Le rein se montre ainsi comme l'organe chargé d'éliminer les substances toxiques produites par le jeu physiologique des organes, de maintenir la composition des humeurs, d'éliminer les substances dangereuses introduites dans l'organisme, parfois même de rejeter les microbes susceptibles d'engendrer quelques-uns de ces poisons.

L'organisme se défend d'autre part en se réparant sans cesse. M. Charrin, à côté de l'étude de la désassimilation des substances nocives, a voulu placer l'étude de l'assimilation des substances utiles à l'organisme : c'est ce qui a été fait dans les chapitres consacrés au foie et au pancréas.

Ces divers appareils sont sous la dépendance du système nerveux. Son rôle se caractérise surtout par deux groupes de phénomènes : les actions locales, les réflexes à distance. Les *actions locales* caractérisent en grande partie le processus de résistance à la pénétration des germes microbiens. C'est sous l'influence du système nerveux que se produisent localement les premiers symptômes de l'inflammation. C'est par un processus tout différent, mais de même ordre, que le vomissement ou la diarrhée se montrent à la suite d'une action locale. Le système nerveux commande d'autre part la mise en jeu des grands appareils de défense ; par *voie réflexe*, il détermine et règle leur intervention. Enfin, il agit plus nettement encore dans la défense contre les agents thermiques.

La défense de l'organisme comporte donc l'étude de l'action physiologique de tous les appareils et de tous les organes et résume tous les efforts récents de la biologie. Aussi M. Charrin s'appuie-t-il constamment sur ses remarquables recherches, aussi ne néglige-t-il la relation d'aucune des expériences publiées dans ces dernières années. L'étude de tous ces organes est faite avec un pareil soin, avec une perspicacité aussi grande. Ainsi se trouve mise en lumière l'idée dominante de l'ouvrage, le rôle du terrain, le mode de résistance de l'individu en face des diverses causes morbides qui menacent de troubler son équilibre fonctionnel. L'intérêt et l'originalité du sujet, la large manière dont il est traité font des *Défenses naturelles de l'organisme* un ouvrage de premier ordre, d'autant plus attrayant qu'il nous fait connaître les vues d'ensemble et les idées générales de l'auteur sur les questions qui dominent aujourd'hui toute la physiologie pathologique.

De l'anémie et de quelques maladies des organes hématopoiétiques et des glandes internes (1) par le docteur Byrom-Bramwell, médecin de l'hôpital Royal d'Edimbourg.

Sur 14777 malades, l'auteur a pu observer 314 cas de chlorose, 79 cas de goitre exophtalmique, 45 cas d'anémie pernicieuse, 40 cas de myxœdème, 12 cas de maladie d'Addison, 12 cas de lymphadénie, 5 cas de leucocythémie, 3 cas d'acromégalie. Il va sans dire que ces chiffres ne représentent pas la fréquence comparée de ces diverses maladies. L'auteur, dans les hasards de sa pratique, a été particulièrement favorisé pour quelques-unes d'entre elles (l'anémie pernicieuse, le myxœdème, notamment).

La méthode suivie dans ce travail est des plus rigoureuses. Pour chacun des cas l'auteur procède à un examen clinique approfondi ; ses recherches microscopiques sont très complètes ; ses autopsies soigneusement faites. Chaque observation est condensée en un résumé très clair. Une série de tableaux nous met sous les yeux soit les résultats de l'examen microscopique, soit la fréquence relative de chaque symptôme dans une maladie donnée, soit enfin la valeur comparée des médicaments employés.

C'est sur ces données essentiellement cliniques que l'auteur a établi sa description. Il est persuadé que, malgré la haute valeur de l'expérimentation physiologique, l'observation des malades doit, en pathologie humaine, rester au premier plan. C'est d'ailleurs à la clinique que nous sommes redevables de la plupart de nos connaissances récentes en physiologie et il espère qu'elle nous fournira bientôt dans le groupe de maladies dont il s'agit, ce qui existe déjà pour le myxœdème, c'est-à-dire une méthode thérapeutique.

A. H.

Les lois de l'énergétique dans le régime du diabète sucré (1), par le docteur E. Dufourt, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. N° 19 de l'*Œuvre médico-chirurgical.*

L'auteur débute par établir, d'après les recherches du professeur Bouchard, que le mécanisme pathogénique du diabète est un ; il s'agit toujours d'une insuffisance de consommation du sucre par les tissus. La glycosurie alimentaire n'est que l'exagération d'un processus physiologique, mais la distinction clinique est impossible. Le second chapitre est consacré à l'étude des divers générateurs du glycogène et du sucre. Puis vient l'étude des conditions que doit remplir le régime du diabétique au point de vue des lois de la production et de la conservation de l'énergie. L'importance du maintien de l'équilibre azoté chez le diabétique est mise en lumière. Ce serait là le critérium de l'état de santé réel du malade ; malheureusement, cette recherche nécessite des analyses compliquées ; cependant, connaissant la constitution en azote des divers aliments, on peut avoir des données approximatives suffisantes pour la direction du traitement. Cela a d'autant plus d'importance

(1) *Anæmia and some of the diseases of the blood-forming organs and ductless glands*, 1 vol. in-8°, 450 pages. Prix : 12 sh. 6 p. — Edimbourg, Oliver et Boyd, éditeurs.

(2) Gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

que, quelle que soit la cause immédiate du coma diabétique, il survient lorsque la désassimilation des albuminoïdes se fait en masse. Les aliments sont étudiés ensuite au point de vue de leur valeur énergétique; une série de tableaux donne leur composition centésimale et le chiffre de calories que 100 grammes en peuvent développer.

L'auteur consacre plusieurs pages à la réfutation de la loi de l'isodynamie, généralement adoptée jusqu'aux travaux du professeur Chauveau et de ses élèves. La valeur trophique d'un aliment n'est pas la même que sa valeur calorifique, cette valeur trophique est fournie par le calcul de sa valeur isoglycosique; c'est-à-dire qu'un aliment, au point de vue de la nutrition, ne vaut pas par la somme de calories qu'il peut produire, mais par la quantité de sucre que sa transformation est capable de donner. L'étude de l'application de ces principes aux diverses formes de diabète termine la monographie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. Degrotte, médecin de deuxième classe du port de Lorient, est appelé à servir au régiment de tirailleurs annamites, au lieu et place de M. le docteur Castaing, dont la désignation est annulée.

M. Théron, médecin principal du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer au 3e dépôt des équipages, à Lorient, M. le médecin principal Magnon-Pujo.

— M. de Bonadona, médecin de première classe du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Nielly*, au lieu et place de M. le docteur Grognier dont la désignation est annulée.

M. de Bonadona rejoindra sa destination par le paquebot partant de Marseille le 25 septembre courant.

— Liste d'embarquement des officiers du corps de santé de la marine à la date du 5 septembre 1899 :

MM. les médecins en chef Danguy des Déserts, Manson, Dhoste, Fontorbe, Jacquemin, Barret, Burot.

MM. les médecins principaux Bourrat, Nodier, Ludger, Abelin, Laurent, Vergos, Ropert, Bellot.

MM. les médecins de première classe Bourguignon, Lallour, Chové, Richer de Forges, Gandelin, Michel, Aubry (C.), Roux, Aubry (L.), Badet, Coppin, Gaillard, Branzon-Bourgogne, Piton, Thamin, Keisser, Bonnefoy, Martenot, Audibert, du Bois Saint-Sévrin, Martine, Salaun, Layet, Bastier, Pons, Lesueur-Florent, Depied, Bonain, Dumas, Martel, Morel, Denis, Labadens, Grognier, Bourdon, Borius, Lasselves, Titi.

MM. les médecins de deuxième classe Merleau-Ponty, Delaporte, Valmyre, Castaing, Guilland.

Conférence internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes. — Le 4 septembre s'est ouverte à Bruxelles, sous la présidence du ministre délégué, la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Voici les questions à l'ordre du jour : « Danger social de la syphilis; Danger social de la blennorragie; Rôle de la prostitution dans la propagation des maladies vénériennes; Rôle que peuvent jouer, en dehors de la prostitution, les autres modes de dissémination de ces maladies. »

La fièvre typhoïde à Lyon. — D'un rapport de MM. Lyonnet et Angellier il résulte que la fièvre typhoïde a presque doublé de fréquence depuis trente ans dans les hôpitaux de Lyon; depuis cinq ans elle est en croissance régulière.

Le coupable est l'eau; indépendamment des puits contaminés, l'eau de distribution de la Compagnie est plus que suspecte. On y trouve jusqu'à des œufs de tænia, et on a pu prétendre avec une part de vérité, que l'on buvait à Lyon de l'eau de vidanges grossièrement filtrée.

Si la morbidité a augmenté pour la fièvre typhoïde, il n'en a pas été heureusement de même pour la mortalité qui est allée en s'améliorant.

L'Hôtel-Dieu a une mortalité plus forte; cela paraît tenir à ses conditions hygiéniques moins parfaites que celles des autres hôpitaux.

MM. Lyonnet et Angellier se demandent s'il ne serait pas bon de créer des salles spéciales pour les typhiques, ou plutôt un hôpital consacré exclusivement aux maladies infectieuses, où il serait possible de soigner plus parfaitement ces malades et de les isoler des autres. (*Bull. méd.*)

La dysenterie à Belfort. — Depuis quelques jours, on a constaté un certain nombre de cas de dysenterie dans la garnison. Le régiment de hussards serait particulièrement touché. L'hôpital militaire a reçu environ 40 malades.

La peste en Portugal. — La moyenne journalière des cas de peste, à Oporto, est de 2; la moyenne de la mortalité, depuis le commencement de l'épidémie, est de 40 p. 100.

Les médecins français ont visité hier l'hôpital d'Oporto.

Presque tous les magasins sont fermés.

Épidémie en Russie. — On signale, dans le gouvernement d'Astrakan, une forme grave de pneumonie à laquelle ont déjà succombé 21 personnes. Toutes les mesures d'isolement sont prises.

La fièvre jaune aux États-Unis. — On signale à la Nouvelle-Orléans une quarantaine de cas, sur lesquels 2 décès se sont produits.

Hôpital de Bedford. — On vient d'inaugurer, pour remplacer la vieille *Bedford General Infirmary*, un hôpital moderne, construit suivant les données de l'hygiène. Le *Bedford County Hospital* contient une section d'enfants remarquable à tous égards et portant bien le cachet de distinction, de propreté, de confortable et de charme dont les Anglais savent marquer leurs hôpitaux. La literie, le mobilier, ne laissent rien à désirer. Les murs ne sont pas nus comme les nôtres, mais tapissés entièrement de tuiles vitrifiées aux brillantes couleurs, avec représentation de personnages et de scènes des légendes et poésies qui servent à bercer l'enfance. Les petits malades, sans quitter leur lit, ont sous les yeux l'iconographie des contes qui leur sont familiers. A ce dortoir luxueux et charmant sont annexées une salle de jour et une véranda en plein air. On s'ingénie en Angleterre, avec un zèle touchant, à rendre aussi attrayants que possible les asiles de la souffrance et de la misère. Quand suivrons-nous cet exemple dans nos tristes hôpitaux d'enfants? (*Arch. de méd. des enf.*)

La consommation des alcools en France, en Angleterre et en Allemagne. — Le *Times* publie une statistique intéressante sur les quantités comparatives d'alcool qui sont absorbées annuellement en France, en Angleterre et en Allemagne. Pour cela, il prend les trois principaux liquides : vin, bière et liqueurs, et il calcule quelle est la moyenne de la consommation par tête dans chacun des trois pays.

C'est ainsi qu'en France, d'après la moyenne obtenue, chacun de nous consomme 8 litres de liqueurs, 96 litres de vin et 22 litres seulement de bière.

En Allemagne, la consommation des liqueurs est exactement la même qu'en France, à savoir 8 litres par habitant. La consommation de vin est infime : 7 litres par habitant. La bière, par exemple, s'élève à 115 litres par habitant.

En Angleterre, la consommation de la bière dépasse celle de l'Allemagne et s'élève au chiffre respectable de 140 litres par habitant. Par contre, la consommation des liqueurs n'est que de 4 litres et demi par personne, et celle du vin de 2 litres.

Si, maintenant, on prend le pourcentage d'alcool, qui, d'après les derniers chiffres officiels, se trouve dans les trois principaux liquides dont nous venons de parler, on arrive au résultat suivant :

France, 50 p. 100 d'alcool dans les liqueurs, 7 p. 100 d'alcool

dans le vin, 5 p. 100 d'alcool dans la bière. Total, 12 litres d'alcool par habitant et par année.

Allemagne, même proportion d'alcool dans les trois liquides. Total, 10 litres et demi d'alcool par habitant et par année.

Angleterre, 50 p. 100 d'alcool dans les liqueurs, 10 p. 100 d'alcool dans le vin, 6 p. 100 d'alcool dans la bière. Total, 11 litres d'alcool par tête et par année.

Comme on le voit, les chiffres auxquels on aboutit diffèrent de peu entre les trois pays, mais, néanmoins, si la statistique citée plus haut est exacte, c'est encore la France qui tiendrait la tête pour la consommation de l'alcool. (*Mémor. Lib. franç.*)

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemins de fers de Paris à Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence des voyages économiques, une excursion aux Gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne, du 10 *au* 20 *septembre* 1899.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 francs; 2e classe, 245 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'Agence de voyages économiques, 17, rue Faubourg-Montmartre et, 10, ru Auber, à Paris.

— La Compagnie P.-L.-M. organise avec le concours de l'Agence des voyages économiques :

1° *Une excursion en Dauphiné et Savoie*, du 5 au 15 septembre.

Prix : 1re classe, 320 fr.; 2e classe, 290 fr. (tous frais compris).

2° *Une excursion en Dauphiné, Savoie et Suisse*, du 20 au 29 septembre.

Prix : 1re classe, 325 fr.; 2e classe, 290 fr. (tous frais compris).

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.

N° 102. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1899. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le sucre; sa valeur alimentaire; ses rapports avec le travail musculaire.

Par le docteur A. DROUINEAU, médecin militaire.

De récentes expériences, autour desquelles on a fait quelque bruit, semblent devoir modifier l'idée que l'on avait du rôle nutritif du sucre. Il n'y a pas encore bien longtemps en effet qu'Arnould exprimait le sentiment général en disant : « Le sucre n'est qu'un condiment, de digestion facile, il est vrai, quand il est pris en petite quantité, mais nuisible, si la dose augmente, en raison des fermentations qu'il produit. » Or voici qu'aujourd'hui l'on vient dire que le sucre est un véritable aliment au même titre que le pain et la viande, et, en outre, qu'un organisme épuisé est rendu capable d'un nouvel effort par l'ingestion d'une petite quantité de sucre. J'ai pensé qu'on pourrait peut-être, en attendant de nouvelles expériences, se faire une opinion d'après les travaux publiés antérieurement sur ce sujet ; tel est le but de cette étude qui résumera d'abord les expériences physiologiques, puis les faits d'observation qui se rapportent à cette question.

I

Il n'est personne qui ne connaisse la grande découverte de Claude Bernard. Cet illustre physiologiste établit le premier que les organismes animaux pouvaient former du sucre comme les organismes végétaux ; il montra que ce sucre existe dans le sang des carnivores, en quantité très faible dans la veine porte, en quantité considérable dans les veines sus-hépatiques, que sa présence dans le foie est constante quelle que soit l'alimentation de l'animal. Il reconnut bien vite que le foie ne formait pas directement du sucre, mais une substance capable de se transformer en sucre, une matière glycogène analogue à l'amidon et se transformant en glucose par les mêmes agents que l'amidon. Le sucre ainsi formé est versé dans le sang, et, entraîné par la circulation, ne tarde pas à disparaître. Cl. Bernard admettait qu'il se détruisait entièrement dans le poumon.

En 1856 M. Chauveau prouva au contraire que le sucre du sang n'est ni arrêté, ni transformé pendant la traversée des capillaires pulmonaires. Ce sucre arrive intact dans les artères du système aortique qui le portent aux capillaires de la circulation générale où il est utilisé en partie par la création de la force vive nécessaire au travail physiologique des tissus vivants. En 1884, Seegen (1) confirmait ces conclusions.

D'autre part on avait reconnu depuis longtemps que la modification ultime des aliments était leur transformation en sucre sous l'influence des sécrétions salivaire et pancréatique. La bile elle-même, d'après Giannuzzi et Bufalini (2), transformait en sucre l'amidon cuit. Tout dernièrement, de Renzi et Reale (3) trouvaient que la nucléine doit être considérée comme une source d'hydrates de carbone pour l'organisme.

Si cette transformation n'est pas contestée pour les albuminoïdes, il n'en est pas de même pour les graisses, et ici les opinions les plus contradictoires se font jour, les uns soutenant que les graisses dérivent des aliments hydrocarbonés, les autres prétendant le contraire. Je ne puis rappeler ces intéressantes controverses qui durent depuis les travaux de Pettenkofer et Voit en 1873. Je me bornerai à citer les dernières opinions émises. En mai 1896 MM. Chauveau, Tissot et de Varigny s'exprimaient ainsi : Lorsque le sang est saturé des principes gras que la digestion y a introduits, il n'est pas plus fait emploi de ces principes pour le travail musculaire que de ceux qui sont déjà incorporés dans l'organisme. Les uns et les autres ont bien pour destination dernière de concourir à la dépense énergétique des muscles en travail ; mais ce n'est pas sous leur forme de corps gras qu'ils accomplissent cette destination ; ils se transforment préalablement en hydrates de carbone. C'est sous cette dernière forme que les muscles absorbent et consomment le potentiel qui est la source de leur activité (4).

Au mois d'octobre 1898 M. Bouchard modifiait un peu cette théorie en admettant que la graisse se transformait non en glucose, mais en glycogène (5).

Voici donc deux points établis : transformation ultime des aliments en glucose, présence constante de ce glucose dans le sang. Il faut encore pousser le problème plus loin.

Depuis que Sanson en 1857 eut découvert la présence du glycogène dans les muscles, de nombreuses expériences

(1) SEEGEN. *Arch. f. die Ges. Physiol.*, Bd. XXXIV.
(2) GIANNUZZI et BUFALINI. *Lo Sperimentale*, avril 1876.
(3) RENZI et REALE. *Semaine méd.*, 1897, p. 405.
(4) Acad. des sc., 26 mai 1896.
(5) BOUCHARD. Acad. des sc., 3 et 10 oct. 1898.

furent faites pour établir la relation qui existait entre la présence de ce sucre et le travail du muscle. Or, toutes celles de Nasse (1), de Weiss (2), de Chandelon (3), de Manche (4), arrivaient à peu près toutes à la même conclusion : il y a diminution du glycogène du muscle par le fait de son activité. Bien mieux Kulz (5) montrait qu'un travail musculaire exagéré (course prolongée) pouvait détruire entièrement la quantité de glycogène qui existe dans le foie plus sûrement et plus complètement que l'inanition. Mais tous ces auteurs opéraient sur des animaux morts, sur des muscles séparés, exsangues.

C'est alors que MM. Chauveau et Kaufmann firent leurs belles expériences sur le muscle masséter et la glande parotide du cheval vivant, qui les conduisirent aux conclusions suivantes (6) : « Pendant le travail qui s'accomplit dans les organes en état d'activité physiologique, la quantité de glucose qui disparaît dans le système capillaire devient plus considérable et proportionnée à la suractivité des combustions excitées par la mise en jeu des organes, c'est-à-dire qu'il y a peu de sucre consommé en plus dans les organes où ces combustions sont peu augmentées comme dans les glandes, et qu'il y en a beaucoup dans les organes, comme les muscles, où la suractivité des combustions est grande. » Ainsi le sang qui traverse le muscle masséter d'un cheval au repos (pas de mastication) émet, dans un temps donné, une quantité d'acide carbonique égale à 20,4 ; le sang, qui traverse le même muscle en activité (mastication d'avoine), durant le même temps, en émet 69,55, c'est-à-dire trois fois et demie de plus. Or si l'on dose les quantités de glucose disparues du sang qui a traversé le muscle, on constate dans le premier cas une combustion de glucose de 0,121, et une de 0,408 dans le deuxième ; ce qui revient à dire que le muscle qui travaille emprunte au sang trois fois et demie plus de sucre que le muscle au repos.

En 1892 MM. Morat et Dufour publièrent un travail sur la consommation du sucre par les muscles (7). La chaleur et le travail musculaire ont pour origine, disent-ils, la consommation de la matière sucrée ; mais il faut bien spécifier, et dire la matière sucrée du sang, et non celle qui provient exclusivement des aliments. Le muscle consomme le sucre du sang, mais la présence du sucre dans le sang est rendue indépendante de l'alimentation par la fonction hépatique, et le sucre du sang peut provenir par voie indirecte des albuminoïdes, peut-être même des graisses de l'alimentation. Ces expérimentateurs trouvaient que la quantité de glucose que perd le sang, est sujette à des variations assez grandes. A cet égard leur dernière expérience est très instructive ; elle montre que des muscles, fatigués au point de devenir inexcitables, retiennent une quantité de glucose considérable, supérieure à celle qu'ils auraient fait disparaître en se contractant dans des conditions ordinaires, c'est-à-dire la circulation continuant dans leur intérieur.

En résumé ces travaux établissent une nouvelle donnée : la contraction du muscle, et par suite le travail musculaire, est fonction de la combustion de la matière sucrée, glucose ou glycogène. Le glycogène étant la forme sous laquelle se trouve la matière sucrée toutes les fois qu'elle doit constituer une réserve, le glucose celle sous laquelle elle se trouve chaque fois qu'elle doit se déplacer à travers l'organisme (Morat).

D'où provient cette matière sucrée ? A priori du sucre et des substances hydrocarbonées de l'alimentation. C'est la base et la donnée essentielle de la théorie glycogénique, disent Morat et Dufour, que l'existence constante de la matière sucrée du sang est assurée indépendamment du régime alimentaire de l'animal, indépendamment de l'alimentation elle-même, tant que les substances constituées à l'état de réserve dans l'organisme, ne sont pas épuisées. Ce dernier membre de phrase est important ; il laisse entrevoir le profit que l'on pourra tirer du sucre pour accomplir un effort après une grande fatigue. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Nous considérons seulement pour l'instant le fait suivant. Dans les conditions ordinaires, chaque catégorie d'aliments se transforme en glucose ; il suffira donc à l'homme de les mêler dans son régime suivant des proportions déterminées, c'est ce qu'on appelle la ration ; les hydrates de carbone pourraient même en être absents et remplacés par de plus grandes quantités d'albumine et de graisse. Or voici que de nouvelles expériences viennent démontrer que les hydrates de carbone doivent au contraire avoir une place importante dans l'alimentation, car ils sont un véritable agent d'épargne de l'albumine et des graisses.

Déjà, en 1883, Darier (1) avait signalé que les hydrocarbures retardaient la production d'urée en ralentissant la combustion des aliments azotés.

En 1894 Werechtchaguine et Nosenko (2), expérimentant pour savoir l'influence du sucre de raisin sur l'homme sain, constataient que l'assimilation de l'azote et des graisses de l'alimentation s'améliorait, que l'échange des matières azotées se ralentissait.

La même année Zirkounenko et Tchernavkine (3), faisant la même expérimentation avec le sucre de canne, constataient que le taux d'échange des matières azotées diminuait de 2,84 p. 100, que celui de l'assimilation des graisses augmentait de 1 à 3 p. 100.

En 1896 Contejean (4) publiait une observation très intéressante à ce point de vue. C'était l'histoire d'une chienne qu'on nourrissait tantôt avec de la viande dégraissée, tantôt avec la même viande additionnée de saindoux, de sucre ou de gélatine ; l'auteur constatait alors que l'animal augmentait de poids avec la ration de viande et de sucre, alors qu'il en perdait avec une ration de viande et de graisse, à peu près isodyname de la première, et même supérieure au point de vue de l'énergie dépensée. Bien mieux l'animal fut soumis à l'inanition et reçut par intervalles tantôt du sucre, tantôt de la graisse, tantôt de la gélatine ; ici encore on vit la ration la plus pauvre en énergie potentielle, le sucre, diminuer plus considérablement les pertes du sujet que la ration de graisse qui fournit plus d'énergie.

Dans leur *Traité de diététique* (5), Munk et Ewald montrent par de nombreuses expériences cette influence des hydrates

(1) Nasse. *Arch. de Pflüger*, 1869, t. II.
(2) Weiss. *Jahresbericht v. Maly*, 1871, t. I.
(3) Chandelon. *Arch. de Pflüger*, 1876.
(4) Manche. *Zeits. f. Biol.*, 1889, t. XXXV.
(5) Kulz. *Arch. f. die Ges. Physiol.*, 1880, t. XXIV.
(6) Chauveau et Kaufmann. *C. R. de l'Acad. des sc.*, nov. et déc. 1886.
(7) Morat et Dufour. *Arch. de physiol.*, 1892.

(1) Darier. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1883.
(2) Werechtchaguine et Nosenko. *Vratch*, 1894, n° 45.
(3) Zirkounenko et Tchernavkine. *Vratch*, 1894, n° 46.
(4) Contejean. *Arch. de physiol.*, 1896, p. 803.
(5) Munk et Ewald. *Traité de diététique*, traduit par Heymans et Masoin, 1897, p. 44.

de carbone sur l'assimilation plus complète des albuminoïdes et des graisses.

Enfin le 14 mars 1898, M. Chauveau (1) communiquait à l'Académie des sciences une expérience si intéressante que je la citerai avec quelques détails. Il avait en observation une chienne qui recevait alternativement tous les trois ou cinq jours une des deux rations :

Viande dégraissée .	500g	Viande dégraissée .	500g
Saindoux	100	Sucre	168
Eau.	400	Eau	400
Valeur énergétique.	1513	Valeur énergétique.	1144,6

La chienne faisait au trot allongé environ 25 kilomètres. Dans ces conditions le poids restait à peu près le même, bien que la courbe fléchissait toujours un peu avec la graisse. Sur ces entrefaites les conditions intimes du sujet furent profondément modifiées : la chienne devint en chaleur. Cette période nouvelle dura quatre-vingt-cinq jours ; il y eut donc douze fois alternance des rations. On fit chaque jour cinq pesées de l'animal. La courbe très instructive montre trois parties distinctes : 1° état normal : la courbe est une ligne brisée, à peu près horizontale, traduisant la quasi équivalence nutritive des deux rations ; 2° rut : courbe brusquement descendante montrant la chute rapide de la nutrition influencée par l'état du rut, mais dans cette ligne descendante continuation de l'équivalence nutritive des deux rations; 3° retour à l'état normal : la courbe dans son ensemble devient brusquement et rapidement ascendante ; le travail et la ration étant restés les mêmes, c'est que la ration est mieux utilisée. L'organisme déprimé par l'état de rut a besoin de se réparer, et alors les albuminoïdes de la partie fondamentale de la ration s'incorporent plus abondamment en nature. Mais ce qui est remarquable, c'est que l'ascension n'est pas régulière, elle procède par bonds considérables suivis de courtes chutes. Or ces chutes appartiennent aux séries graisse et les ascensions aux séries sucre. C'est donc le sucre qui est le facteur essentiel de l'accroissement de l'incorporation des albuminoïdes de la ration fondamentale. Ces résultats permettaient à M. Chauveau de conclure en ces termes :

« Les quantités de sucre ou de graisse, qu'il faut ajouter à une même ration fondamentale de viande pour entretenir également bien le sujet qui travaille, ne sont pas des quantités isodynames; la valeur énergétique 0,756 en sucre agit généralement aussi bien sinon mieux que la valeur énergétique 1 en graisse. Cette différence déjà si notable à l'avantage du sucre est même susceptible de s'accentuer d'une manière remarquable. En effet, en ce qui concerne le sucre, le rapport de la valeur nutritive à la valeur énergétique n'est pas constant. Dans certaines conditions physiologiques comportant l'édification de tissus nouveaux ou la reconstitution des éléments anatomiques d'un organisme épuisé, ce rapport peut être accru considérablement, tandis que pour la graisse il reste à peu près au même chiffre ou s'élève à peine. L'augmentation qu'éprouve alors le pouvoir nutritif du sucre tient à ce que dans lesdites conditions physiologiques cet aliment favorise l'assimilation en nature des albuminoïdes et aussi à ce qu'il modère le travail de désassimilation. Donc s'il est erroné de mesurer la valeur nutritive d'un aliment de force à sa valeur thermique, il ne le serait pas moins de déduire cette valeur nutritive exclusivement de la faculté que possède l'aliment de se transformer plus ou moins économiquement en glycogène musculaire. En réalité tout aliment doit être jugé au point de vue de sa valeur nutritive à l'aide de deux critères : α. son aptitude à fournir le potentiel directement et immédiatement employé à la dépense énergétique qu'entraînent les travaux physiologiques ; β. l'influence directe que cet aliment est capable d'exercer sur les dépenses et les restitutions spéciales attachées au renouvellement et à la formation des éléments anatomiques de l'organisme. A ce double point de vue, la supériorité des sucres sur les graisses est de toute évidence; elle se traduit toujours, en toute circonstance, surtout dans les cas où s'active la fonction rénovatrice et formatrice des tissus animaux. »

(1) Chauveau. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 14 mars 1898.

Tous ces faits nous montrent donc la grande valeur alimentaire du sucre. Il est encore un point sur lequel je veux insister; c'est l'utilisation immédiate de ce sucre pour les besoins de l'organisme.

Kaufmann (1) définit ainsi le rôle respectif des différentes substances alimentaires : « Les matières hydrocarbonées sont particulièrement propres à fournir l'énergie nécessaire aux besoins immédiats de l'organisme. Les matières albuminoïdes et les graisses sont, au contraire, propres surtout à fournir l'énergie destinée à être mise en réserve pour les besoins futurs. »

Chauveau (2), dans différentes notes présentées à l'Académie des sciences, établit également « que le travail musculaire n'emprunte pas plus aux albuminoïdes ingérés qu'à ceux déjà incorporés, l'énergie immédiatement consacrée à l'exécution de ce travail. Le potentiel énergétique directement consommé par et pour le travail musculaire, est toujours un hydrate de carbone, soit celui qui est emprunté aux réserves de glycogène de l'organisme, soit celui qui provient de la transformation des réserves graisseuses, soit enfin celui qui est fourni plus ou moins directement aux muscles par l'absorption digestive ».

Le sucre absorbé pendant la digestion, dit encore Kaufmann (3), a trois destinées immédiates. Une grande partie est aussitôt oxydée et transformée en acide carbonique et en eau, une petite partie se transforme quelquefois en graisse, et enfin une dernière partie s'accumule dans le foie et les muscles et augmente ainsi la réserve hydrocarbonée.

Laulanié a la même opinion (4) : « Le glucose est l'aliment prochain et immédiat de la force musculaire, en ce sens que la combustion de ce principe immédiat opérée dans l'intimité même du tissu musculaire, est la source exclusive de l'énergie transformée dans la contraction. » Dans un second travail (5) il dit encore : « Le sucre alimentaire aurait donc une double destination. D'une part il deviendrait immédiatement l'aliment des combustions respiratoires et du travail physiologique, et d'autre part il se dédoublerait partiellement pour former de la graisse. »

En résumé, la revue rapide de ces différents travaux nous a permis d'établir les faits suivants. D'une part, il existe constamment du sucre dans le sang ; ce sucre est destiné à produire par sa combustion l'énergie nécessaire au travail musculaire. D'autre part, tous les aliments se transforment finalement en glucose. Or, le sucre a d'autant plus d'impor-

(1) Kaufmann. Soc. de biol., 25 avril 1896.
(2) Chauveau. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 23 fév., 2 mars, 1er juin 1896.
(3) Kaufmann. *Arch. de physiol.*, 1896, p. 341.
(4) Laulanié. *Arch. de physiol.*, 1896, p. 572.
(5) Laulanié. Loc. cit., 1896, p. 791.

tance au point de vue alimentaire, qu'il facilite l'assimilation des autres aliments et modère la désassimilation. En outre, son pouvoir nutritif augmente dans certaines conditions, comme, par exemple, l'épuisement de l'organisme. L'ingestion du sucre est alors d'autant mieux indiquée, que le sucre est utilisé, comme les autres hydrocarbonés, aussitôt après sa résorption, et que celle-ci est particulièrement rapide.

Nous allons examiner maintenant si les faits d'observation journalière s'accordent avec ces expériences des physiologistes.

II

Dans ce chapitre, nous allons successivement passer en revue les faits d'observation courante sur la valeur alimentaire du sucre, puis les expériences faites sur l'homme au moyen d'appareils spéciaux comme l'ergographe, et enfin les expériences faites sur l'homme en examinant l'état général et non plus un muscle particulier.

En France, bien que Chossat (1), expérimentant en 1843 sur des pigeons, eût trouvé que le sucre les entretenait aussi bien que leur nourriture normale, et malgré les travaux de Cl. Bernard et de ses élèves, nous ne trouvons que très peu d'observations de ce genre.

En 1895, Vaughan Harley (2) fit, à la section de physiologie du Congrès de la British medical Association, une communication sur la valeur alimentaire du sucre où il relatait les observations suivantes :

« M. W. Glynn, dont les occupations étaient alternativement actives et sédentaires, remarqua que, pendant les semaines où il fatiguait beaucoup en plein air, il pouvait prendre une grande quantité de sucre dont il était très friand, sans éprouver aucun malaise, alors que s'il prenait la même quantité pendant une semaine de travail de bureau, il éprouvait des sensations de somnolence et des indigestions. Il nota encore que, pendant son occupation sédentaire, il pouvait manger beaucoup de nourriture substantielle sans éprouver ces malaises, à condition de se priver de sucre. De cela il conclut que, dans son cas tout au moins, le sucre était favorable à un travail musculaire fatigant, mais nuisible quand il en prenait une grande quantité sans faire d'exercice. Il a répété ces expériences et, bien que n'étant pas robuste, la quantité de travail musculaire qu'il pouvait fournir en mangeant du sucre, surprenait même ses amis.

M. C.-A. Barber, surintendant d'agriculture des îles Liward, dans un article intitulé : « La canne à sucre et la santé, » publié en 1892 dans la *Science*, note que l'adjonction de plusieurs onces de sucre à la nourriture quotidienne des enfants des écoles, les rendent capables d'exécuter une plus grande quantité d'exercices musculaires.

La valeur du sucre est bien mise en relief par la moisson de la canne à sucre dans les Indes occidentales, qui améliore l'état de santé des nègres, même des faibles et des chétifs; à la fin de la moisson ils sont tous forts et gros, bien que le travail des champs soit excessivement dur.

M. Wray cite le cas de l'équipage d'un navire rapportant une cargaison de sucre des tropiques; par suite du mauvais temps les provisions s'épuisèrent et les matelots durent avoir recours à la cargaison, or non seulement le sucre soutint les hommes, mais encore il les guérit du scorbut.

M. Walter Pritchard raconte avoir remarqué, en 1883, que les déchargeurs des bateaux de sucre à Leyth-docks en mangeaient beaucoup, et que non seulement ils se développaient au point de vue musculaire, mais encore que leur état général s'améliorait.

Le capitaine H. Bourke, du 10e régiment des Indes occidentales, dont les hommes étaient tous noirs, s'exprime ainsi : Quand j'étais avec mes hommes en Afrique, je remarquai que lorsqu'ils faisaient des marches longues et fatigantes, ils estimaient leur ration de sucre (2 onces par jour) autant, sinon plus, que leur ration de viande ; ils en prenaient autant qu'ils pouvaient en avoir; quand ils n'avaient ni thé, ni cacao pour mettre leur sucre, ils le mélangeaient avec de l'eau et le buvaient ainsi. Il dit plus loin qu'il a fréquemment remarqué que, lorsque les hommes étaient très fatigués par une longue marche, ils étaient très bien restaurés en mâchant les cannes à sucre qu'ils arrachaient pendant la route. Toutes les races nègres, dit-il, aiment le sucre et en consomment d'énormes quantités, quand ils peuvent en avoir. Ceci, pense-t-il, explique peut-être leur grande force et leur aptitude à supporter des fatigues grandes et prolongées.

Enfin, le colonel Henry Browne, dans une lettre écrite au docteur Georges Harley en 1894, dit ceci : Les coupeurs de bois du Canada, qui sont très beaux et très musclés, mangent une grande quantité de sucre sous forme de mélasse. Ils en mettent dans leur thé, ils en font des gâteaux et même l'ajoutent comme un extra à leur rôti de porc salé, qui est la seule viande qu'ils peuvent avoir tout le temps pendant lequel ils sont dans les bois. Les Indiens civilisés de l'Amérique du Nord, qui chassent avec eux, ont adopté la même nourriture; or, pour la vigueur et l'endurance, il y en a peu qui puissent les égaler. »

Schumburg, dans un travail que nous étudierons plus loin (1), raconte que les membres du Club des rameurs de Deventer, d'après les conseils de M. Birnie, s'entraînèrent avec du sucre et obtinrent des succès remarquables; il ajoute que les bateliers de Java prennent exclusivement comme nourriture des morceaux de sucre pour poursuivre leur travail de rame très pénible.

Au Congrès de la tuberculose, tenu à Paris en 1898, M. Cagny s'exprimait ainsi (2) : « Autrefois, on marchait beaucoup à pied, et dans mon enfance, j'ai connu des personnes âgées qui marchaient vite et longtemps. Une chose m'avait frappé : elles avaient toujours une petite provision de sucre et ne consommaient pas autre chose pendant leurs marches. Et cependant comme elles avaient connu les rigueurs du blocus continental, pour elles le sucre était resté une denrée de luxe. Ceci m'avait beaucoup étonné; plus tard j'ai fait quelques expériences personnelles qui m'ont prouvé qu'avec un peu de sucre un homme peut rester plus de vingt-quatre heures sans manger, tout en faisant une dépense musculaire manifeste. Je citerai la suivante :

En 1887, j'ai déjeuné comme d'habitude un jour à midi, je suis parti de Paris sans dîner pour Albi. A cette époque il n'y avait pas de wagons-lits, je n'ai donc pas pu dormir aussi bien qu'on le fait maintenant. Parti à huit heures du soir de Paris, je suis arrivé à Albi vers dix heures du matin. Mon confrère Salinier m'attendait pour visiter une écurie

(1) Chossat. *Ann. d'hyg. publ.*, 1844.
(2) V. Harley. *Brit. med. Journ.*, 1895, vol. II, p. 1282.

(1) Schumburg. *Deuts. mil. Zeits.*, août 1896.
(2) Cagny. *C. R. du Cong. de la tubercul.*, 1898, p. 301.

de chevaux morveux, faire des autopsies, etc.; de dix heures à une heure et demie j'ai circulé avec lui à pied, allant de l'écurie infectée au clos d'équarrissage. Je suis donc resté vingt-cinq heures sans consommer autre chose que quelques morceaux de sucre. Ce que je trouve intéressant, c'est que je ne me sentais pas fatigué, ni affaibli, et que je n'avais pas une faim exagérée. J'ai depuis fait des expériences analogues qui m'ont toujours donné le même résultat. »

Du travail de Leitenstorfer (1) nous extrayons le passage suivant : « Voit raconte que les coolies indiens travaillant aux Antilles consomment jusqu'à 150 grammes de sucre par jour, et tous nous nous rappelons de notre jeunesse combien nous étions surpris de la sobriété des Arabes, qui se contentaient comme nourriture journalière d'une poignée de dattes.

Le sportsman et physiologiste Georges Kolb montrait déjà en 1890 que les gens très entraînés avaient un penchant spécial pour les hydrates de carbone; il combattait ainsi l'opinion admise par tous que l'usage des hydrates de carbone était nuisible à l'entraînement des gens de sport. Le premier, en Allemagne, il conseilla l'entraînement avec le sucre pour prévenir le surmenage. Enfin, d'après ses conseils, la population maritime de Mayence, qui s'entraîna en 1896 au moyen du sucre, fut l'objet de la curiosité générale par la constance de ses succès. »

Lhomme (2) rappelle que « les alpinistes mâchent des pruneaux secs, que M. Janssen offre à ceux qui visitent son observatoire du Mont-Blanc, des infusions extrêmement sucrées afin, dit-il, de leur donner des jambes à la descente, que les cyclistes prennent des fruits sucrés, du thé sucré, et non du jus de viande pour soutenir leurs forces ».

Enfin, tout récemment, M. Javal, étudiant la manière de vivre des centenaires, disait (3) : « Sur ces 30 centenaires, 5 appellent particulièrement notre attention par un usage excessif du sucre; ils en prennent sous toutes les formes : aliments sucrés, boissons sucrées, sucre en morceaux. Contrairement à la croyance populaire, le sucre paraît donc être un aliment de premier ordre, et il est probable que cet hydrocarbure supplée avantageusement l'alcool. »

Dans cet exposé, j'ai laissé complètement de côté les faits tirés de l'alimentation des animaux et qui sont tous concordants, ainsi que le prouvent encore les récentes expériences de MM. Grandeau et Alekan (4). Je m'en suis tenu aux observations prises sur l'homme et qui semblent bien prouver que celui-ci peut, tout en fatiguant, suppléer momentanément à l'absence d'aliments au moyen du sucre. Certains auteurs ont voulu serrer la question de plus près et déterminer, pour ainsi dire mathématiquement, l'influence du sucre sur la fatigue.

La première expérience, à ce sujet, a été faite en septembre et octobre 1892, à Turin, par Vaughan Harley (5). Cet auteur cherchait à démontrer expérimentalement que le sucre était un générateur actif de l'énergie musculaire, afin qu'on puisse l'ajouter en grande quantité à la nourriture de l'ouvrier. Harley se servit de l'ergographe, afin, dit-il, d'avoir un moyen d'estimer exactement la quantité d'ouvrage fait par un muscle particulier, dans des conditions variées de nourriture, etc., car ceci étant démontré pour un muscle, on doit admettre que les autres muscles du corps agissent de la même façon. Je ne puis entrer dans les détails de l'expérience. En voici les conclusions : L'énergie musculaire volontaire est influencée par la nature des aliments et les périodes de la digestion. En dehors de l'influence de l'alimentation, il y a des variations diurnes dans la puissance musculaire, le minimum étant vers neuf heures du matin, le maximum vers trois heures de l'après-midi. L'exercice régulier retarde le moment de la fatigue. A cet égard, la diète de sucre équivaut à la diète complète. La consommation de grandes quantités de sucre accroît le pouvoir musculaire de 26 à 33 p. 100; et avec le retard de la fatigue, l'accroissement pour la journée peut atteindre 61 à 76 p. 100. L'addition de sucre au régime ordinaire peut accroître le pouvoir musculaire de 9 à 21 p. 100; et le travail total avec retard de la fatigue de 6 à 39 p. 100. L'addition de sucre à un régime mixte abondant donne des accroissements correspondants de 2 à 7 p. 100 et de 8 à 16 p. 100 pour le travail total. L'addition de 250 grammes de sucre au régime normal accroît le travail quotidien. L'accroissement est de 6 à 28 p. 100 pour un travail de trente contractions musculaires, et de 9 à 36 p. 100 pour la journée entière. Le sucre, pris tard dans la soirée, peut faire disparaître la chute diurne et augmenter la résistance à la fatigue.

En 1893, le professeur U. Mosso, étudiant l'action des principes actifs de la noix de kola sur la contraction musculaire (1), concluait que la caféine et le glucose (amidon) avaient une action marquée sur la contraction, et que cette action s'exerçait sur les muscles sans le concours du système nerveux central. Et il ajoutait : « Le glucose et l'amidon, ces deux composants de la noix de kola, unissent leurs effets à ceux de la caféine pour rendre les muscles plus résistants à la fatigue. » Il rappelait, en outre, les importants travaux du professeur Albertoni montrant que le glucose, la maltose, la saccharose ont une influence marquée sur la circulation, c'est-à-dire qu'ils augmentent la pression sanguine et la fréquence du pouls, dilatent les vaisseaux sanguins et renforcent l'action du cœur.

Ces conclusions incitèrent le professeur Mosso à entreprendre avec le docteur Paoletti de nouvelles expériences (2). Ils opérèrent à jeun ou deux heures au moins après le repas, en prenant de dix minutes en dix minutes, au moyen de l'ergographe, la courbe de fatigue du doigt médius jusqu'à complet épuisement. Ils recommencèrent ensuite les mêmes expériences en prenant des doses diverses de sucre, et ils comparèrent les résultats. Ils conclurent de leurs recherches en ces termes : « Les résultats de nos expériences sont d'accord pour attribuer au sucre un fort pouvoir dynamogène, tel qu'on ne l'aurait pas cru sans le concours d'une vigoureuse méthode d'expérimentation. Les doses petites et moyennes (de 5 à 60 grammes) développent dans le muscle fatigué la plus grande énergie. Avec les doses graduellement supérieures à 60 grammes, le travail diminue graduellement. Les doses moyennes fournissent le maximum de travail. En diminuant les doses jusqu'à 5 grammes, on a une diminution dans la durée du travail sans qu'il en résulte une notable diminution dans son intensité. Le degré de solution le plus favorable correspond à six-dix fois plus d'eau que de sucre; avec des solutions plus concentrées, on obtient un effet graduellement moindre; il en est de même pour les

(1) Leitenstorfer. *Deuts. mil. Zeits.*, 1898, p. 305.
(2) Lhomme. *Bull. méd.*, 1899, nº 29.
(3) Javal. *Interméd. des biol. et des méd.*, 20 avril 1899.
(4) Grandeau et Alekan. *Rev. scient.*, 1er avril 1899.
(5) V. Harley. *The Journ. of physiol.*, 1894, t. XVI, p. 97.

(1) U. Mosso. *Arch. ital. de biol.*, 1893, t. XIX.
(2) Mosso et Paoletti. *Arch. ital. de biol.*, 1894, t. XXI.

solutions plus diluées. L'amélioration du muscle commence dix minutes après l'ingestion; elle est à son maximum environ quarante minutes après, pour les doses moyennes. Avec des doses répétées à courts intervalles, on peut rendre au muscle la force qui s'en va peu à peu en se consumant avec le travail. Il en résulte que les coureurs, soldats, vélocipédistes, alpinistes, auxquels l'entraînement viendrait à manquer, pourraient tirer du sucre une nouvelle force. »

On peut remarquer que Vaughan Harley et Mosso, bien que reconnaissant tous les deux l'effet utile du sucre sur le travail musculaire, arrivent néanmoins à des conclusions sensiblement différentes : l'un d'eux, admettant que la consommation de grandes quantités de sucre accroît le pouvoir musculaire, alors que, pour le second, cette influence favorable du sucre diminue graduellement au-dessus de 60 grammes.

Il se produisit même des expériences contradictoires. Ainsi au Congrès de l'association médicale britannique tenu à Londres en juillet-août 1895, le professeur Stokvis d'Amsterdam vint communiquer les résultats des expériences poursuivies à son instigation par les docteurs Langemeyer et Lechensen (1). Ces expériences prouveraient que l'effet bienfaisant du sucre n'existe pas, ou que, s'il existe un peu, il ne peut en aucune façon être démontré par l'ergographe. Entrant dans le détail des expériences, Stokvis montre que l'entraînement aurait une influence identique à celle qu'on accorde au sucre, que les résultats positifs n'ont été obtenus que chez les sujets déjà entraînés; puis il examine les différentes causes d'erreur qui tiennent à l'ergographe, et il conclut en disant : Chez les personnes saines, la fatigue et l'épuisement ne sont jamais causés par un manque de nourriture, mais seulement et exclusivement par un manque de repos. Quand bien même on ne peut contester que l'énergie chimique, produite par la combustion du sucre, soit une des principales sources du travail musculaire, il n'y a cependant pas de raison plausible pour ajouter du sucre à la ration journalière afin d'augmenter le travail musculaire. Tout autre hydrate de carbone servira aussi bien à approvisionner le muscle de la quantité nécessaire d'énergie chimique.

Mosso s'éleva aussitôt contre cette opinion en ces termes (2) : « Je ne puis approuver la démonstration admise par Stokvis de ce fait qu'il n'a obtenu de résultats positifs que sur des sujets déjà entraînés par une série d'expériences, et qu'il n'en a obtenu aucun quand le sujet était au début de l'expérience. Ceci est le point essentiel de toute la question ; un muscle non entraîné peut être fatigué lorsqu'il lui reste encore une quantité considérable d'énergie potentielle, alors le sucre n'a pas d'effet évident; mais si un sujet bien entraîné est fatigué, le sucre absorbé dans l'aliment est rapidement converti en énergie dynamique et donne au muscle la force qu'il avait perdue. Le travail de Stokvis est incomplet : dans une critique de résultats, il est nécessaire non seulement d'établir que ses propres expériences sont en opposition avec les autres, mais aussi de trouver et de montrer la raison de ces différences. La question de la nutrition et de la contraction des muscles est très complexe. Stokvis n'a rien dit du rôle joué par le système nerveux qui est un des principaux facteurs de la contraction musculaire. Je crois que là nous pourrions trouver une, sinon la principale cause de ces différences. »

(1) LANGEMEYER et LECHENSEN. *Brit. med. Journ.*, 1895, vol. II, p. 1280.
(2) MOSSO. *Brit. med. Journ.*, 1895, vol. II, p. 1282.

De nouvelles expériences ergographiques furent entreprises au printemps de 1895, au laboratoire de physiologie de l'école impériale d'agronomie de Berlin ; elles étaient faites par Schumburg à l'instigation de la section médicale du ministère de la Guerre pour rechercher si le muscle fatigué pouvait être rendu apte à un nouveau travail par l'usage de petites doses de sucre. Schumburg prit de grandes précautions pour faire ses expériences sans qu'il pût y avoir une influence quelconque de la volonté. « Je fis mes expériences, dit-il (1), non seulement sur moi, mais sur une autre personne qui devait chaque fois rester ignorante de la suite de ces expériences. Par principe aucun mot sur les expériences n'était prononcé en présence de la personne expérimentée. Celle-ci avait à boire pour chaque série d'expériences 200^{cc} d'une solution sucrée ; seulement cette solution contenait un jour 30 grammes de sucre, un autre jour de la dulcine ou un corps sucré quelconque de la série aromatique, en quantité telle que la saveur était à peine différente de celle de la solution de sucre. De cette façon la personne expérimentée pouvait avoir deviné l'expérience, ce qui n'était pas trop difficile à la longue, elle croyait qu'elle prenait constamment du sucre, et que le travail à fournir devait être constamment plus considérable qu'au début où elle ne prenait aucune boisson. » Les résultats furent si concluants que Schumburg pouvait dire : de mes expériences découle cette conséquence pratique que pour atteindre un travail musculaire considérable l'usage du sucre, et même d'une quantité relativement minime (30 grammes), est particulièrement indiqué. Et le médecin militaire allemand demandait comme confirmation de ces résultats qu'on entreprît sur une grande échelle des expériences dans lesquelles un quart d'heure ou une demi-heure avant le grand effort musculaire à atteindre, ou dès l'apparition des premiers signes de fatigue, on donnerait 30 grammes de sucre soit en solution rafraîchissante avec du citron, soit en nature ou sous une forme convenable ; il ajoutait que pour lui la forme la plus agréable, la plus facile à conserver et la moins encombrante, qui présentait en outre un mélange de sucre, d'albumine et de graisse, paraissait être le chocolat.

Il fit d'ailleurs lui-même cette expérience sur la troupe. Je n'ai pu me procurer sur ce sujet une relation plus détaillée que celle donnée par M. Grandeau, que j'ai déjà rapportée ailleurs et que je cite de nouveau textuellement : « Dans la séance du Reichstag allemand du 16 décembre 1897, à l'occasion de la discussion du budget de l'Empire, le docteur Paasche demanda qu'à l'avenir une place plus grande soit faite au sucre dans l'alimentation du soldat. Il cita à ce propos une observation récente du médecin d'état-major, le docteur Schumburg : à la suite d'une fatigue exceptionnelle imposée aux hommes d'un régiment, on a donné à chacun d'eux une ration supplémentaire de 30 grammes de sucre qui a suffi pour rendre pendant plusieurs heures à ces soldats l'énergie suffisante pour continuer la manœuvre. »

On ne s'était pas jusqu'alors préoccupé de l'influence que le sucre pouvait avoir dans l'alimentation des soldats. Au Congrès de Londres dont nous avons parlé, Stokvis avait bien dit ceci : « Les troupes hollandaises qui ont si bien manœuvré à Henley en 1895, ont été, à mon instigation,

(1) SCHUMBURG. Loc. cit.

nourries presque constamment avec des aliments protéiques, mais je dois ajouter que les troupes qui, l'année précédente, avaient non moins bien manœuvré, avaient reçu une nourriture hydrocarbonée. » On voit que la question était loin d'être précisée.

C'est le médecin allemand Leitenstorfer qui, en 1897, entreprit les premières expériences à ce sujet sur les hommes de son régiment (1). Dans une compagnie par bataillon dix hommes furent désignés pour subir l'expérience et dix autres pour servir de témoins. Le poids, le nombre de pulsations au repos et après le travail, le nombre de respirations de chacun d'eux furent notés au début et à la fin de l'expérience. Celle-ci dura du 4 août au 10 septembre et cette période fut une période de manœuvres diverses, depuis les manœuvres de brigade jusqu'aux manœuvres impériales de Vettéravie.

Les résultats furent les suivants : Les hommes expérimentés eurent une augmentation moyenne de poids de 1k,25, les témoins de 1k,10. Cette petite différence, dit l'auteur, paraît à première vue insignifiante ; je lui attribue pourtant une réelle importance en faveur du sucre, parce que les hommes en expérience étaient tous des malingres et ne recevaient aucun argent de chez eux qui leur permît d'augmenter leur ordinaire.

Après un même nombre de kilomètres, le chiffre des pulsations était de 92,27 par minute chez les gens en expérience, de 95,09 chez les témoins. Cette différence de trois pulsations par minute est très remarquable, d'autant mieux qu'au début de l'expérience les premiers avaient deux pulsations et demie de plus que les témoins, c'est-à-dire 98,8 contre 96,3. Après trois journées fatigantes de manœuvres, les hommes en expérience avaient une moyenne de pulsations de 92,8, les témoins de 96,6. Le muscle cardiaque a donc une force plus grande chez les gens absorbant du sucre. La différence du nombre de respirations, bien que peu importante, est favorable au sucre : 21,6 contre 22,2, c'est-à-dire une différence en moins de 0,6 par minute chez les gens qui mangeaient du sucre.

On ne nota pas de différence dans la température du corps. On ne trouva jamais d'albumine ni de sucre dans les quelques analyses d'urine que l'on put faire. Enfin il n'y eut aucune maladie que l'on pût rattacher à l'usage du sucre.

Mes expériences, dit Leitenstorfer, établissent l'influence favorable d'une addition journalière de 50 à 60 grammes de sucre à la nourriture du soldat, sur la capacité de travail des hommes, sur le nombre des pulsations et des respirations qui est moindre après le travail chez les gens prenant du sucre que chez les témoins, sur l'augmentation du poids du corps. Cette influence favorable du sucre sur les organes du travail, muscles et cœur, est tout à fait remarquable.

En outre on peut établir au point de vue pratique trois points : les hommes prennent volontiers le sucre et le supportent bien. Le sucre calme la faim et la soif. Grâce à sa facile résorption il est un moyen de ranimer rapidement les défaillances que peuvent produire la faim, la soif, la fatigue de la marche, le coup de chaleur.

Aux manœuvres de 1898 un autre médecin militaire allemand, le docteur Leistikow, expérimenta différentes substances alimentaires, le tropon, le maté et le sucre sur des hommes du 145e régiment d'infanterie (2). Les hommes prenaient de 50 à 80 grammes de sucre une heure et demie à deux heures avant la fin présumée de la marche, pendant une pause ou pendant la marche. De même que Leitenstorfer, Leistikow prit le poids, le nombre de pulsations et de respirations des soldats au début et à la fin de l'expérience. Voici les résultats qu'il obtint. Pour le poids, le groupe témoin perdit en moyenne 0k,780, le groupe expérimenté 0k,800. Pour le nombre de pulsations au repos on nota chez le groupe expérimenté : au 1er septembre 61 pulsations par minute, au 27 septembre 63,5, soit 2,5 en plus; chez le groupe témoin : 60,8 au 1er septembre, 63,5 le 27, soit 2,7 pulsations de plus. Pour le nombre de pulsations après un même travail, on trouva : chez le groupe expérimenté, 123,7 pulsations au 1er septembre, 119,6 le 27, soit 4,1 pulsations en moins par minute ; chez le groupe témoin, 120,9 le 1er septembre, 118,7 le 27, soit 2,2 pulsations de moins. Il n'y eut aucune différence dans le nombre des respirations.

Dans l'interrogatoire auquel Leistikow soumit les gens en expérience, il recueillit des réponses analogues à celles de Leitenstorfer, si bien qu'il concluait ainsi : 1° Le sucre est pris par tous les hommes et bien supporté. D'une façon générale on lui reconnaît la propriété de calmer la faim et la soif. 2° On n'a pas noté d'une façon nette une influence favorable du sucre sur l'accomplissement des marches, le poids du corps, etc... Et l'auteur demandait qu'on fît entrer le sucre dans la nourriture du soldat en sucrant par exemple le café du matin et la boisson de marche quelle qu'elle soit.

Ces conclusions sont importantes à retenir formulées par Leistikow, car celui-ci, probablement par crainte de voir le sucre prendre la place du pain ou de la viande dans la ration du soldat, cherche plutôt à mettre en garde contre le sucre. Il dit par exemple : « La sensation de faim est diminuée, sans aucun avantage, à mon avis, bien que l'on puisse répondre que le manque d'appétit n'est pas tant amené par un trouble de l'estomac que par la sensation de rassasiement causée par le sucre en tant qu'aliment. Je n'ai pas eu l'occasion d'employer le sucre comme moyen de ranimer des hommes inanitiés ou épuisés; on doit du reste se garder d'une opinion trop enthousiaste pour un moyen plutôt qu'un autre, étant donné qu'un homme fatigué reprendra rapidement ses forces, simplement après quelques moments de repos ou après avoir bu une gorgée de café, de vin, ou d'autre chose. D'ailleurs la délivrance du sucre dans ces cas est rationnelle, si elle n'est pas nouvelle : le vieux moyen des gouttes d'Hoffmann se donnait depuis longtemps sur du pain ou du sucre. » Plus loin discutant les arguments de ceux qu'il appelle les partisans du sucre, il dit qu'on préfère le sucre aux hydrates de carbone parce que ceux-ci doivent être d'abord transformés en glucose par la digestion pour être utilisés. Il repousse cette idée en ces termes : « Donner à un estomac sain une nourriture digérée ou à moitié équivaut pour moi à vouloir faire marcher avec des béquilles un homme qui aurait les jambes saines. » J'avoue ne pas bien saisir la justesse de cette comparaison.

Enfin les dernières expériences publiées sur ce sujet ont été entreprises en décembre 1898 par Prantner, médecin de régiment, et par Stowasser [de Gratz (1)]. Ces deux auteurs se sont soumis eux-mêmes à l'expérimentation afin d'étudier l'influence de la consommation d'une certaine quan-

(1) Leitenstorfer. Loc. cit.

(2) Leistikow. *Deuts. mil. Zeits.*, mars 1899.

(1) Stowasser. *Centralbl. f. innere Med.*, 18 fév. 1899, analysé in *Indép. méd.*

tité de sucre. Ils ont méthodiquement examiné leur force musculaire en faisant des exercices avec des barres à boules de fer. Bien entendu toutes les précautions ont été prises pour exclure l'influence de l'autosuggestion ; on a fait des essais de contrôle et on a mis en compte la partie de l'augmentation de l'effet des efforts due à l'entraînement. Ils ont fait une série d'expériences pour examiner quel est le métabolisme de l'albumine par suite de la consommation du sucre conjointement au travail physique.

Le résultat principal de ces essais prouva qu'une quantité de sucre, même petite, ajoutée à la nourriture ordinaire, a pour effet d'économiser de l'albumine malgré une quantité de travail physique qui serait, par elle-même dans des circonstances ordinaires, capable d'augmenter le métabolisme de l'albumine. Les expériences confirment aussi que le sucre est capable d'augmenter la force musculaire. Le sucre sera donc utile dans les cas où certains individus veulent faire un effort exceptionnel, comme c'est le cas chez les soldats en campagne, chez les gens qui font une ascension dans les montagnes, etc.

Telles sont les diverses expériences qui ont été publiées sur la question qui nous occupe. Mais, avant de terminer ce chapitre, je tiens à citer deux faits qui, pour être d'un ordre un peu particulier, n'en viennent pas moins à l'appui de l'action favorable que le sucre exerce sur le travail musculaire. Ces deux faits se rapportent à l'influence du sucre sur les contractions de l'utérus.

Le premier est dû au professeur Bossi (de Gênes) qui s'exprime en ces termes (1) : « J'ai expérimenté l'action du sucre sur l'utérus durant l'accouchement quand il intervient de l'inertie. Les cas sur lesquels j'ai expérimenté sont tous des cas d'inertie absolue ou presque absolue, dans lesquels, pour ce motif, l'intervention de l'art était indiquée. On administrait le sucre à la dose de 30 grammes dissous dans 250 grammes d'eau, et l'on répétait cette dose au bout d'une heure, de deux heures, quand l'action était insuffisante. Dans les quatre cinquièmes des cas on obtient un effet ecbolique positif de l'administration du sucre ; cet effet se produisit en moyenne une demi-heure (de vingt-cinq à quarant-cinq minutes) après l'administration. La durée de cet effet fut dans plusieurs cas suffisante pour produire l'expulsion spontanée du fœtus. Une seconde dose ayant été administrée au bout de deux heures, l'action ecbolique s'accentua. Dans aucun cas on n'eut de contractions tétaniques. »

Une seconde expérimentation sur ce sujet fut faite par M. Keim avec de la lactose (2). Dans dix observations de femmes à terme ou près du terme, la lactose dit-il, a toujours agi sur les contractions paresseuses. Dans ces cas elle n'a été efficace qu'au début du travail, col effacé et dilatable, où mieux, dilaté. Comme dans les expériences de Chauveau, le sucre n'agit sur le muscle qu'après un travail accompli. La dose minimum de lactose à employer semble être de 20 à 25 grammes. Enfin son action semble non localisée à l'utérus, mais généralisée aux muscles abdominaux et au reste de la musculature de l'organisme. La lactose devient ainsi et un ocytocique et un véritable stimulant, un tonique qui relève l'énergie de la femme et hâte l'expulsion du fœtus.

(1) Bossi. *Arch. ital. de biol.*, 1894, t. XXI.
(2) Keim. Soc. de biol., 8 oct. 1898.

III

Nous venons de passer en revue les différentes observations et diverses expériences qui ont été publiées sur l'influence du sucre, et nous avons vu qu'elles étaient toutes concluantes. Je dis toutes, car en somme les expériences de Stokvis confirment celles dans lesquelles Chauveau montrait que l'action du sucre ne se fait sentir que si le muscle a déjà accompli un certain travail.

Il faut donc reconnaître au sucre une grande valeur nutritive, et lui faire une place constante dans l'alimentation. On devra se souvenir en outre que ce pouvoir nutritif augmente dans certaines conditions précisées par Chauveau et que je rappelle : édification de tissus nouveaux, reconstitution des éléments anatomiques d'un organisme épuisé.

La première condition s'applique à l'alimentation des enfants. Va-t-il donc falloir bourrer les enfants de sucreries ? Non pas ; en leur conservant leur alimentation normale, on est encore d'ailleurs en accord avec la théorie. En effet, Dastre (1) calculait « qu'en fixant à 5 p. 100 environ la quantité moyenne du sucre de lait que contient le lait de la femme on peut évaluer à 65 grammes par jour la quantité de lactose qu'ingère le nourrisson ». D'autre part, Pavy (2) trouvait que l'œuf frais (surtout le blanc) ne renfermait que du glucose qui disparaissait au fur et à mesure du développement de l'embryon. On voit donc que les enfants consomment naturellement assez de sucre pour subvenir à leurs besoins, et qu'il ne faut pas leur faire ingérer beaucoup de sucreries. On devra, à ce propos, se souvenir de ce que dit Ewald (3) : « L'absorption du sucre paraît ne pas se faire assez rapidement pour empêcher, après l'ingestion de grandes quantités, l'apparition de phénomènes de fermentation ; en effet, ceux-ci se produisent déjà chez l'homme sain, surtout chez les petits enfants et, à un degré encore bien plus marqué, chez les malades. »

Quant à l'introduction du sucre dans la ration des adultes et en particulier du soldat, j'ai eu l'occasion d'en parler dans un précédent article (4), où j'ai montré que le soldat français recevait à la rigueur une quantité suffisante de sucre.

Mais s'il n'est pas absolument indispensable d'augmenter la proportion de sucre de la ration actuelle, on peut néanmoins remanier un peu cette ration en faisant alors une plus large part au sucre. C'est l'opinion exprimée par M. le médecin-major Ricoux (5), et que nous acceptons tout à fait. « Si l'on propose, dit-il, de remplacer dans la ration du temps de paix une partie des hydrates de carbone insolubles que le soldat trouve dans le pain et les légumes sous forme d'amidon et de fécule, par un hydrate de carbone soluble, agréable au goût et rapidement assimilable comme le sucre de canne, nous répondrons que cette substitution ne peut avoir que des avantages. » D'ailleurs, ce serait en réalité augmenter la ration elle-même puisque le sucre favorise l'assimilation des autres aliments.

Une autre modification, déjà indiquée par la *Revue scientifique* (6), serait de « substituer le sucre à l'alcool ou au vin dans les diverses circonstances où l'on croit encore devoir en distribuer des rations ; car le sucre donne la même sti-

(1) Dastre. Soc. de biol., 23 fév. 1889.
(2) Analysé par Lépine, in *Rev. de méd.*, 1894, p. 831.
(3) Ewald. Loc. cit., p. 459.
(4) Drouineau. *Méd. moderne*, 24 déc. 1898.
(5) Ricoux. *Rev. d'hyg.*, mars 1899.
(6) *Revue scient.*, 26 nov. 1898.

mulation que l'alcool, mais sans aucun danger ». M. Cagny disait également : « Le soldat, comme l'ouvrier, consomme de l'alcool pour se donner des forces; supposons que dans l'armée, quelques expériences analogues aux miennes, soient faites par des officiers, des sous-officiers de bonne volonté, montrant qu'ils peuvent, même en supprimant un repas, et en consommant du sucre au lieu d'alcool, supporter les mêmes fatigues que les autres. Le résultat des ces expériences contribuerait toujours un peu à diminuer la force du préjugé qui fait considérer l'alcool comme un tonique. Peut-être que, parmi les soldats, il s'en trouverait quelques-uns qui ne prendraient pas le goût des spiritueux. »

J'avais dit aussi qu'on pourrait peut-être augmenter la quantité de sucre allouée au soldat les jours de marche et de manœuvre. Nous avons vu que Leistikow demandait également qu'on sucrât la boisson de marche.

Ceci se rapporte à la deuxième condition de Chauveau, reconstitution des éléments anatomiques d'un organisme épuisé.

Nous touchons là au point qui intéresse le plus particulièrement le médecin d'armée. Celui-ci devra se rappeler en effet qu'il possède, dans le sucre, un moyen de soutenir un individu épuisé par la fatigue, et de lui donner rapidement la force nécessaire pour tenter un nouvel effort, ce qui peut par exemple avoir une grande importance dans une bataille.

A ce propos, Leitenstorfer rapporte un mot du professeur Mœrkel qui disait, le 6 mars 1898, au Reichstag : Je crois, comme de Moltke, qu'à Gravelotte, les Poméraniens seraient arrivés une demi-heure plus tôt, s'ils avaient pu avoir du sucre.

Le médecin militaire devra se souvenir encore que le sucre peut momentanément calmer la faim. Leitenstorfer rappelle également que, pendant la guerre de 1870, des bataillons entiers, pénétrant dans des villages dépourvus de vivres, purent néanmoins se rassasier, et avec un succès surprenant, au moyen de réserves de sucre qu'on avait découvertes.

Le sucre servira aussi à apaiser la soif. Ce résultat est évidemment très surprenant, et pourtant toutes les observations concordent sur ce point. Leitenstorfer en donne l'explication suivante : la sécrétion salivaire, qui est augmentée par l'absorption du sucre, débarrasse rapidement la cavité buccale de ce goût sucré, et en même temps humidifie la langue et le voile du palais ; pendant ce temps il part de l'estomac une sensation calmante et apaisante qui dispense de boire de l'eau. On peut d'autre part rapprocher ce fait d'observation des expériences de Werechtchaguine et Nosenko qui ont trouvé que, sous l'influence de l'alimentation par le sucre, l'élimination de l'eau de l'organisme était notablement plus restreinte.

On s'est demandé si cette ingestion de sucre ne déterminait pas de la glycosurie. Or, dans toutes les expériences que j'ai citées, on n'a jamais noté ce passage dont les auteurs se sont pourtant souvent préoccupés. Cela d'ailleurs ne doit pas nous étonner. En effet d'après les résultats auxquels est arrivé notre camarade Maginelle (1), pour produire la glycosurie alimentaire chez l'homme sain, il faut lui faire ingérer du sucre en quantité considérable pour excéder la limite d'assimilation de l'organisme; il faut de plus lui présenter cette quantité en une seule fois ; approximativement la glycosurie chez l'homme sain n'apparaît guère au-dessous de 250 à 300 grammes.

(1) Maginelle. Th. de Lyon, 1892.

De ceci, nous pouvons tirer quelques notions sur les contre-indications du sucre. On ne devra pas l'employer, ou tout au moins ne le faire qu'avec modération, chez les individus atteints de lésions du foie ou des reins. De même les personnes ne se livrant à aucun travail musculaire, feront sagement de se priver d'une alimentation trop sucrée ; l'observation de Gwynn que nous avons rapportée plus haut est tout à fait typique à cet égard.

Une autre question qui devra également être mise à l'étude est celle de l'action différente des diverses espèces de sucre. Cette question a déjà préoccupé quelques auteurs ; c'est ainsi qu'en 1895 un médecin américain, le professeur Bartley, communiquait à la section de New-York de l'American Chemical Society un travail (1) sur la différence d'action du glucose et du saccharose. Il préfère ce dernier, à cause de la présence dans le glucose commercial de nombreux produits qui ne seraient pas inoffensifs. Il examine également la différence d'action du sucre de canne selon qu'il est cru ou cuit, et à ce propos il rapporte quelques observations de malaises dus à l'ingestion de ce sucre cuit qui ne se produisaient pas lorsque les personnes mangeaient le même sucre cru.

Il y a dans cet ordre d'idées toute une série d'expériences très intéressantes à entreprendre.

En résumé nous croyons que la conclusion qui se dégage de cette étude est la suivante : l'hygiéniste doit savoir faire une large place au sucre dans l'alimentation des travailleurs; le médecin d'armée doit se rappeler que le sucre peut lui permettre de soutenir momentanément et accidentellement les forces de ses soldats surmenés.

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (2).

Par le docteur A. Corlieu.

Le lundi 19 juin 1651, à deux heures de l'après-midi, tous les docteurs ayant été convoqués et la réunion étant très nombreuse, la Faculté a décidé qu'il fallait non seulement observer le décret rendu le vendredi 12 mai, à savoir que nul docteur ne devait accepter de consultations avec les médecins étrangers, ni avec ceux qui pratiquent illicitement, mais encore, afin de n'avoir aucun prétexte pour ne pas s'y conformer, de forcer chaque docteur à prêter serment entre les mains du doyen et à signer sur le registre des Commentaires...

Le 12 juin 1651 (f° 457), la Faculté rendit le décret suivant :

Décret de la Faculté de médecine de Paris défendant que les étudiants en médecine, que les médecins libres ou que les remèdes, quels qu'ils soient, puissent recevoir l'approbation d'un docteur quelconque, sans la permission de toute la Faculté.

« L'an 1651, le lundi 12 juin, on entendit les observations de Me Paul Courtois (3), docteur en médecine et censeur, par lesquelles il était avéré qu'à Paris, pour le grand malheur de la France, se trouvent des gens qui, sans aucune connaissance de la médecine, mais avec une grande prudence pour eux et pour les leurs, cherchent une certaine renommée en vendant sous de faux noms des remèdes qu'ils

(1) Bartley. *New-York Med. Journ.*, 20 avril 1895.
(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1898, p. 909.
Nous avons passé avec intention les folios 453 à 457 qui traitent de questions étrangères à la Faculté de médecine. Elles sont relatives à la nomination du trésorier (*procurator fisci*) de l'Université.
(3) Reçu docteur le 17 décembre 1644, décédé le 4 avril 1688.

qualifient de secrets, après avoir obtenu, soit par prière, soit à prix d'argent, des lettres de quelques docteurs de notre École, dont ils abusent comme d'une approbation de toute la Faculté, pour témoigner de leur savoir et de l'excellence de leurs remèdes. Quelques docteurs ont donné leur approbation à des ouvrages de médecine, ou bien indignes de voir le jour, ou qui n'auraient pas dû obtenir une recommandation que donnent généralement des hommes graves et savants : de sorte qu'il arrive que, par la faute de quelques-uns, le peuple crédule et imprudent impute cette faute à toute la corporation; la Faculté de médecine ayant mis l'affaire en délibération, est d'avis de rétablir la décision de Jean Fernel en 1554, sur l'exécution de ce décret et de ne pas s'écarter de l'épaisseur d'un ongle de cette antique discipline, dont elle avait toujours été très scrupuleuse observatrice; d'un accord unanime, elle décida qu'il ne serait au pouvoir d'aucun docteur, pas même du doyen, d'approuver aucun remède particulier, trochisques, pilules, poudres, opiats, fumigations, sans l'avis de toute la Faculté. Elle a soin aussi (f° 458) qu'à l'avenir aucun docteur, soit par faveur, soit par complaisance, soit pour tout autre motif, ne donne son avis sur aucun livre de médecine, sur aucun étudiant sous le rapport de l'érudition ou de l'aptitude à l'exercice de la médecine, sans l'autorisation et la permission de toute la Faculté. Si, après la permission et l'examen, l'autorisation est accordée, le témoignage sera confirmé par l'apposition du sceau qui est entre les mains du doyen. Tout docteur qui agira autrement sera passible d'une amende fixée par la Faculté. Et afin que nul docteur n'ignore ce qui a été établi aujourd'hui, la décision sera imprimée et distribuée à chaque docteur par le bedeau. Fait dans les Écoles supérieures de médecine de l'Académie de Paris, l'an, mois et jour ci-dessus.

Signé : GUY PATIN, doyen.

Le vendredi 11 août, à deux heures de l'après-midi, la Faculté fut convoquée, et le doyen lui fit savoir qu'il avait obtenu de Me Jean Courtois, recteur, et des quatre procureurs des nations, la remise d'une somme de huit cents livres tournois pour le traitement annuel de nos quatre professeurs, somme prise sur les fonds de l'Académie, qui nous sera distribuée à la Saint-Remi et que nous recevrons pour la première fois en 1652 (1). Les quatre garanties de cette concession faite à notre corporation ont été remises entre mes mains par les quatre procureurs des nations. Bien que les termes fussent un peu différents, le fond était le même. Mais pour que la discussion de cette affaire difficile et embarrassée n'occupât pas plus longtemps et ne retardât pas nos docteurs pour savoir si nous devions accepter ce don d'une somme si minime, ou s'il y avait quelques conditions, la Faculté pensa qu'il fallait choisir seize membres, d'après l'avis du doyen, pour discuter cette affaire avec le doyen et le censeur. S'il survenait quelques difficultés au milieu de la discussion, c'est par le doyen qu'elles pourraient être aussitôt résolues, à cette condition que le doyen en référera ensuite à la Faculté de la décision des seize docteurs choisis.

2° Me Claude Tardy (2) avait écrit des commentaires sur les livres d'Hippocrate touchant l'accouchement à sept et à huit mois (*Commentarii in libros Hippocratis de septimestri et octomestri partu*) : bien que ce livre ait été approuvé par quatre docteurs parmi lesquels était le doyen, Me Guy Patin, la Faculté a décrété que cet ouvrage serait examiné (f° 459) par les membres les plus habiles et les plus savants de la confrérie, dont voici les noms : Mes Jacques Perreau, Ant. Charpentier, Gilbert Puylon, François Blondel et Jean Piètre avec le doyen et le censeur.

3° Sur une plainte du doyen à la Faculté relativement à Me Jean Chartier (1), docteur en médecine, qui avait composé et fait imprimer un livre français sur l'antimoine, sans l'approbation de la Faculté, elle décida qu'il serait averti par le doyen de ne pas faire de nouvelle édition, sans en avoir obtenu la permission et l'approbation de la Faculté, toutefois après le rapport des sept docteurs que la Faculté a désignée ci-dessus pour l'examen de l'ouvrage de Claude Tardy, docteur en médecine. S'il en arrivait autrement, la Faculté serait convoquée par serment pour l'en informer.

4° Il a été demandé par quelques-uns, sur la proposition du censeur Me Paul Courtois (2), si l'on pourrait consulter avec un nommé Lemonon et avec un autre nommé Dufour, dont l'un se disait médecin du duc de Longueville et l'autre, médecin du duc de Vendôme. La Faculté répondit qu'on ne pouvait consulter avec eux en dehors du domicile de ces princes du sang royal.

Ainsi conclu par le doyen. (*A suivre.*)

(1) Primitivement, les professeurs étaient payés par les élèves. En 1567, il n'y avait que deux professeurs et ils recevaient chacun 30 écus sol., environ 90 livres, payés par la Faculté. Le 7 novembre 1579, les honoraires furent réduits à 20 écus, par pénurie du numéraire. Le 27 janvier 1581, ils remontèrent à leur chiffre précédent, 30 écus. Ce n'est qu'à partir du 28 août 1651 que l'Université versa annuellement une somme de 800 livres pour les quatre professeurs. Un contrat fut passé à cet effet le 10 mars 1654. (Voir CORLIEU. *L'ancienne Faculté de médecine*, 1877, p. 145.)

(2) Docteur le 12 décembre 1645, décédé le 23 décembre 1670.

(1) Docteur le 11 août 1634, décédé en juillet 1662.

(2) Reçu docteur le 17 décembre 1644, décédé le 4 avril 1688.

FORMULAIRE

Topique aux essences pour le traitement des brûlures.
(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

Retinol ou vaseline		100 grammes.
Essence de thym	*ââ*	25 centigr.
— d'origan	*ââ*	25 centigr.
— de verveine	*ââ*	25 centigr.
— de géranium	*ââ*	25 centigr.
Naphtol de soude (microcidine)		1 à 3 grammes.

(*Journ. des prat.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La fièvre typhoïde à Paris en juillet et août 1899. — M. Thoinot disait récemment à la Société médicale des hôpitaux : « La Vanne réclame pour sa part propre l'épidémie de 1894 et, semble-t-il aussi, la *recrudescence de* 1899. » Revenant aujourd'hui sur cette question dans les *Annales d'hygiène publique*, il montre que cette recrudescence est devenue *épidémie*.

Du 1er janvier au 15 juillet, la fièvre typhoïde a donné environ 1 500 cas *déclarés* dans la population civile. Depuis le 15 juillet il a été déclaré 585 cas civils. En y ajoutant les cas militaires dont M. le docteur Chauvel a donné le relevé au conseil d'hygiène de la Seine le 4 août dernier, on arrive à un total de plus de 650 cas déclarés à Paris.

M. Thoinot, se basant : 1° sur la répartition des cas dans Paris, suivant la distribution en eau de source; 2° sur l'état sanitaire des villes témoins; 3° sur la comparaison de la manifestation de 1899 avec celle de 1894, montre que l'eau de la Vanne est *responsable* de cette épidémie.

Des chiffres fort instructifs donnés par M. Thoinot, retenons surtout ceux qu'il emprunte à M. Chauvel qui a constaté pour la population militaire que 154 *cas* sur 177, en juin, étaient sur le territoire de la Vanne. A côté de cet exemple il cite l'état sanitaire de deux villes : *Nonancourt*, dans l'Eure, qui boit l'eau de l'Avre empruntée à la canalisation parisienne, n'a pas eu de fièvre typhoïde; en revanche, *Sens* qui boit l'eau de la Vanne,

empruntée à la canalisation parisienne, a eu en 1899 42 *cas de janvier au 31 juillet*, dont 29 pour la population civile et 13 pour la population militaire.

Enfin, en 1894 comme en 1899, l'épidémie débute à Paris et à Sens simultanément. Dans ces deux épidémies, il existe une localisation prédominante dans les quartiers alimentés en Vanne et on constate l'indemnité ou peu s'en faut des fractions militaires non alimentées en Vanne.

Le rôle de la Vanne n'est donc pas douteux, et il faut savoir gré à M. Thoinot de mettre le doigt sur l'une des plaies dont souffre la population parisienne.

Statistique. — Mortalité à Paris du 27 août au 2 septembre. Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 35e semaine, 919 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1019), mais encore un peu supérieur à la moyenne des semaines d'août (876). L'état sanitaire est donc satisfaisant. La fièvre typhoïde a causé 20 décès, au lieu de 28 et 32 pendant les deux semaines précédentes; la rougeole, 19, au lieu de la moyenne 2; la scarlatine, 3, chiffre identique à la moyenne; la coqueluche 2, au lieu de la moyenne 7, et la diphtérie 5, au lieu de la moyenne 8. Il n'y a donc pas eu de variole pendant les huit dernières semaines; la diarrhée infantile (athrepsie, etc.) présente une forte diminution. Elle a causé 94 décès de 0 à 1 an, au lieu de 137 pendant la semaine précédente et au lieu de 122, moyenne ordinaire de la saison. Il y a eu 8 suicides et 27 autres morts violentes.

La peste en Portugal. — Oporto, 6 septembre. La mission médicale française a confirmé aujourd'hui que la maladie qui règne à Oporto est la même que la peste qui sévit aux Indes. Jusqu'à présent, il y a eu 64 cas et 26 décès.

La mission a effectué des expériences sur les animaux et a commencé à traiter les malades par le sérum de l'Institut Pasteur.

Elle proteste contre le cordon sanitaire qui, tel qu'il est établi, n'est pas efficace pour protéger les pays voisins et dont le maintien aggraverait la misère et l'épidémie.

La mission se félicite de l'accueil qui lui a été fait par les autorités et par les médecins portugais.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 103. — MARDI 12 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 12 SEPTEMBRE 1899. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Paris, le 11 septembre 1899.

La Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, qui s'est tenue la semaine dernière à Bruxelles, sous la présidence de M. Lejeune, ministre d'État, a réuni une affluence exceptionnelle de membres belges et étrangers, parmi lesquels on remarquait les personnalités les plus considérables des diverses écoles de syphiligraphie :

Le professeur Fournier, MM. Besnier, Hallopeau, Barthélemy, Jullien, Thibierge, Le Pileur, Verchère, Commenge (de Paris), le professeur Augagneur (de Lyon), Perrin et Mireur (de Marseille), Petersen et Stürmer (de Saint-Pétersbourg), Kaposi et Finger (de Vienne), Hutchinson, Ogilvie et Drysdale (de Londres), Saundby (de Birmingham), Lassar, Blaschko et Lesser (de Berlin), Neisser (de Breslau), Wolff (de Strasbourg), Kromayer (de Halle), Ehlers (de Copenhague), von Dühring (de Constantinople), Tommasoli (de Palerme), et de très nombreux médecins belges parmi lesquels MM. Dubois-Havenith, Desmedt, Bayet et Verhoogen.

Parmi les nombreux fonctionnaires et délégués des États et municipalités : MM. Labusquière, professeur Debierre, docteur Chauvel, docteur Auffret, etc.

Pour la première fois on a vu, dans une assemblée internationale, des hommes d'opinion absolument opposée, les réglementaristes et les abolitionnistes, discuter la réglementation de la prostitution et venir exposer à la tribune leurs convictions basées sur une longue pratique médicale et sur des statistiques patiemment édifiées.

Nos lecteurs trouveront plus loin le résumé de plusieurs importants rapports. Constatons dès maintenant le grand et très légitime succès de la conférence. Si la question de la réglementation de la prostitution n'a pu être tranchée, au cours de la discussion, tous les hommes de bon sens ont compris que cette première conférence dissiperait bien des préventions entre les réglementaristes et leurs adversaires.

C'est ainsi qu'ont été admis à l'unanimité la proposition suivante du professeur Fournier :

La conférence internationale réunie à Bruxelles émet le vœu que les gouvernements usent de tous leurs pouvoirs en vue de la suppression absolue de toute prostitution des filles en état de minorité civile, — et un vœu demandant aux gouvernements l'institution d'un enseignement sérieux et obligatoire des maladies vénériennes dans toutes les Universités.

Avant de se séparer la conférence a voté, sur l'initiative de M. le professeur Fournier, la création à Bruxelles d'une *Société internationale d'hygiène sanitaire et morale*, qui publiera des archives trimestrielles et convoquera dans quatre ans une nouvelle conférence.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE

POUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES

DANGER SOCIAL DE LA SYPHILIS

Par M. le professeur FOURNIER.

La syphilis constitue un danger social à quatre points de vue principaux :

1° De par les dommages individuels qu'elle inflige au malade ;

2° De par les dommages collectifs qu'elle inflige à la famille ;

3° De par les conséquences héréditaires qu'elle comporte, notamment de par l'effroyable mortalité dont elle menace les enfants ;

4° De par les dégénérescences, l'abâtardissement qu'elle peut imprimer à l'espèce.

Chacune de ces propositions exige des preuves, et ces preuves les voici :

I. DOMMAGES INDIVIDUELS. — La syphilis est pour l'individu une maladie sérieuse, importante, grave, parfois même très grave. Les manifestations, incroyablement multiples et diverses de la syphilis, se divisent naturellement en deux groupes. Les unes ne sont que bénignes, tout au moins superficielles et passagères : les autres au contraire sont plus ou moins importantes. Elles intéressent profondément les tissus, elles sont parenchymateuses, désorganisatrices, ulcératrices, sclérosantes, destructives en un mot.

Le tertiarisme, voilà l'ordre d'accidents qui constitue la gravité ordinaire de la syphilis. Voilà ce qui fait de la syphilis une maladie dangereuse, menaçante, mortelle parfois, et même bien plus souvent mortelle qu'on ne l'a cru jusqu'ici et que ne le croient surtout les gens du monde. Voilà donc aussi ce qui s'impose à notre étude en vue du sujet spécial qui nous occupe actuellement.

Eh bien, relativement au tertiarisme, qui comprend la quasi-totalité des dangers individuels de la syphilis, deux questions se présentent à envisager, à savoir :

1° Quelle est la fréquence des éventualités tertiaires de toutes formes et de toutes échéances?

2° Que sont ces accidents dits tertiaires, et, notamment, quelle est la fréquence des plus menaçants, des plus graves?

Examinons ces deux points :

On ne peut qu'être bref sur le premier point. En effet déterminer dans quelle proportion de fréquence la syphilis aboutit au tertiarisme est un problème actuellement non résolu, voire peut-être à jamais insoluble.

En tout cas, il n'est que trop certain par expérience que le tertiarisme est commun, absolument commun, et cela dans l'un et l'autre sexe, et cela dans toutes les classes de la société.

A la double question du second point répond la statistique. Cette statistique dénonce la gravité et le nombre des accidents cérébraux syphilitiques. Après la peau, c'est le cerveau et la moelle qui sont le plus fréquemment touchés par la syphilis; le système nerveux est la victime préférée du tertiarisme.

Et ce n'est pas tout, car voici maintenant une seconde considération bien mieux faite encore pour surcharger et assombrir le pronostic en question.

Cette considération résulte de l'avènement, sur la scène de la syphilis, du groupe des affections dites parasyphilitiques. Quelques mots d'explication à ce sujet.

Il est actuellement reconnu que certaines affections, qui s'observent avec une très notable fréquence sur les sujets syphilitiques, sont les conséquences de la syphilis sans être syphilitiques autrement que d'origine. Elles sont issues de la syphilis, elles reconnaissent la syphilis pour cause, mais sans être pour cela syphilitiques de nature.

Or, du jour où la syphilis s'est doublée de la parasyphilis, on peut dire que son pronostic s'est accru de gravité dans une proportion considérable. La syphilis, certes, était déjà grave par elle seule ; elle est devenue bien plus grave par cette annexion de la parasyphilis. Et cela pour trois raisons qu'il est essentiel de spécifier, à savoir :

1° *Fréquence de ces affections parasyphilitiques.* — Ainsi, à ne parler que d'une seule (à la vérité la plus fréquente de toutes), le tabes est absolument commun chez les sujets syphilitiques. Dans la statistique précitée, il figure au troisième rang comme degré de fréquence entre tous les accidents tertiaires, et cela pour le chiffre considérable de 631 cas sur 4400 malades.

2° *Gravité propre de la plupart de ces affections parasyphilitiques.* — Dire que la neurasthénie, la leucoplasie buccale, la paralysie générale et le tabes constituent les principaux types de ce groupe, sera en spécifier suffisamment le pronostic.

3° *Faillite du traitement spécifique vis-à-vis de ces affections d'ordre parasyphilitique.* — C'est qu'en effet ces dernières sont bien loin de se laisser influencer par le mercure et l'iodure à la façon des affections syphilitiques vraies. Contre la syphilis vraie, nous sommes armés et même bien armés, tandis que nous sommes à peu près désarmés contre la parasyphilis. Or, cette considération pronostique n'est pas certes à dédaigner pour la question qui nous réunit actuellement ici. Qu'on veuille bien l'estimer à sa juste valeur dans l'intérêt de la prophylaxie.

II. Dangers intéressant la famille. — Relativement à la famille, le danger social de la syphilis réside en ces trois points :

Contamination de la femme;

Désunion, voire dissolution du mariage;

Ruine matérielle de la famille par incapacité de son chef.

Examinons chacun de ces points.

1° Le premier péril importé dans le mariage par la syphilis du mari, c'est, tout naturellement, la contamination de la femme.

D'où résulte, comme conséquence, ce double fait, à savoir :

a. Que la femme devient exposée pour son compte à tous les risques individuels de la syphilis, risques identiques à ceux du mari, et que je n'ai plus à décrire, puisqu'ils nous sont connus par ce qui précède ;

b. Que les enfants destinés à naître de ce couple infecté seront exposés à la pire des hérédités, à savoir : l'hérédité mixte, laquelle est bien supérieure comme nocivité à l'hérédité exclusive d'un des deux conjoints. On sait, en effet, par expérience, que, des trois hérédités qui menacent le fœtus (hérédité paternelle, hérédité maternelle et hérédité mixte), cette dernière est de beaucoup la plus malfaisante et la plus meurtrière.

Or — question capitale en l'espèce — la femme mariée est-elle souvent contaminée dans le mariage (cela, bien entendu, du chef de son conjoint, toutes contagions d'autre origine restant hors de cause)?

Eh bien, oui, certainement oui, il est absolument commun que la femme mariée, l'honnête femme, soit conjugalement infectée de syphilis, — et cela de telle des trois façons suivantes : soit que cette infection dérive d'une syphilis maritale antérieure au mariage (ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent), soit qu'elle dérive d'une syphilis maritale contractée *post nuptias*, soit enfin qu'elle procède d'un fœtus héréditairement infecté par le père.

2° La syphilis a encore pour conséquence fréquente la désunion et la dislocation des ménages. Ces germes de ressentiment et de désunion une fois introduits dans un ménage, on conçoit aisément quelles peuvent en être les conséquences, à savoir : rupture du lien conjugal, avec toutes les misères sociales qui en sont les résultats usuels, tels que : séparation effective des époux, sous les apparences conservées du mariage ; et alors, adultère constant du mari, adultère possible de la femme, etc., — ou bien, séparation vraie, soit amiable, soit judiciaire, — ou bien, enfin, divorce.

3° Un troisième danger est maintes fois introduit au foyer conjugal par la syphilis du mari. Et ce danger n'est autre que la ruine de la famille ; la ruine de la famille de par la maladie, l'incapacité ou la mort de son chef naturel, de celui qui doit être le soutien de cette famille, de celui qui a charge des intérêts matériels de la communauté.

Cela, encore, n'est qu'une conséquence toute naturelle de l'évolution morbide propre à la syphilis.

De sorte que, très souvent, c'est l'homme mûr qui expie les péchés du jeune homme, et la dette en question peut être lourde. Elle peut consister en un accident susceptible de compromettre un organe important, un système essentiel, voire de menacer la vie. Cet accident, en effet, peut être une syphilis cérébrale ou une syphilis médullaire, ou bien une ophtalmie profonde, ou bien un tabes, ou bien une paralysie générale. Et de là, comme résultat définitif, possibilité d'un trouble fonctionnel grave, très grave, voire permanent

et irrémédiable, tel qu'infirmité musculaire constituée par une hémiplégie, une paraplégie, une monoplégie ou bien infirmité sensorielle (cécité, surdité), ou bien encore déchéance intellectuelle, etc.

Et alors, de par l'incapacité de son chef, voici la famille en détresse, à moins qu'elle ne dispose (chose rare) d'un patrimoine qui lui permette de vivre sans le travail du mari. En tous cas, la voici tombant du coup dans la gêne et la misère.

III. Conséquences héréditaires. — En troisième lieu, la syphilis constitue un danger social par les conséquences héréditaires qu'elle comporte, notamment par l'effroyable mortalité dont elle menace les enfants.

Conséquences héréditaires, voilà par excellence le danger social de la syphilis. Ces conséquences, il n'est qu'un mot pour les qualifier. Elles sont épouvantables, et ce mot ne sera que trop légitimé par ce qui va suivre.

Oh ! sans doute, ces conséquences héréditaires ne sont pas fatales, inéluctables. Car, s'il en était ainsi, la syphilis serait le plus actif de tous les facteurs de dépopulation.

Son influence héréditaire peut être contrebalancée, amoindrie, voire annihilée par le traitement spécifique. Aussi bien, est-il absolument commun de rencontrer des sujets qui, bien que syphilitiques, ont engendré des enfants sains, bien portants, et indemnes de toute tare.

Mais, insuffisamment traitée, ou, *a fortiori*, abandonnée à son évolution propre, la syphilis se montre singulièrement nocive pour les jeunes, nocive de bien des façons, et bien souvent aussi nocive jusqu'à la mort. On a dit qu'elle « tuait les jeunes par hécatombes », et le mot n'a rien d'exagéré. Reste à ajouter seulement qu'elle se réserve de les tuer à divers âges. Ainsi :

Elle les tue le plus souvent dès les premiers mois de la conception. De là, l'avortement syphilitique, célèbre par sa fréquence.

Elle les tue souvent aussi à une époque plus avancée de grossesse, à savoir, dans les derniers mois de la gestation. De là l'accouchement prématuré, encore éminemment commun.

Elle les tue à leur naissance. Que d'enfants hérédo-syphilitiques ne voient le jour que pour mourir après quelques heures !

Elle les tue, et cela avec une fréquence connue de tous, dans leurs premières semaines. D'autres fois encore, elle les laisse vivre un certain temps pour les tuer à long terme par quelque lésion relevant de ce qu'on a appelé la syphilis héréditaire tardive, plus commune, infiniment plus commune, qu'on ne le croit généralement, parce qu'elle est souvent méconnue.

Un second fait, non moins essentiel à noter, est que très fréquemment, cette action meurtrière de la syphilis se poursuit, s'entretient, se continue sur toute une série de grossesses. Ainsi, rien n'est plus commun que de rencontrer des familles où, du fait, et du fait exclusif de la syphilis, il s'est produit toute une série de fausses couches, par exemple, deux, trois, quatre. Sans parler même de ces cas, naturellement plus rares, où l'on a vu des avortements se succéder en série, suivant le terme consacré, jusqu'au nombre de cinq, six, sept, huit, neuf, dix, onze, douze, et même au delà.

De même, il est absolument commun de rencontrer des familles syphilitiques où, sans parler des avortements, plusieurs enfants venus à terme (ou presque à terme) ont succombé à divers âges, et, le plus souvent, dans le tout jeune âge, du fait incontesté de la syphilis. C'est par milliers qu'on produirait les cas où la syphilis a tué de la sorte deux, trois, quatre, cinq enfants dans une même famille. Nombreux encore à citer seraient les cas où l'on a vu le quotient des décès s'élever plus haut et bien plus haut dans certaines familles.

Il est, en outre, acquis par la statistique que, quant à la provenance, l'hérédité paternelle est celle qui se traduit par la mortalité moindre ; l'hérédité maternelle, infiniment plus dangereuse, comporte une mortalité plus que double de la précédente.

Les autres troubles dystrophiques constituent des modalités d'ordre général qui portent sur tout l'être, qui l'affectent d'ensemble et dans toutes ses parties.

D'autres enfin, infiniment plus rares et malaisément définissables, se caractérisent par l'excès même de la dystrophie, par l'exagération de l'anomalie et constituent des monstruosités.

IV. Abatardissement de l'espèce. — Très positivement, l'influence hérédo-syphilitique aboutit en maintes occasions à constituer les sujets auxquels elle permet de vivre à l'état d'êtres infériorisés, décadents, déchus, abâtardis à des degrés divers et sous des formes diverses. Très certainement elle constitue, par rapport à l'espèce, ce qu'il est très légitime d'appeler des dégénérescences.

Ce n'est pas tout encore, car cela dit sur les déchéances individuelles, surgit tout aussitôt une question connexe qui s'impose : Quelle sera la descendance de ces sujets ainsi dystrophiés ? Cette descendance subira-t-elle ou non l'influence de l'hérédité syphilitique ?

Tout d'abord, pour certains cas, ladite descendance n'existera même pas, n'aura même pas la possibilité d'être. La stérilité, en effet, est le résultat forcé de certaines dystrophies, telles que dystrophies testiculaires de divers ordres, dystrophies utérines ou ovariennes, malformations génitales, infantilisme, idiotie, etc.

Mais, quand elle existera, quelle sera-t-elle, cette descendance ?

De par des exemples nombreux à l'infini, elle pourra être normale et indemne de tares héréditaires. C'est même là, je crois, le fait usuel. Mais il est non moins avéré que les enfants des hérédo-syphilitiques peuvent porter l'empreinte de leur tare originelle. Il est non moins avéré que la syphilis du grand-père peut se traduire sur le petit-fils par tel ou tel stigmate dystrophique (du côté du squelette ou des yeux, par exemple). En sorte que, bien certainement, il existe, comme conséquence de la syphilis, une hérédité dystrophique de seconde génération.

En tout cas et quelque réserve qui nous soit imposée dans une question à la fois aussi neuve et aussi complexe, il est un fait qui d'ores et déjà doit être considéré comme acquis, définitivement acquis et d'une authenticité indéniable : ce fait, important entre tous, c'est l'action meurtrière qu'est capable d'exercer sur le fœtus l'influence hérédo-syphilitique.

A la façon de la syphilis, l'hérédo-syphilis peut réagir sur le fœtus de la façon la plus nocive. A la façon de la syphilis, elle constitue très certainement une prédisposition à l'avortement, comme à la naissance d'enfants morts ou destinés à une mort rapide.

Tel est le bilan de la syphilis comme nocivité vis-à-vis de l'individu, de la famille, de l'enfant et de l'espèce, et tels sont les dangers sociaux qu'elle comporte.

En résumé :

La syphilis est un fléau social en raison des dangers multiples qu'elle comporte, dangers menaçant à la fois et l'individu, et la famille, et les enfants, et même les enfants de ces enfants.

Il n'est pas d'exagération à ajouter qu'elle constitue un facteur actif de dépopulation et qu'elle lèse ainsi les intérêts de la patrie.

Elle a accès dans tous les milieux sociaux, voire jusque dans les milieux les plus honnêtes, où on ne supposerait pas qu'elle pût jamais pénétrer. Avec l'alcoolisme et la tuberculose elle constitue ce qu'on a appelé « la triade des pestes contemporaines ».

Puisqu'il s'est organisé, de nos jours, contre la tuberculose et l'alcoolisme deux croisades qui seront un honneur pour notre siècle, il serait bien temps, en vérité, qu'une ligue de même ordre se constituât contre la syphilis. La société a bien le droit de s'armer en guerre contre une pareille ennemie et de la combattre par tous les moyens dont elle dispose.

La société trouve dans la multiplicité et la haute gravité des dangers dont la menace la syphilis le droit légitime — incontestable, à mes yeux — de se défendre contre elle par des mesures de prophylaxie publique.

Relativement à ceux qui s'exposent de plein gré à la syphilis, l'intérêt général est de chercher à les protéger, alors même qu'ils pourraient plus surement se protéger eux-mêmes, et cela parce c'est d'eux que procède la syphilis de ceux qui ne s'exposent pas.

Enfin relativement à ceux que la syphilis menace sans qu'ils s'y exposent, la société a charge de les protéger par le fait même qu'ils sont incapables de se protéger eux-mêmes. Elle a charge de défendre contre la syphilis les intérêts sacrés de l'honnête femme, de la famille, de l'enfant, voire, dirai-je, de l'enfant à naître. A ce titre, donc, elle n'a pas seulement le droit de se défendre contre la syphilis comme elle l'entend; elle en a aussi, très certainement, l'obligation, le devoir.

DANGER SOCIAL DE LA BLENNORRAGIE

Par M. le professeur Neisser (de Breslau).

Après la rougeole, la gonorrée est peut-être la maladie la plus répandue:

Dans les armées 15 à 32 p. 1000, parmi les étudiants de Breslau 86,7 p. 1000 (contre 12,5 p. 1000 de chancre mou et 20,4 de syphilis).

La gonorrée n'est dangereuse que par ses complications: stérilité, neurasthénie, hystérie, sans parler des inflammations des organes génito-urinaires et des maladies des articulations, du cœur, des vaisseaux, du système nerveux, des organes des sens, du rectum.

Comme la syphilis, la blennorragie frappe les innocents, les maris infectent leurs femmes, les parents contaminent leurs enfants. A ce sujet, disons que le procédé de Crédé (instillations de nitrate d'argent dans les yeux) devrait être employé chez tous les nouveau-nés.

L'importance sociale de la gonorrée est considérable par la stérilité qu'elle entraîne, par la perte de temps qu'elle occasionne. La gonorrée est donc un danger social qui nécessite l'attention la plus sérieuse de la part des hommes responsables du bien public.

Si nous étions désarmés devant la gonorrée et sa propagation, il faudrait bien en prendre son parti. Mais nous savons qu'il est possible de combattre cette affection, dont la propagation est restreinte à la contagion directe. Si personne ne se flatte de supprimer complètement cette maladie, il n'y a cependant aucun doute que, par l'emploi intégral de toutes nos connaissances sur la gonorrée, nous ne puissions diminuer de beaucoup sa propagation et restreindre considérablement ses conséquences les plus graves.

Le premier pas dans la voie de l'amélioration consiste à apprendre au public les dangers et la signification des maladies vénériennes. Si le public et les médecins utilisaient seulement les données de la science au sujet de la gonorrée, la protection individuelle serait plus efficace que toutes les prescriptions légales et administratives ; par cela seul le danger social de la gonorrée serait considérablement amoindri et la propagation de cette maladie sérieusement entravée.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

De la valeur de la réaction diazoïque dans diverses maladies, chez les enfants. — La réaction diazoïque d'Ehrlich consiste, comme on sait, en la coloration rosée ou rouge pourpré des urines et surtout de la mousse formée par l'agitation des urines lorsque l'on y ajoute un réactif spécial formé : 1° d'un mélange de cinq parties d'acide sulfonilique, de 50 parties d'acide chlorhydrique pur pour 1 litre d'eau; 2° d'une solution aqueuse d'acide azotique azoteux à 0,5 p. 100. Pour obtenir le réactif diazoïque d'Ehrlich on prend 50 centimètres cubes du premier mélange et 1 centimètre cube de la deuxième solution ; dans un tube contenant de l'urine on ajoute du réactif d'Ehrlich en volume égal à celui de l'urine et, de plus, de l'ammoniaque liquide (1/8 du volume de l'urine).

Plusieurs auteurs ont constaté que cette réaction se produit dans certaines affections et fait défaut dans d'autres, et lui ont attribué une valeur diagnostique très considérable : ainsi par exemple elle permettrait le diagnostic entre la rougeole et la rubéole (existe dans la première et fait défaut dans la deuxième), entre la fièvre typhoïde et les entérites gastro-intestinales fébriles. M. J. Vinokurov a examiné la valeur de cette réaction dans 143 cas d'affections diverses chez les enfants et il a constaté que chez les enfants comme chez les adultes la réaction d'Ehrlich est presque constante dans la fièvre typhoïde (86 fois sur 88) et ne s'observe jamais dans les gastro-entérites fébriles. Cette réaction est surtout marquée au deuxième septenaire, puis diminue d'intensité et disparaît à la période des oscillations descendantes ; la réaction réapparaît s'il y a une récidive. Il faut dire qu'elle peut se montrer, chez le même malade, d'une façon intermittente, sans que cette intermittence soit en rapport apparent avec la marche du processus morbide ni avec les modifications de l'état général.

L'intensité de la réaction est généralement sans rapport avec l'intensité de la fièvre chez le même malade : elle peut être très marquée alors que la température est relativement peu élevée et bien moindre au contraire quand la fièvre est vive. L'auteur a également noté assez fréquemment la présence de la réaction diazoïque dans la pneumonie fibrineuse (9 fois sur 12) sans pouvoir relever son rapport avec l'intensité du processus ; par contre, elle a toujours fait défaut dans la pneumonie post-grippale qui évolue chez les enfants d'une façon assez grave, et dans la grippe. (M. Vinokurov a également examiné les urines des malades au

point de vue de la diazoréaction dans plusieurs autres maladies, mais là, ses observations portent dans chaque groupe morbide sur un nombre trop restreint de cas pour lui permettre d'en tirer des conclusions.)

En terminant, l'auteur conclut qu'en ce qui concerne la valeur pronostique de la diazoréaction, il faut, pour pouvoir l'établir d'une façon péremptoire, établir d'abord nettement les conditions sous l'influence desquelles cette réaction, tantôt se montre et tantôt fait défaut, malgré l'aspect clinique en apparence identique de deux affections distinctes. (*Dietskoïa Meditzina*, 1899, p. 2.)

Laryngite hémorragique typhique. — M. E. Blumenau relate un cas rare de laryngo-typhus hémorragique, présentant de plus un intérêt clinique à un autre point de vue encore.

Une jeune femme entra à l'hôpital pour des troubles laryngés (aphonie, douleurs laryngées) et la faiblesse générale survenue à la suite d'un refroidissement et d'un rhume. A son examen on trouva quelques râles aux poumons, la rate légèrement hypertrophiée, température 38°8. L'examen laryngologique dénota de l'hyperémie de la muqueuse et une petite ulcération sur chacune des cordes vocales. On diagnostiqua donc une laryngite probablement post-grippale. Au sixième jour survint une sueur critique et la température toucha à la normale. Mais les troubles laryngés ne s'amendèrent pas et trois ou quatre jours plus tard la température s'éleva de nouveau, atteignant 39-39°5 et présenta nettement le caractère descendant d'une température au troisième septenaire d'une fièvre typhoïde; quelques taches rosées se montrèrent dans le dos, la rate devint appréciable à la palpation et la réaction de Widal donna un résultat positif. On était donc en présence d'une fièvre typhoïde, à forme presque ambulatoire puisque la malade n'était entrée à l'hôpital qu'à cause des troubles laryngés. Par contre les phénomènes du côté du larynx devenaient de plus en plus sérieux, l'expectoration, d'abord muco-purulente, était par moment sanguinolente, il y avait en outre des accès de suffocation. A l'examen laryngoscopique fait trois semaines après la nouvelle ascension thermique, on constata que l'hypérémie laryngée était beaucoup plus grave qu'au début et que des caillots sanguins se trouvaient tout le long de la face supérieure des cordes vocales et sur une ulcération au niveau de la région interarythénoïdienne. L'expectoration continuait à être mélangée de sang. Le traitement local (pulvérisations astringentes, applications de glace) resta sans aucun effet tant que le processus typhique général ne commença à diminuer : avec la disparition de la fièvre et des troubles généraux disparurent aussi peu à peu tous les troubles laryngés.

Au moment où ces derniers étaient à leur summum, l'auteur avait pratiqué, avec les précautions d'usage, des ensemencements des divers milieux de cultures avec le produit de sécrétion des ulcérations laryngées, détergées des croûtelles sanguinolentes. Ces ensemencements permirent d'isoler le bacille d'Éberth en culture pure, ce qui établit nettement le caractère spécifique de la laryngite. A l'occasion de cette observation, M. Blumenau s'élève contre la tendance de certains auteurs d'isoler la laryngite hémorragique en une forme particulière. Il croit qu'il s'agit dans tous ces cas d'une laryngite aiguë inflammatoire où des causes spéciales provoquent des effusions sanguines à la surface de la muqueuse laryngée. Ces causes peuvent être d'ordre local (dessèchement des mucosités, formation de croûtelles et leur arrachement pendant la toux, ou bien encore, altération des parois vasculaires, sous l'influence de l'inflammation locale) ou d'ordre général. Parmi les causes générales, on a signalé la grossesse, les époques menstruelles et les maladies générales qui peuvent s'accompagner d'altération des vaisseaux et du sang (fièvre typhoïde, malaria, syphilis, néphrite, etc.). Dans le cas de l'auteur deux causes favorisaient la production des hémorragies laryngées, la grossesse et la fièvre typhoïde. (*Wratch*, 1899, n° 21.)

Traitement de la fistule consécutive à la trachéotomie. — Le traitement de ces fistules est souvent loin d'être aussi simple et aussi facile qu'on pourrait le croire *a priori*; la gangrène des lambeaux constitue la cause la plus fréquente de l'échec des interventions. Le professeur Veliaminov a dans deux cas obtenu la réunion parfaite des lèvres de la fistule en procédant de la façon suivante :

Après avoir décollé par la fistule les parties molles de la trachée, il a avivé les lèvres de la plaie musculo-cutanée, dans le sens longitudinal, et celles de la plaie trachéale, dans le sens transversal, en donnant aux deux avivements une forme ovalaire. La suture transversale de la trachée rend impossible le rétrécissement de ce conduit.

Dans les deux cas que l'auteur a ainsi opérés, il s'agissait de fistules consécutives à la trachéotomie faite il y a vingt-cinq ans chez une, et il y a trois ans chez l'autre malade ; chez la première la fistule laissait facilement passer le petit doigt, chez le deuxième malade elle avait le calibre d'une plume d'oie. Les deux opérés ont été examinés un an après l'opération; la réunion s'est faite par première intention. (Soc. méd. chir. de Saint-Pétersbourg, in *Wratch*, 1899, n° 15.)

S. BROÏDO.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la sciatique aiguë par des compresses d'eau chaude.

Les compresses d'eau fraîche recouvertes d'une étoffe imperméable et la chaleur sèche sont fréquemment employées contre la sciatique à la période aiguë, mais l'usage des compresses imbibées d'eau chaude est beaucoup moins courant. Or, d'après l'expérience d'un médecin suisse, M. le docteur A. Siegrist (de Zurich), ce moyen donnerait des résultats particulièrement favorables.

Voici le procédé fort simple dont se sert notre confrère :

Le malade étant couché sur le côté de façon que la région atteinte soit bien à découvert, on applique sur les parties douloureuses un linge préalablement plongé dans l'eau à 50 ou 60 degrés et légèrement exprimé, qu'on recouvre d'abord d'une flanelle, puis de plusieurs couches de papier pour maintenir autant que possible la chaleur de la compresse. S'il s'agit de sujets trop sensibles, on interpose une flanelle entre la peau et la compresse. Dès que cette dernière s'est refroidie, ce qui se produit au bout de dix à quinze minutes, on la change et on continue ainsi durant une à deux heures. Les séances de ce genre sont répétées trois ou quatre fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, on obtiendrait souvent en quelques jours la guérison de la sciatique aiguë. (*Presse méd. belge*, 1899, n° 37.)

FORMULAIRE

Émulsion crémeuse d'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue . . .	500	grammes.
Sucre tamisé fin	190	—
Gomme arabique pulvérisée. .	5	—
Gomme adragante	500	—
Infusion de café	200	—
Rhum ou kirsch	100	—

Mêlez dans un mortier le sucre et les gommes; dans le flacon qui contiendra l'émulsion, pesez et mêlez par agitation l'huile et l'infusion de café refroidie. Versez dans le mortier, en battant vivement, une quantité de ce mélange

suffisante pour faire une masse plastique demi-liquide; pesez et ajoutez le rhum à ce qui reste dans le flacon du mélange d'huile et café; agitez et incorporez peu à peu dans l'émulsion. (*Bull. de pharm. biol.*)

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1).

Par le docteur A. Corlieu.

Le lundi 14 août 1651, furent convoqués... les seize docteurs choisis pour se réunir chez Me Jacques Perreau (2), savoir : Mes Jacques Perreau, Jean Merlet, François Guénaut, René Moreau, Antoine Charpentier, Philippe Harduyn de Saint-Jacques, Charles Guillemeau, Guy Patin doyen, Jean Piètre ancien doyen, Nicolas Richard, Martin Akakia, Claude Levasseur, Charles Le Breton (3), Antoine Morand, Jean Bachot et Jean de Montigny. Le doyen, après avoir donné lecture des quatre conclusions des quatre procureurs de la Faculté des arts, par lesquelles on accorde pour les honoraires des quatre professeurs de notre École la somme de 800 livres tournois, on accueillit ces propositions (fo 460), à l'exception de la troisième, considérée comme blessante pour la Faculté, car les quatre procureurs et nos quatre professeurs, qui devaient recevoir leurs honoraires chaque année à la Saint-Rémi, à partir de 1652, devaient se présenter devant le recteur de l'Université pour en retirer un papier les autorisant à recevoir la somme dite pour leurs honoraires. Les collègues choisis ci-dessus furent d'avis que le doyen reçût du recteur le papier l'autorisant à toucher la somme susdite chez le trésorier de l'Université, à qui il donnerait un reçu et remettrait ensuite 200 livres à chaque professeur, dont il retirerait un reçu et le mettrait chaque année sur le compte des dépenses de la Faculté. Les mêmes collègues, en réunion privée, engagèrent le doyen à convoquer au plus tôt les docteurs pour entendre Mes Jean Duclédat (4) et Jacques Cornuti (5) sur la maladie et la mort de la femme de M. De Haligne, chancelier, laquelle à la suite d'une maladie vaporeuse succombe, contre l'attente de tous et tout à fait hors des règles, ἀμεθοδῶς (ce qui arrive toujours pour les chimistes qui emploient l'émétique). Elle recevait les soins d'un médecin étranger à la Faculté, nommé Valot (6), en présence et avec l'approbation de Me Jacques Cornuti, qui avait consenti à l'emploi de l'émétique, vrai poison, condamné par les décrets de la Faculté, et qui avait tué en deux heures cette femme grosse (7).

On ne put cependant convoquer à la première assemblée Me Jacques Cornuti, car il succomba en quelques jours à une fièvre continue maligne, le mercredi 23 août 1651. C'est ainsi que fut punie par la mort cette violation de nos décrets, dont Cornuti était soupçonné. Or, d'après les règles du droit civil, la mort absout toute faute, excepté le crime de lèse-majesté.

Le lundi 28 août 1651, à deux heures de l'après-midi, la Faculté fut convoquée par serment et par lettres portées par le bedeau, pour entendre le rapport du doyen sur la réunion privée tenue récemment chez Me Jacques Perreau, relativement aux lettres des procureurs des quatre nations (8) de la Faculté des arts. On résolut d'accepter la concession des 800 livres tournois que nous offrait l'Université, pour les honoraires des quatre professeurs de notre École, aux conditions établies, à l'exception de la troisième qui sera modifiée par le doyen, selon ce qui a été dit précédemment. Ainsi fut conclu par le doyen.

Dans la même assemblée, Me Jean Chartier (1) signifia au doyen par le bedeau royal, qu'il avait adressé au Parlement une requête contre le décret porté contre lui à la Faculté, relativement au livre qu'il avait publié récemment en français sur l'*Antimoine* (2). Cette menace ayant été lue par le doyen, la Faculté décida (fo 461) d'entamer un procès contre Jean Chartier, de le porter devant le Parlement, devant lequel il nous traduit, malgré nous, oubliant nos règlements et au mépris des lois de l'École. Elle est d'avis de demander au Parlement, et pour le maintien de nos statuts, que ce Jean Chartier soit rappelé à l'observation des lois et règlements de notre École, et qu'il soit forcé de présenter son livre sur l'*Antimoine* à l'approbation ou à la désapprobation de la Faculté, jusqu'à ce qu'il reconnaisse ses fautes et revienne à de meilleurs sentiments, qu'il soit rayé de la liste des docteurs régents, qu'il soit privé des privilèges, droits, émoluments et honneurs de l'École et qu'il soit considéré comme nul, s'il ne s'amende. Ainsi fut conclu par le doyen.

Dans la même assemblée de la Faculté, aux censeurs déjà nommés relativement au livre de Jean Chartier sur l'*Antimoine*, le vendredi 11 août, on en adjoignit trois autres, savoir Me Jean Riolan, l'*antiquior magister* (3), Me Jean Merlet et Me René Moreau, professeur royal, hommes très habiles, très instruits, très savants et les plus dignes de toute considération. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 945.

(2) Reçu docteur le 27 juin 1613, décédé le 15 novembre 1660.

(3) Le censeur ne put y assister, pour cause de maladie. (Dr A. C.)

(4) Reçu docteur le 23 mars 1621, décédé le 19 juin 1663.

(5) Reçu docteur le 19 octobre 1626.

(6) Guy Patin le dit docteur de Reims, Chomel le dit de Montpellier. Il fut médecin d'Anne d'Autriche et devint l'un des médecins de Louis XIV en 1652 : il est mort le 7 août 1671, au Jardin royal, où il s'était retiré. Il était âgé de soixante-quinze ans.

(7) Attaque d'éclampsie. (Dr A. C.)

(8) Les élèves de l'Université, dès le xiie siècle, avaient été divisés en quatre classes ou nations, savoir : la nation de France, *honoranda;* la nation de Picardie, *fidelissima;* la nation normande, *veneranda,* et la nation d'Angleterre, remplacée sous Charles VI par la nation allemande, *constantissima.* Chaque nation était réglée par un procureur. (Dr A. C.)

(1) Reçu docteur le 11 octobre 1634, décédé en juillet 1662.

(2) Ce livre avait pour titre : *La science du plomb sacré des sages ou de l'Antimoine, où sont décrites ses rares et particulières vertus, puissances et propriétés*, par J. Chartier, escuyer, conseiller et médecin ordinaire du Roy, et son professeur en médecine au Collège royal de France... Paris, MDCLI, avec privilège du Roy. (Dr A. C.)

(3) L'*antiquior magister* était le doyen d'âge. Voir Corlieu, L'*Ancienne Faculté de médecine*, p. 93.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. Bergeret (Georges), médecin de deuxième classe de la marine en retraite, a été nommé aux fonctions de trésorier de deuxième classe des invalides de la marine.

— M. Brun-Bourguet (J.-E.-A.), médecin de deuxième classe, est nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— M. Nodier, médecin principal du cadre de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Charlemagne*, entrant en armement définitif à Brest.

M. Cannac, médecin de deuxième classe du *Courbet*, embarquera à la date du 16 octobre sur le *Charlemagne*, en remplacement de M. Marchandou.

M. Valmyre, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur la défense mobile de Tunisie (Bizerte).

Nomination. — M. le docteur Camons est nommé médecin des hospices civils de Nice.

La fièvre typhoïde. — *Laon.* — M. Ermant, député de l'Aisne, a écrit une nouvelle lettre au ministre de la Guerre pour l'informer que vingt-cinq soldats, atteints de fièvre typhoïde, viennent d'être évacués du camp de Sissonne sur l'Hôtel-Dieu de Laon.

La peste. — *Constantinople.* — Un cas de peste s'est produit au lazaret de Beyrouth, parmi les passagers d'Alexandrie, à bord de l'*Orénoque*, des Messageries maritimes.

Oporto. — Les médecins français communiquent à la presse la note suivante :

« Notre opinion est que l'épidémie subsistera à Oporto quelques mois, peut-être des années, sans augmenter d'intensité. Il est presque impossible de préserver les autres villes européennes de la contamination ; mais la peste n'aura vraisemblablement aucune tendance à se développer ailleurs que dans les localités où les règles de l'hygiène ne sont pas observées. On devra considérer la peste comme une maladie infectieuse, propagée dans certaines conditions de misère et de malpropreté habituelle, de même que la fièvre typhoïde est propagée par les eaux contaminées par des déjections.

« Ainsi que les autres médecins étrangers présents, nous déplorons que les autorités sanitaires de Lisbonne persistent à maintenir un cordon illusoire et dangereux, puisque l'accroissement de la misère facilitera la diffusion de la peste. Les sommes considérables dépensées pour l'entretien du cordon de troupes seraient plus utilement employées à Oporto pour organiser des postes de désinfection, la destruction des maisons et des quartiers malsains, etc. »

Cet après-midi, les rues centrales de la ville ont été envahies par une quantité innombrable de très petits moucherons au corps rouge et aux ailes blanches.

Hier, deux décès de peste. Ce matin, les médecins allemands docteurs Kossel et Frohn sont arrivés.

Lisbonne. — Le médecin anglais Shadwell est arrivé à Lisbonne officiellement, pour examiner les mesures prophylactiques adoptées par le Portugal en présence d'une semblable épidémie.

Il partira bientôt pour Oporto.

— Les provenances de Carthagène (Espagne) étant admises à Oran après une simple visite sanitaire, le service hebdomadaire entre Oran et Carthagène, par paquebot français, qui avait été momentanément suspendu, a été repris à compter du départ d'Oran du 28 août.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 104. — JEUDI 14 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE JEUDI 14 SEPTEMBRE 1899. — N° 104

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris — L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement dès Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE

POUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES

QUELLE PART REVIENT A LA PROSTITUTION DANS LA PROPAGATION DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES?

Par M. le docteur VERCHÈRE (de Paris).

Les maladies vénériennes doivent intéresser profondément les hygiénistes; elles doivent être combattues au même titre que le choléra, la peste ou la tuberculose. Il se crée annuellement à Paris au moins 5000 vérolés. Si l'on joint à ces vérolés tous ceux, hommes et femmes, qui ont eu la blennorragie, il n'est pas exagéré de dire que sur 100 individus, pris au hasard dans Paris, il y en a 75 qui ont eu la syphilis ou la blennorragie.

La propagation de la syphilis se fait souvent en dehors de tout contact vénérien, mais si l'on recherche l'origine de la vérole du contaminateur premier, on trouvera toujours la prostituée.

La blennorragie est presque exclusivement vénérienne et, par suite, prostitutionnelle.

Les deux questions sont donc connexes, et les mêmes chiffres ayant trait aux dangers de la prostitution peuvent s'appliquer aussi bien à la syphilis qu'à la blennorragie.

L'une et l'autre sont d'origine vénérienne, l'une et l'autre ont comme point de départ le contact vénérien, d'hommes à femmes, de femmes à femmes ou d'hommes à hommes. La propagation ultérieure de la syphilis peut n'avoir plus rien à voir avec la prostitution. Elle se fait dans les baisers de la mère à l'enfant, dans le contact du médecin ou de la sage-femme avec l'accouchée, dans l'allaitement quand le nourrisson syphilitique prend le sein de sa nourrice saine; elle se fait quand le médecin, avec une sonde syphilisée, cathétérise une trompe d'Eustache, quand le buveur boit dans un verre que vient d'abandonner un syphilitique. La prostitution n'est plus pour rien dans cette propagation du fléau; elle a été l'allumette qui a allumé l'incendie, celui-ci se propage ensuite et dévore sans elle.

Parmi les prostituées, quelle classe de filles concourt davantage à la propagation des maladies vénériennes? On sait que l'on peut distinguer, du moins en France, les filles soumises en maison, les filles soumises isolées, c'est-à-dire en carte, enfin les insoumises. Or d'après les statistiques de Regnault et de Parent-Duchâtelet, contrairement à ce que l'on était en droit de croire, ce sont les filles en maison qui offrent le plus de syphilitiques, puis les insoumises; enfin les filles soumises isolées sont celles qui offrent la plus faible proportion. Mais on peut facilement avoir raison de cet argument qui tendrait à la suppression de toute maison de tolérance.

En effet, il ne faut pas rechercher le nombre des syphilisées dans l'année, *mais leur nombre à un moment donné*, et alors les conclusions sont inverses. La fille de maison est forcée de recevoir tout client qui se présente, et comme elle a surtout une clientèle de passage, qu'elle n'est pas destinée à revoir, elle est d'une indifférence absolue vis-à-vis tout ce qui concerne son hygiène sexuelle. Il y aura donc dans cette catégorie de femmes un plus grand nombre de syphilitiques au cours d'une année, mais un plus grand nombre aussi de femmes saines, toutes proportions gardées et par rapport à un moment donné. Dès qu'elles sont contaminées, elles sont retirées des maisons et ne peuvent plus créer ainsi, comme le font les insoumises, des foyers de contagion.

A l'origine de toute syphilis se retrouve la prostitution. Toute prostituée, quelle que soit la classe dans laquelle elle se range, soumise, en maison ou isolée, insoumise et libre, est fatalement vouée à la syphilis.

Pendant toute la période active de la syphilis, elle constitue un danger public, et pendant toute cette période elle prend la plus grande part dans la propagation de la syphilis.

La prostitution réglementée donne une sécurité relative, et toute fille surveillée et reconnue malade étant retirée de la circulation, est, pendant ce temps tout au moins, sans danger pour la société. On n'a aucune action sur la fille libre qui échappe à toute surveillance et peut impunément, tant qu'elle sait se cacher, propager indéfiniment la syphilis dont elle est atteinte.

La syphilis extra-génitale est fréquente et se produit en dehors de tout contact direct avec la prostituée, mais ce-

pendant, dans la grande majorité des cas, c'est à une prostituée qu'il est possible de faire remonter l'origine de la propagation syphilitique.

La blennorragie est d'origine vénérienne presque exclusivement, et cependant la prostitution est moins fréquemment la cause de son apparition. Il faut des circonstances particulières qui se rencontrent rarement, même chez les prostituées atteintes de blennorragie chronique, pour que la contagion se fasse. L'homme est surtout dangereux pour la femme pendant la période chronique de sa blennorragie, alors que la femme atteinte de blennorragie chronique n'est pas inévitablement dangereuse pour l'homme avec lequel elle se met en contact.

En résumé, c'est à la prostitution que revient la plus grande part dans la propagation des maladies vénériennes, et c'est elle qu'il faut surveiller, purifier médicalement si l'on veut tarir la source des maladies vénériennes.

Tel est le but que doit se proposer l'hygiéniste, autorisé par les droits imprescriptibles que lui donne son rôle de défenseur de la santé publique et de la vie humaine.

Conclusions de M. LE PILEUR (de Paris). — La prostitution joue un rôle primordial, fatal, dans la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes.

Les prostituées clandestines se soignent peu ou pas; les filles soumises en carte sont mal soignées, les filles de maison, examinées tous les huit jours et chaque fois qu'après une radiation elles veulent rentrer en maison, sont infiniment mieux surveillées que les filles soumises et sont arrêtées à la moindre apparence de maladie.

Au point de vue exclusivement médical, il y a donc intérêt à maintenir les maisons de tolérance et voici les raisons que l'on peut invoquer :

1° Le fait de se prostituer, et non pas d'être inscrite sur les contrôles de la police, a pour conséquence la syphilis 91 fois sur 100 prostituées syphilitiques;

2° Sur 100 prostituées clandestines (insoumises) 74 n'ont jamais pris aucun soin d'elles et, dans l'état moral actuel, il est peu probable qu'on puisse les amener à se soigner davantage;

3° Sur 100 prostituées clandestines (insoumises) syphilitiques, on rencontre 33 fois le chancre infectant, ce qui augmente dans une grande proportion le danger que ce genre de femme fait courir;

4° Sur 100 filles soumises syphilitiques, 74 sont infectées avant d'être inscrites sur les registres de la police, et par conséquent seulement après l'inscription;

5° Sur 100 filles soumises syphilitiques, 15 présentent l'accident initial, le chancre, alors que, sur le même nombre de prostituées clandestines, plus du double (33) en sont atteintes;

6° Sur 100 filles soumises syphilitiques, 62 sont atteintes de la syphilis depuis moins de deux ans et 38 depuis un temps variable dépassant parfois de beaucoup cette période de deux ans;

7° Sur 100 filles soumises syphilitiques, 76 ont déjà reçu des soins et beaucoup d'entre elles d'une façon très sérieuse quand elles reçoivent la carte du Dispensaire; 24 seulement en y comprenant les 15 femmes affectées de chancre n'ont jamais été soignées;

8° Tandis que, sur 100 insoumises syphilitiques, 75 n'ont jamais reçu de soins avant leur entrée à Saint-Lazare, que sur 100 filles soumises syphilitiques, 25 sont dans le même cas, on ne trouve sur 100 filles de maisons syphilitiques que 12 ou 15 femmes non soignées; encore ces femmes sont-elles au maximum dans les quinze premiers jours de l'infection;

9° Les filles de maisons, examinées tous les huit jours et chaque fois qu'après une radiation elles veulent rentrer en maison, sont infiniment mieux surveillées que les filles soumises et sont arrêtées à la moindre apparence de maladie;

10° Les filles de maisons de tolérance sont moins que toutes les autres prostituées exposées aux maladies vénériennes différentes de la syphilis et n'en sont atteintes en tout cas que dans une proportion infiniment moindre.

QUELLE PART REVIENT, EN DEHORS DE LA PROSTITUTION, AUX AUTRES MODES DE DISSÉMINATION DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES?

Par M. le professeur LASSAR (de Berlin)

En dehors de la prostitution, les maladies vénériennes se propagent dans des conditions de variété infinie.

Dans les rapports conjugaux, c'est le mari qui, non guéri, infecte sa femme dès la nuit de noces; ou bien, c'est, tout à coup, une vieille affection qui se réveille avec une virulence incroyable, ou encore le mal est rapporté d'une excursion extra-conjugale et communiqué avant même d'être soupçonné.

En dehors de ce mode de propagation, que de sources d'infection! Ce sont les nourrices et les bonnes d'enfants, tantôt contaminatrices, tantôt contaminées; ce sont les médecins, les dentistes, les accoucheurs, les sages-femmes; il n'est pas jusqu'aux jeux innocents, jusqu'aux baisers des parents ou des intimes qui ne soient susceptibles de transmettre la syphilis. Or, la nature des lésions syphilitiques extra-génitales, qu'elles soient dues aux rapports de la vie normale que nous venons d'indiquer ou qu'elles soient la conséquence de caresses érotiques, reste plus longtemps insoupçonnée que celle du chancre génital, ce qui augmente encore les dangers de la contagion.

Notre époque entreprend la lutte contre toutes les infections; contre la tuberculose, contre le choléra, contre la fièvre typhoïde, contre la variole, les mesures prophylactiques paraissent nécessaires et légitimes. Et elles ne le seraient pas contre les maladies vénériennes?

Il faut d'abord agir contre l'ignorance en cette matière, il faut instruire les jeunes gens et les parents des modes de contamination. Il faut aussi proscrire les habitudes qui laissent à celle-ci la porte ouverte : ne pas boire au même verre dans les manœuvres d'armée, les excursions, les parties de chasse; ne pas laisser embrasser les enfants par des personnes étrangères ou peu connues sont des préceptes dont on ne devrait jamais se départir.

LES SYSTÈMES DE RÉGLEMENTATION ACTUELLEMENT EN VIGUEUR ONT-ILS EU UNE INFLUENCE SUR LA FRÉQUENCE ET LA DISSÉMINATION DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES?

M. BARTHÉLEMY (de Paris) rappelle le système de réglementation actuellement en vigueur à Paris. Les prostituées y forment deux classes. D'une part, les femmes groupées, c'est-à-dire les femmes de bordel, soumises à une visite hebdomadaire effective; d'autre part, les prostituées éparses, filles soumises pour lesquelles la visite, bien qu'obligatoire, est à peu près illusoire, les prostituées s'y déro-

bant la plupart du temps dès qu'elles se croient malades.

M. Barthélemy estime que : « Le système de défense contre la syphilis sera incomplet tant qu'il n'y aura qu'un dispensaire unique, dont les femmes sont trop éloignées pour pouvoir (sans perdre trop de temps ou même d'argent, voitures, etc.), facilement y venir toutes, régulièrement, surtout quand elles sont malades. Le public croit, au contraire, que ce service est très facile; que les femmes ayant un intérêt professionnel direct à être bien portantes, il n'y a pour ainsi dire pas de réfractaires et qu'il peut, sans aucune crainte comme sans danger, avoir commerce avec elles : c'est là que gît le péril; c'est cette sécurité qui est redoutable, l'homme se livrant sans prendre aucune des précautions habituelles.

Le plus grand nombre des maladies vénériennes (et cela est prouvé par les statistiques que nous avons dressées avec l'aide de MM. Jacques et Bizard) est donc, sans contestation possible, acquis, subi et propagé par les unités de la prostitution non surveillée, non réglementée. »

L'auteur conclut que, malgré l'organisation défectueuse de la réglementation à Paris, elle rend chaque jour des services qu'il est impossible de nier. Il conclut à la multiplication de visites médicales plus minutieuses et contrôlées par des inspecteurs sanitaires et à la création de dispensaires multiples et d'un dispensaire central, transformé en asile sanitaire municipal, où les malades recevront des soins avec obligation d'y séjourner tant que la contagion existe, mais où les femmes seront traitées en malades et nullement en coupables.

M. AUGAGNEUR (de Lyon) constate l'inefficacité des systèmes en vigueur.

M. BLASCHKO (de Berlin) résume l'état de la réglementation dans les différents pays.

« La prostitution est réglementée en France, en Belgique, en Allemagne, en Russie, en Suède, dans le Danemark, l'Autriche-Hongrie, la Roumanie, le Portugal. Elle ne l'est ni aux États-Unis, ni en Turquie, ni en Hollande (Rotterdam excepté). Elle ne l'a été en Angleterre que de 1864 à 1888, en Norvège que de 1860 à 1888. En Suisse, beaucoup de communes n'ont jamais eu de règlements à ce sujet; d'autres les ont abolis; Genève seule les possède encore. En Italie, la réglementation a été introduite en 1860, supprimée en 1888, rétablie en partie en 1891.

Si nous examinons les données statistiques de ces divers pays, nous voyons que la comparaison du nombre des maladies vénériennes, après l'établissement de la réglementation et après sa suppression dans un même pays, expose à des erreurs notables en raison des oscillations spontanées du chiffre de ces maladies. Certaines conditions sociales de la population, les mesures hygiéniques, la gratuité des hôpitaux peuvent influer sur la fréquence des affections vénériennes.

Ce que les réglementations déplorent et ce que les abolitionnistes reprochent à la réglementation, c'est que celle-ci n'exerce ses effets que sur un très petit nombre de prostituées.

Ce nombre pourrait-il être augmenté?

Nous ne le croyons pas, car dans nos villes géantes, la police ne saurait trouver la plupart des clandestines; elle ne le peut pas, à cause du grand nombre des prostituées intermittentes et souvent à cause des lois qui exigent la preuve de la prostitution clandestine ou défendent l'inscription des mineures; elle ne le veut pas, parce qu'elle espère ramener à l'honnêteté beaucoup de débutantes, parce qu'elle suppose que tant d'inscriptions nouvelles auraient pour conséquence un accroissement de la débauche, parce que l'armée de médecins et de fonctionnaires et le nombre considérable de lits d'hôpital nécessaires font défaut. Or, c'est précisément parmi les débutantes que les dangers de contamination de la syphilis sont les plus grands.

Tous les systèmes de réglementation ont eu le défaut de faire considérer les prostituées professionnelles comme une source presque exclusive des maladies vénériennes.

Si la Conférence parvient non seulement à obtenir une transformation complète du traitement des prostituées malades, mais encore à attirer l'attention des gouvernements sur les résultats considérables que l'on peut obtenir dans la lutte contre les maladies vénériennes par d'autres moyens que la réglementation, elle fera œuvre féconde. »

LES ASILES DE BUVEURS

L'asile de Pontareuse.

En 1894, M. Marandon de Montyel publiait, ici même (1), une étude très documentée sur les asiles de buveurs, dans laquelle il montrait combien cette question est négligée en France, et quelle est cependant son importance.

Dans un récent article (2), le docteur Chatelain, ex-médecin en chef de l'asile de Préfargier (Suisse), reprend ce point très intéressant de la lutte contre l'alcoolisme, à propos de l'asile de Pontareuse.

L'alcoolique peut être comparé au morphinomane. Comme lui, il éprouve un affaiblissement croissant de la volonté, marchant de pair avec l'obnubilation du sens moral. Peu à peu l'alcool devient nécessaire à l'intoxiqué; la privation, même momentanée du poison, devient une véritable souffrance. Le malade ne se rend plus compte de sa dégradation, et s'il l'entrevoit, il boit encore pour s'étourdir.

C'est cette inconscience qui fait que si peu de buveurs cherchent à se corriger. Comme le fait remarquer M. Chatelain, « la maladie de l'alcoolisé lui plaît et le remède est désagréable; » en effet, le seul remède est l'abstinence totale, remède bien difficile à appliquer, car certains buveurs peuvent devenir tempérants sans arriver à l'abstinence absolue. Et cependant : « Pour l'alcoolisé, il est plus facile de s'abstenir entièrement que de se modérer. » C'est l'avis des buveurs corrigés, c'est aussi celui de ceux qui sont retombés.

S'abstenir est donc loin d'être facile; indépendamment des tentations de toutes sortes qui guettent le buveur, il y a des professions qui favorisent l'alcoolisme, il y a surtout l'influence du milieu. Le buveur qui veut se corriger est souvent seul de son espèce, il est dans un véritable isolement moral, il aurait besoin de se sentir appuyé, encouragé par l'exemple et soutenu par des paroles affectueuses. Au lieu de cela, il ne rencontre souvent qu'indifférence et raillerie.

« Il est donc, dans un grand nombre de cas, nécessaire de sortir le buveur de son milieu habituel physique et moral, de l'entourer d'abstinents parmi lesquels il ne sera plus un être à part, seul de son espèce. Il faut, jusqu'au moment où son organisme aura perdu le besoin de l'alcool, où sa volonté raffermie sera redevenue normale, il faut, dis-je,

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1894, nos 108 et 110.

(2) *Ann. méd.-psychol.*, juillet-août 1899.

qu'il ne voie plus d'alcool, qu'il soit dans l'impossibilité absolue de boire. Tel est le but de l'asile pour la guérison des buveurs. »

Celui de Pontareuse, qui nous occupe, est situé dans le canton de Neufchatel (Suisse); il a été ouvert en 1897.

Remarquablement situé, il contient des chambres et des locaux confortables pour huit pensionnaires.

Pour bien indiquer le caractère et l'organisation intérieure de l'asile, le mieux est de donner les principaux articles de son règlement :

Article premier. — Le principe fondamental du traitement employé à l'asile est l'abstinence totale. Toute boisson alcoolique est un poison pour le buveur qu'elle ruine physiquement et moralement. La seule chance de salut est l'abstinence, et c'est pour lui en faciliter la résolution que l'asile le reçoit.

Pour l'encourager et lui donner le bon exemple, le directeur, sa famille et tous les employés de la maison sont abstinents. L'asile est donc une grande famille, dont tous les membres travaillent d'un seul cœur au relèvement de ses pensionnaires et à la lutte contre l'alcoolisme.

Il est formellement interdit d'introduire aucune boisson alcoolique quelconque dans la maison.

Si, dans des cas tout à fait exceptionnels de maladie physique, l'emploi d'une boisson alcoolique était jugé nécessaire comme médicament, elle ne pourra être administrée que sur prescription du médecin.

Art. 2. — Après l'abstinence, le travail est le moyen le plus précieux de guérison. Tout pensionnaire est donc tenu de s'occuper selon ses forces et ses aptitudes aux travaux qui lui sont assignés par le directeur. Le produit de ce travail appartient à l'asile.

Le dimanche et les jours fériés sont consacrés — outre les travaux indispensables de la ferme — au culte, au repos, à des récréations diverses et — quand le temps le permet — à des promenades en commun.

Art. 4. — Toute personne majeure désirant être admise à l'asile doit remplir les formalités suivantes :

A. S'engager par écrit à rester à l'asile tout le temps fixé pour son traitement par le comité du conseil d'administration et à se soumettre strictement aux règles de la maison et à l'autorité du directeur.

Le temps de traitement ne sera pas dans la règle inférieur à six mois.

Pour les mineurs, l'engagement devra être ratifié par les parents ou tuteurs.

B. Fournir un certificat médical constatant que le candidat à l'admission *n'est pas aliéné.* Le certificat devra donner autant de détails que possible sur les antécédents du buveur, sur les causes présumées de son alcoolisme, sur sa famille et les conditions d'hérédité dans lesquelles il se trouve sous le rapport mental et nerveux, sur son caractère, sa santé physique, etc.

C. Fournir un acte d'origine ou telle autre pièce de légitimation jugée suffisante.

D. Présenter un engagement de paiement régulier de la pension au taux qui sera fixé par le comité.

Art. 8. — Les journaux, livres et envois quelconques adressés aux pensionnaires sont soumis au contrôle de la direction.

Les pensionnaires ne peuvent avoir aucun argent de poche. Celui dont ils seraient porteurs à leur entrée devra être remis au directeur.

Art. 9. — Il est absolument interdit aux pensionnaires comme aux employés d'entrer au cours de leurs promenades dans aucun établissement où se débitent des boissons alcooliques.

Art. 10. — Les proches parents des pensionnaires sont admis à les visiter, et cela pour autant que la direction n'y verra pas d'inconvénients. Toute autre personne devra être munie d'une autorisation écrite de la famille.

Il est interdit aux visiteurs de remettre aux pensionnaires de l'argent, des aliments, boissons, etc., sans l'autorisation du directeur.

Art. 11. — La sortie a lieu au jour fixé dans l'engagement signé par le pensionnaire : mais si celui-ci ne se sent pas encore suffisamment guéri pour rentrer sans crainte de rechute dans la vie ordinaire, il pourra toujours demander à prolonger son séjour dans l'asile. Dans ce cas, il devra signer un nouvel engagement pour un temps déterminé convenu entre lui et le directeur.

Le mineur devra faire ratifier cet engagement par ses parents ou son tuteur.

Art. 12. — Les pensionnaires étant libres sur parole en dedans des limites fixées par le règlement intérieur de l'asile, celui qui profiterait de cette liberté pour le quitter sera simplement porté comme sorti, et ce qui pourra rester à courir de sa pension demeurera acquis à la maison.

Il en sera de même lors de toute sortie qui aurait lieu avant le terme convenu, n'importe sous quel prétexte, à moins que les motifs n'en soient reconnus valables par le comité : ainsi, un deuil ou telle autre circonstance de famille qui rendrait nécessaire la rentrée du pensionnaire chez lui.

Art. 13. — Le comité et même, en cas d'urgence, le directeur ont le droit de renvoyer — au besoin immédiatement — tout pensionnaire dont la tenue ou les propos seraient un objet de scandale dans l'asile, ou qui se rendrait, à reprises réitérées, coupable d'infractions graves aux règles de la maison et aux avis du directeur.

Le comité se réserve le droit de renvoyer un pensionnaire qui serait atteint d'une maladie assez grave pour nécessiter un traitement et des soins incompatibles avec la marche ordinaire du service de l'asile.

Voici maintenant quelques extraits du règlement intérieur de l'asile :

Art. 3. — Tous les habitants de l'asile, pensionnaires et employés, doivent avoir une tenue convenable, être polis et prévenant les uns envers les autres, s'abstenir de tout propos grossier. Il est également interdit de se disputer, de faire des plaisanteries inconvenantes, de critiquer les règles de l'asile ou les ordres de la direction.

Art. 4. — Si un pensionnaire a une demande à faire au directeur, ou une plainte à formuler, il ne doit pas s'adresser à lui devant d'autres pensionnaires, à table ou au travail, mais seulement lorsqu'ils seront seuls. Le mieux sera, en pareil cas, de venir trouver le directeur à son bureau.

Art. 5. — Il est sévèrement interdit à tout habitant de l'asile de raconter ou d'écrire à personne ce qui s'y passe, et surtout de parler des pensionnaires, d'indiquer leurs noms. La discrétion la plus absolue est un des premiers devoirs de chacun; les employés en donneront l'exemple en toute occasion.

Art. 6. — Les pensionnaires sont libres dans toute l'étendue du domaine, mais il leur est interdit d'en franchir les limites sans autorisation spéciale.

Art. 8. — A l'exception de ceux qui en seront exemptés par le directeur, les pensionnaires font eux-mêmes leur lit, et dans les dortoirs communs sont chargés à tour de rôle des soins de propreté de la salle.

Le service de propreté de la salle à manger, des corridors, ateliers et escaliers, est également fait par les pensionnaires.

Art. 9. — Il est interdit de fumer dans les écuries, granges et remises, ainsi que dans les chambres à coucher communes.

ART. 10. — Le lever a lieu, dans la règle, à cinq heures et demie en été et à six heures et demie en hiver. Le coucher a lieu à neuf heures en hiver et à neuf heures et demie en été.

Le directeur sera toujours libre d'autoriser les exceptions qui lui paraîtront nécessaires dans l'intérêt de la santé des pensionnaires.

Une demi-heure après la cloche du coucher, toutes les lumières doivent être éteintes.

ART. 11. — Dans la règle, les pensionnaires emploieront le dimanche pour faire leur correspondance. Il leur est interdit d'envoyer aucune lettre, de faire aucun message au dehors sans l'autorisation du directeur.

Les lettres qu'ils reçoivent doivent leur être envoyées ouvertes, sous enveloppe, à l'adresse de la direction de l'asile.

De même, ils doivent remettre celles qu'ils écrivent ouvertes au directeur, qui les enverra à leur adresse s'il juge qu'elles peuvent être expédiées.

Après un séjour d'un certain temps, le directeur pourra accorder la liberté de correspondance aux pensionnaires qui lui paraîtront mériter cette confiance.

Telle est la série de dispositions mises en vigueur par le règlement de l'asile. On voit donc que le principe fondamental de l'asile de Pontareuse est celui du relèvement par la liberté, le buveur se soumettant librement au séjour et à la discipline de l'asile.

La pensée qu'il devra sa guérison surtout à lui-même lui donne le courage de résister et de persévérer; il est d'ailleurs soutenu par son entourage, abstinent lui-même. Peu à peu l'organisme perd son appétence maladive pour l'alcool, si bien qu'à sa sortie le buveur guéri demande le plus souvent à *signer* l'abstinence à vie.

Le traitement suivi à Pontareuse est donc un traitement absolument négatif; l'abstinence, jointe à une alimentation substantielle, en fait tous les frais.

L'asile est ouvert depuis trop peu de temps pour que l'on puisse donner des statistiques de quelque intérêt. Bornons-nous à constater cet essai, et à souhaiter sa réussite.

L'asile de Pontareuse n'est d'ailleurs pas le seul établissement de ce genre. En avril dernier, le docteur P. Sérieux, dans une étude consacrée aux « Asiles de buveurs » (1), montrait que la lutte contre l'alcoolisme par l'abstinence aidée de travaux agricoles et d'un véritable traitement moral était déjà commencée dans divers pays.

Aux États-Unis, il existe environ une quarantaine d'asiles de buveurs; presque tous sont dus à l'initiative privée. Dans la plupart des États, la loi autorise l'internement d'office des ivrognes pour une année, au maximum.

En Angleterre, il existait en 1892 sept maisons de santé privées pour le traitement des buveurs d'habitude; aucune n'avait plus de vingt malades. La loi anglaise ne prévoit point le traitement d'office du buveur, il faut qu'il en fasse lui-même la demande. Tous ces établissements sont dus à l'initiative privée.

La Suisse compte six établissements de ce genre. Ils reposent, comme nous venons de le voir pour l'asile de Pontareuse, sur la liberté complète du malade qui n'est admis que sur sa demande. Ici encore, le nombre des malades admis est malheureusement trop restreint.

En Allemagne, on compte huit asiles de buveurs ayant la même organisation qu'en Suisse.

(1) *Ann. d'hyg. et de méd. légale.*

Notons que jusqu'ici, sur le continent, ces établissements ne sont pour la plupart que des fermes ou des villas contenant un petit nombre de malades paisibles. Il faut aller en Amérique pour trouver des asiles spéciaux importants. Rien de semblable n'existe jusqu'ici en France, croyons-nous, il y a pourtant là un exemple à suivre et un moyen efficace pour lutter contre l'alcoolisme.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des abcès de la glande vulvo-vaginale.

Etudiant différentes particularités de l'histoire de ces abcès (1), M. le docteur Migot indique, parmi les divers procédés usités pour les traiter, celui qui est employé par M. Jullien à Saint-Lazare, procédé qui a l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi du bistouri, de diminuer le volume de la glande en la sclérosant et d'empêcher les récidives. Voici comment opère M. le docteur Jullien.

Quand l'abcès de la glande a évacué son contenu, ou après l'avoir évacué par expression, à la fin de la période inflammatoire, on traverse la paroi interne de la glande, par la muqueuse vaginale, et on injecte ainsi directement dans le cul-de-sac glandulaire 2 à 3 divisions de seringue de Pravaz contenant une solution de chlorure de zinc à 1/10. Le liquide n'est pas injecté par le canal excréteur, il est injecté dans la glande directement, à travers les parties molles. Cette injection ne doit pas être trop superficielle, car elle déterminerait une inflammation du dartos assez gênante et la récidive se ferait.

Aussitôt après l'injection et pendant quelques jours se produit une inflammation intense de la glande, puis peu à peu le tout se calme et revient à l'état normal. L'action sclérosante du chlorure de zinc se produit et quelque temps après, un examen attentif permet de déceler dans l'épaisseur des parties molles une petite tumeur, dure, indolore, un véritable varicocèle.

Les malades ainsi opérées, revues ou suivies, n'ont *jamais présenté de récidive.*

Des résultats analogues ont été obtenus avec l'acide picrique.

Sur 28 cas de bartholinite observés à Saint-Lazare, tous ont été guéris radicalement, sans récidive, après une ou deux injections de chlorure de zinc; dans quelques cas invétérés trois ou quatre injections ont été nécessaires. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

L'acide oxalique de l'oseille (2), par G. Fleury.

Il existe une prévention contre l'usage alimentaire de l'oseille, qu'on accuse de favoriser la formation des calculs à base d'oxalate de chaux. Je me suis demandé si cette crainte est sérieusement fondée. Le dosage de l'acide oxalique pouvait seul me renseigner à cet égard.

J'ai traité 80 grammes d'oseille fraîche par la méthode la plus convenable pour dissoudre l'acide oxalique y existant à l'état de combinaison quelconque; cet acide a été précipité sous forme d'oxalate de chaux, en liqueur acide; le sel a été calciné; le résidu, exempt de matière organique, a été délayé dans l'acide sulfurique étendu; la bouillie, séchée et calcinée, a fourni 1g343 de sulfate de chaux. L'oseille en question contenait donc, pour 100 grammes, 1g11 d'acide oxalique, $C^2H^2O^4$ (en atomes).

Les hygiénistes estimeront vraisemblablement que cette quantité mérite d'être prise en considération.

(1) Th. de Paris.
(2) *Répert. de pharm.*, 1899, n° 9.

FORMULAIRE

Traitement de la scarlatine.

Alterner toutes les heures les deux potions :

Vin de Banyuls	100	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	45	—
Teinture de cannelle	5	—
Extrait de quinquina	5	—

F. S. A.

Liqueur d'Hoffmann	4	grammes.
Acétate d'ammoniaque	4	—
Eau de fleur d'oranger	15	—
Sirop simple	40	—
Infusion de tilleul	100	—

F. S. A.

Donner comme boisson la limonade suivante :

Eau bouillie filtrée	850	grammes.
Sirop simple	150	—
Acide lactique	5	—

(*Belgique médicale.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'exercice de la médecine sous un pseudonyme.

Aux termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, « il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions de docteur en médecine, chirurgien-dentiste et sage-femme. » Dans son récent ouvrage : *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 66, le docteur Brouardel rappelle que cette disposition fut ajoutée, brusquement et sans étude préalable, au cours de la discussion devant le Sénat, en vue d'atteindre ces médecins peu recommandables qui n'hésitent pas à faire, sous un nom supposé, les annonces les plus honteuses et qui reculeraient probablement dans leurs manœuvres, lorsque celles-ci imprimeraient à leur nom et à celui de leurs enfants une tare définitive. Mais, ajoute le savant auteur, « le résultat n'a pas répondu à ce que l'on espérait. Légalement, la défense d'exercer sous un pseudonyme signifie simplement qu'on ne doit pas signer des ordonnances d'un nom autre que le sien. On voit la distinction. Rien n'empêche de préconiser sur des affiches, généralement placées dans certains édicules, tel ou tel traitement du docteur Albert, du docteur Emmanuel ou d'un autre docteur qui existe, est mort, ou n'a jamais été médecin; il est facile de recommander une méthode végétale, américaine, plus ou moins fantaisiste; mais si l'ordonnance est signée du nom d'un docteur, la loi n'est pas applicable. »

Malgré ces fâcheux pronostics, la jurisprudence vient de montrer qu'elle reconnaissait à la prescription de l'article 9 une portée plus grande et une sanction plus efficace. Successivement, le tribunal de la Seine, dans un jugement du 18 novembre 1898, et, sur appel, la Cour de Paris, dans un arrêt du 14 mars 1899, ont appliqué l'article 9 au fait par un dentiste d'exercer son art dans un appartement à la porte duquel était fixée une plaque ainsi conçue : « Docteur Sylvestre, dentiste américain. » Or, le mot Sylvestre était simplement le prénom du sieur Baumgartner, inculpé de contravention à l'article 9. Les juges ont décidé « qu'en n'indiquant pas son nom de famille et en le remplaçant par son simple prénom, Baumgartner avait dissimulé son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait pris un véritable pseudonyme ».

La question, en l'espèce, pouvait paraître délicate. Car qu'est-ce qu'un pseudonyme? Un nom faux, un nom imaginaire, inventé de toutes pièces. Or peut-on assimiler à un pseudonyme le prénom véritable employé à l'exclusion du nom de famille? Mais le tribunal de la Seine a consulté l'esprit plutôt que la lettre de la loi. Dans un rapport sur la loi de 1892, M. Chevandier avait dit : « Le pseudonyme est dans l'espèce, un masque pour le charlatan. » Le tribunal a considéré que le législateur avait voulu atteindre toute dénomination pouvant constituer un masque pour le médecin, pouvant permettre au médecin de dissimuler sa véritable identité. On ne peut qu'approuver cette décision. (J.J. *La France méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le lundi 2 octobre 1899, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour douze places d'élèves internes et d'un nombre à fixer au moment du concours d'élèves internes provisoires, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon.

Facultés de province. — *Lyon.* — Le jeudi 21 décembre 1899, il sera ouvert, à la Faculté de médecine, des concours pour trois places de chef de clinique : 1° une de clinique médicale; 2° une de clinique chirurgicale; 3° une de clinique des maladies mentales.

La durée des fonctions est de deux années. Le traitement qui y est attaché est de 1 000 francs par an.

— Le 6 novembre 1899 commencera un concours pour deux places de prosecteur. La durée des fonctions est de trois années et le traitement de 1 200 francs.

Marine. — M. le médecin de première classe Laget est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Toulon, le 21 septembre courant, pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et de séméiologie médicale à l'école annexe de ce port.

M. Laurent, médecin de deuxième classe au régiment de tirailleurs annamites en Cochinchine, et M. Degroote, médecin de deuxième classe du cadre de Lorient, sont autorisés à permuter.

Par décision présidentielle du 11 septembre 1899, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. Bréchot, médecin de deuxième classe de réserve de l'armée de mer.

L'Académie de médecine reprendra ses séances hebdomadaires mardi prochain, 19 septembre.

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 12 septembre 1899, M. Castaing, médecin principal de deuxième classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Moreau (de la Ferté-Bernard) a été nommé officier d'Académie.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. Jules Simon, ancien médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, décédé à l'âge de soixante-neuf ans. Les obsèques auront lieu demain, jeudi 14 septembre, à midi, en l'église Saint-Philippe-du-Roule.

La fièvre typhoïde dans l'armée. — Depuis quelque temps déjà, une épidémie de fièvre typhoïde sévit sur le bataillon du 114e de ligne, cantonné au camp de Biard, près de Poitiers. A deux reprises différentes, le Conseil général de la Vienne est intervenu pour que des mesures soient prises pour faire cesser une situation qui devient de plus en plus inquiétante.

Un de nos confrères locaux, le *Patriote du Poitou*, écrivait ces jours-ci que, sur 540 hommes qui composent le bataillon, près de 200 sont malades; 7 sont morts en deux jours et le mal ne fait qu'augmenter.

D'un autre côté, M. Bazille, député de la Vienne, et M. Girardin, maire de Poitiers, ont adressé au ministre de la Guerre une dépêche ainsi conçue :

« Situation bataillon 114e très aggravée; 15 pour cent effectif atteint typhoïde; 7 décès; danger grave de contamination pour garnison; vous prions instamment licencier immédiatement bataillon cantonné Biard. » (*L'Éclair.*)

La peste. — Dans l'audience de vacation de jeudi dernier, le conseil d'État, sur la demande du ministre de l'Intérieur et sur

l'avis conforme de ses sections de l'intérieur et des finances, a voté des crédits montant à environ 300 000 francs pour la défense de la France contre la peste.

Le comité de direction des services sanitaires s'est réuni hier, 11 septembre, pour aviser aux nouvelles mesures de protection que ces crédits permettent de prendre et qui complèteront les effets du décret du 15 juin dernier.

Oporto, 12 septembre. — Aujourd'hui, aucun cas de peste n'a été constaté. Les commerçants et les industriels renouvelant leurs réclamations, le président du conseil a promis une solution pour demain.

La mission allemande est installée dans une dépendance de l'hôpital.

— Le prince Alexandre d'Oldenbourg, président de la commission instituée par ordre du tsar pour la lutte contre la propagation de la peste, va faire une tournée d'inspection sanitaire dans la contrée du Volga, afin d'y prendre les mesures de désinfection et d'isolement nécessaires en cas d'apparition de maladies contagieuses quelconques. (*Havas.*)

L'expertise contradictoire. — A l'occasion du projet de loi Cruppi sur l'expertise contradictoire, la Société médicale des praticiens a émis à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société médicale des praticiens émet le vœu que tout médecin régulièrement inscrit puisse être désigné comme expert ou contre-expert ;

L'accusé ou prévenu pourra le choisir, comme il a le droit de choisir son avocat, durant toute la durée de l'instruction et des débats. » (*Gaz. hebd.*)

Déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.— Le 29 juillet dernier, l'Académie de médecine de Belgique a clôturé la discussion sur ce point spécial.

M. le président a mis aux voix la proposition suivante de M. Hubert amendée par M. Kuborn :

« Considérant que, quand des cas d'une maladie épidémique se produisent, la première des conditions pour pouvoir la combattre est de connaître le territoire dans lequel elle rayonne, il est à souhaiter que la déclaration en soit rendue strictement obligatoire. »

Cette proposition est votée par 14 voix contre 5 et 5 abstentions.

Parmi les abstentionnistes, les uns demandent la déclaration à faire par le chef de famille exclusivement, les autres parlent de mesures inutiles et vexatoires, voire même de l'absence d'indications de maladies à déclarer. Les académiciens sont donc divisés en deux camps. (*Presse méd. belge.*)

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.

Nº 105. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1899. — Nº 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La colique saturnine.

Par le docteur A. DELÉARDE, agrégé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille.

Le plomb, à cause de ses emplois multiples, sous les combinaisons les plus variées, tant dans l'industrie que dans les ustensiles de la vie courante, est l'un des métaux dont l'absorption entraîne les accidents les plus nombreux. Les symptômes que peut revêtir l'intoxication saturnine sont, en effet, très différents les uns des autres. En laissant de côté les cas d'empoisonnement aigu consécutifs à la prise accidentelle ou volontaire d'une dose massive d'une substance à base de plomb (eau de Goulard, extrait de saturne, lotion plombique quelconque), on remarque combien sont multiples les manifestations de l'intoxication chronique, car elle frappe tous les grands appareils de l'économie. Suivant les organes touchés, les troubles qu'elle provoque se montrent à échéance plus ou moins tardive et l'on pourrait se baser sur le moment de leur apparition pour les diviser en deux catégories. Dans la première, on rangerait les accidents précoces qui sont, par ordre de fréquence, la colique de plomb, les phénomènes nerveux, paralysie et encéphalopathie saturnines, arthralgie, parotidite; dans la deuxième catégorie entreraient les accidents tardifs tels que la néphrite, la goutte saturnine et la cirrhose du foie d'origine plombique, étudiée par Charpentier (Th. de Paris, 1896).

Notre but est d'étudier la colique saturnine et de résumer en quelques lignes la bibliographie très chargée de cette question.

I

DÉFINITION. — Sous le nom de colique de plomb, il faut entendre un syndrome clinique caractérisé par des douleurs abdominales s'accompagnant de constipation et de vomissements et survenant chez les individus qui se sont exposés à l'intoxication par le plomb.

HISTORIQUE. — D'après Tanquerelle des Planches, la colique saturnine paraît avoir été connue depuis la plus haute antiquité, puisque Nicandre, médecin grec, le plus ancien auteur après Hippocrate, donne la description des symptômes qui éclatent chez les individus traités par le plomb, alors en honneur dans la thérapeutique.

Toutefois les accidents propres au saturnisme, colique et paralysie en particulier, étaient connus par Hippocrate, mais n'étaient pas rattachés à leur véritable cause.

L'ignorance de l'étiologie des maladies dues à l'intoxication saturnine accidentelle persista longtemps, aussi rencontre-t-on dans le moyen âge un grand nombre de dénominations pour désigner la même affection, colique séreuse de Lepois, colique bilieuse de Milon, Craanen, Muys, colique scorbutique de Schenke, d'Eugelanus, de Junken. De là encore le nom de colique du Poitou, de Normandie, de Devonshire, de Madrid, suivant les lieux où les médecins l'observaient. Les accidents que l'on a rangés longtemps sous le nom de colique sèche, de colique nerveuse, de colique tropicale, et qui éclataient à bord des navires, ont été pendant de longues années rattachés à des causes climatériques ou atmosphériques, telles que le séjour dans les pays chauds ou la transition subite du froid au chaud. Cette opinion était défendue en 1855 par Grisolle, Beau, Valleix, Monneret, Lecocq, ce dernier médecin de la marine. L'ardente campagne menée en 1859 par Lefebvre, directeur du service de santé à Brest, montra que les symptômes décrits jusque-là sous des noms si différents avaient pour point de départ l'usage des ustensiles en plomb ou en étain à bord des navires et devaient être rattachés à la colique saturnine, dont ils contenaient tous les éléments cliniques. Ces différentes appellations sont maintenant délaissées et réunies sous le vocable de colique de plomb, colique saturnine, qui indique bien la cause de sa production, l'action du plomb sur l'organisme. On la désigne encore quelquefois sous le nom de colique des peintres, des plombiers, des cérusiers, à cause de sa fréquence chez les ouvriers exerçant ces professions.

Parmi les travaux français les plus importants à consulter, il faut citer : la thèse de Murat (1804) et son traité de la colique saturnine qui la complète, l'article d'Andral dans son ouvrage de clinique médicale, le mémoire de Palais en 1825 sur la colique métallique, la thèse de Canuet (1823), celle de Grisolle (1835); l'ouvrage très documenté et très complet de Tanquerelle des Planches (1839), les articles des dictionnaires encyclopédiques, et dans ces dernières années la thèse d'agrégation de Renaut (1875), ainsi que les articles sur le saturnisme dans les différents traités de pathologie interne.

Un très grand nombre de mémoires relatifs à l'étiologie, à la pathogénie, à la symptomatologie, au traitement de la

colique saturnine ont été publiés dans plusieurs journaux, nous aurons à les signaler dans le cours de notre travail.

II

Étiologie. — Les symptômes de l'intoxication chronique par le plomb, et en particulier ceux de la colique saturnine, dépendent de deux causes : l'une est liée à la profession du malade, l'autre est purement accidentelle.

Les intoxications professionnelles sont les plus fréquentes, et cela se conçoit facilement puisque la durée de l'exposition au poison est journalière et que les chances d'empoisonnement sont par là même plus grandes.

Tous les sels de plomb sont dangereux et, sans énumérer ici les combinaisons chimiques à base de plomb employées dans l'industrie, on sait combien leur nombre est considérable. La céruse ou sous-carbonate de plomb, la litharge ou protoxyde, le minium ou bioxyde, le chromate de plomb ou jaune de chrome, le sous-acétate de plomb ou extrait de saturne, le sulfure de plomb, les alliages de plomb et d'étain, de plomb et de cuivre, et d'antimoine ou d'argent, sont les préparations les plus en usage. Mais celle qui, sans contredit, produit le plus grand nombre d'accidents, c'est la céruse, dont la fabrication expose à tous les accidents du saturnisme. Sur 1213 cas de colique saturnine relevés par Tanquerelle des Planches, 406 ont été observés chez les ouvriers des fabriques de céruse; les postes les plus dangereux sont les endroits où se font le battage des couches et le broyage avant la mise en caisse.

Après les cérusiers viennent les peintres en bâtiments, qui figurent dans la même statistique avec 305 cas. Puis les broyeurs en couleurs, 68 cas; les potiers de terre, 54 cas; les fondeurs de caractères d'imprimerie, 52; les fabricants de carte d'Allemagne, 12; de cartes glacées, 6; les imprimeurs, 12; les lapidaires, 35; et d'autres professions comme plombier, étameur, ferblantier, faïencier, doreur sur bois, vitrier. Charcot et Yvon signalent la fabrication des fleurs artificielles comme susceptible de provoquer la colique saturnine chez les ouvrières de cette profession. Sur 132 cas traités à l'hopital Saint-Sauveur de Lille depuis trois ans, les cérusiers entrent pour 125 cas, les peintres pour 6; il y a eu 1 ouvrier plombier.

L'intoxication accidentelle, pour être moins fréquente, n'en existe pas moins; la littérature médicale renferme un très grand nombre d'observations qui démontrent la multiplicité des conditions d'empoisonnement par le plomb. Je rappellerai que la colique saturnine peut survenir chez les individus qui font usage d'une eau ayant séjourné ou circulé dans des vases ou des tuyaux de plomb et d'étain.

Le vin, la bière, le cidre, le vinaigre, l'eau de fleurs d'oranger, le rhum, le thé et d'autres boissons frelatées avec des composés dus au plomb (la litharge, en particulier pour le vin, la bière, le cidre) ou ayant subi un contact prolongé dans des appareils construits avec ce métal (cas de Rendu) ont été signalés comme causes d'accidents saturnins.

Le pain fabriqué avec la farine altérée contenant de la céruse ou cuit dans des fours chauffés au bois peint de démolition, provenant des meules des moulins (Manoury et Salmon, Chevalier, Ducamp), le beurre coloré au chromate de plomb, les bonbons, dans lesquels le massicot, le minium, le chromate de plomb, entrent dans la composition pour donner la coloration, les chocolats conservés dans des papiers métalliques contenant du plomb, sont, parmi les aliments, ceux qui figurent le plus souvent dans l'étiologie de l'intoxication accidentelle, et en particulier de la colique saturnine. L'usage des ustensiles de cuisine en étain ou étamés au plomb a déterminé également des accidents nombreux (Lefebvre). Enfin, les jouets d'enfants en plomb où coloriés avec des peintures à base de plomb doivent être surveillés.

A côté de ces cas classiques, il y en a une foule d'autres où la recherche de la cause de la colique saturnine a quelquefois été assez difficile. Desplats (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 1897) cite l'observation d'une femme atteinte de colique saturnine récidivante et de paralysie des extensenrs, après avoir prisé pendant de nombreuses années du tabac renfermé dans une feuille de plomb. Les douleurs dont se plaignait cette malade furent d'abord attribuées à une ectopie rénale, et elle subit de ce fait la néphropexie; les symptômes persistèrent naturellement après l'opération, étudiés de plus près ils furent enfin rattachés à leur véritable cause, l'absorption du plomb par la muqueuse nasale ; ce fut le hasard qui permit de découvrir la voie suivie par l'agent toxique.

D'autres auteurs, Otto, Romont, Wolf, Wenz, Davin, Garrod, ont signalé également le tabac à priser, renfermé dans des récipients en plomb, comme capable d'amener la colique saturnine.

Wannebroucq a été appelé à donner des soins à un homme souffrant de colique de plomb après avoir employé journellement un clysopompe dont se servait également sa femme pour s'administrer des injections vaginales à l'extrait de saturne. Un fait analogue a été rapporté par Duany Soler (*Bull. de la Soc. de méd. de La Rochelle*, 3e série, n° 7).

Lombard (*Union méd.*, 1856), Layet, Manouvriez, Marmisse (*Revue d'hyg.*, 1876) citent des cas d'empoisonnement dus à l'usage de pains à cacheter colorés au minium.

Ces exemples pourraient être multipliés, car ils sont très nombreux dans la littérature médicale et montrent la variété des modes d'intoxication par le plomb.

III

Voies d'absorption. — Nous avons vu que les professions qui fournissaient le plus fort contingent à l'intoxication saturnine étaient les cérusiers et les peintres. Cette remarque nous permet de connaître les voies suivies par le plomb pour s'introduire dans l'organisme ; celles-ci sont différentes suivant le cas et suivant les professions. Les ouvriers cérusiers, par exemple, sont exposés de deux façons à l'imprégnation plombique. D'abord ils peuvent respirer les fines poussières en suspension dans l'air, c'est ce qui arrive aux ouvriers employés au broyage de la céruse, l'appareil respiratoire sert alors de surface d'absorption; Tanquerelle des Planches a démontré expérimentalement chez le chien la possibilité de ce mode d'empoisonnement.

Mais, plus souvent, l'absorption se fait par les voies digestives. Les ouvriers cérusiers, peintres ou de quelque autre métier exigeant la manipulation du plomb, touchent avec les mains l'agent toxique. Portant celles-ci à la bouche ou bien négligeant les soins de propreté avant de prendre leurs repas, ils en inprègnent les aliments et le plomb s'introduit alors dans l'estomac en même temps que la nourriture.

Les exemples cités plus haut de Wannebroucq et de Duany Soler montrent que la muqueuse rectale laisse passer le plomb dans l'organisme. Il en est de même de la muqueuse nasale (intoxication par le tabac à priser) et probablement aussi de la muqueuse vaginale et uréthrale, si l'usage des injections à l'extrait de saturne était prolongé assez long-

temps. Manouvriez conclut à l'absorption cutanée, qui produirait les accidents locaux atteignant les parties immédiatement en contact avec le plomb. Les trente observations qu'il a recueillies dans son travail et celles signalées par d'autres auteurs relatives à des cas d'encéphalopathie saturnine, survenue chez les individus après l'emploi de cosmétique ou de fard à base de plomb, semblent donner raison à cette théorie [Fiévée de Jeumont (*Gaz. méd. de Paris*, 1853), Chevallier, Bouley (Acad. de méd., 1878), Réveil (*Ann. d'hyg. pub.*, 1862)].

La cause nécessaire pour la production de la colique saturnine est naturellement l'absorption du plomb par une voie quelconque, mais à côté de celle-ci il existe des causes favorisantes, et il suffit d'avoir examiné un certain nombre de cérusiers pour s'apercevoir de leur importance. On remarque en effet que, chez la plupart de ces ouvriers, les coliques saturnines surviennent après un excès de boisson; l'alcool tient certainement une grande place dans l'étiologie de la colique de plomb, ce sont les individus qui en abusent qui sont le plus rapidement et le plus profondément touchés. Cette opinion, émise déja par Tanquerelle des Planches, est pleinement justifiée par les observations des auteurs contemporains. L'artério-sclérose prédispose également au saturnisme. Enfin, l'état général préexistant est aussi à considérer; les ouvriers cérusiers, tout au moins ceux qui exercent cette profession dans les environs de Lille, sont en général des individus sans métier de choix, ce sont des journaliers, des chemineaux ou des ouvriers sans travail qui, à bout de ressources et déprimés, entrent dans une fabrique de céruse pour gagner de gros salaires, y travaillent quelques semaines sans se soumettre aux règles d'hygiène; leur organisme, affaibli par les privations et les fatigues, ne tarde pas à devenir la proie du plomb.

Eu résumé, on voit que toutes les causes diminuant la résistance de l'économie ou fermant les émonctoires naturels (foie et reins), comme l'alcool et l'artério-sclérose, favorisent l'intoxication saturnine en préparant un terrain de moindre résistance.

La colique saturnine peut se montrer à des périodes variables après le début de l'exposition à l'agent toxique. On remarque des ouvriers cérusiers éprouver les premiers symptômes de l'intoxication plombique quinze jours seulement après leur entrée dans une fabrique de céruse, d'autres y travaillent pendant de longues années sans rien ressentir. Tout dépend des causes adjuvantes que j'ai signalées plus haut, auxquelles il conviendrait peut-être d'ajouter le refroidissement que certains ouvriers accusent d'avoir provoqué les accidents.

Si les hommes fournissent un contingent plus considérable parmi les individus atteints de colique saturnine, c'est que leurs occupations les exposent davantage aux conditions d'empoisonnement. Le sexe féminin n'en est toutefois pas à l'abri. Pour les mêmes raisons, l'âge adulte fournit le plus grand nombre de malades, l'enfant comme le vieillard peuvent présenter de la colique saturnine. Variot et Gastou ont relaté l'observation d'un enfant de cinq ans et demi qui souffrit de douleurs abdominales dues au plomb.

IV

Début. — La colique de plomb peut être le premier accident du saturnisme ou bien se surajouter à des symptômes déjà existants, comme la paralysie des extenseurs par exemple. Presque toujours il y a des prodromes; ce sont les signes d'intoxication lente, tels que le liséré gingival, l'anémie, qui indiquent déjà un état d'imprégnation assez avancé de l'organisme. La colique s'annonce par la perte de l'appétit, la langue devient saburrale, des douleurs sourdes sont perçues par le malade, les selles sont de plus en plus rares. Ces symptômes vont rapidement en s'aggravant et, au bout d'un jour et demi à deux jours, la colique saturnine est en pleine période d'état.

V

Symptômes. — L'aspect du malade est alors bien typique et le diagnostic peut parfois se faire à distance. La face pâle, anémiée, exprime la fatigue et la douleur, les traits sont tirés, les muqueuses décolorées et une teinte subictérique plus ou moins intense apparaît sur les sclérotiques. Le malade est immobile dans son lit, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin de façon à relâcher les muscles de l'abdomen; les bras croisés sur le ventre pour le comprimer, il évite les moindres mouvements et, en proie à une céphalée variable d'intensité, il se plaint de douleurs continues entrecoupées de paroxysmes.

En interrogeant le malade, on remarque que les réponses sont faciles, l'état mental n'est pas touché, au moins lorsque la colique saturnine existe seule.

L'examen méthodique permet de relever les symptômes suivants: le malade attire d'abord l'attention du médecin du côté de l'abdomen, qu'il dit être le siège de vives douleurs; celles-ci sont continues, mais sujettes à des exacerbations irrégulières que l'on peut réveiller par la pression en des points très spéciaux qui sont surtout les attaches inférieures des muscles grands droits de l'abdomen. Les douleurs irradient également dans tout le ventre, autour de l'ombilic, vers les lombes et le scrotum; elles sont obtuses, contusives, plus souvent aiguës, dilacérantes. Un de leurs caractères particuliers est de diminuer par une compression énergique, aussi voit-on les malades s'entourer le ventre d'une ceinture très serrée, ou bien appuyer fortement les deux mains et croiser les bras sur toute la région douloureuse.

L'abdomen est rétracté, creusé en bateau dans les coliques violentes. La constipation est opiniâtre et rebelle souvent à des purgatifs que le patient a pris au début de l'apparition des symptômes. Elle s'accompagne de nausées qui se compliquent bientôt de vomissements dans la majorité des cas. La langue est blanche, saburrale, l'haleine fétide. L'appétit est nul, la soif plus ou moins vive.

Les douleurs abdominales, la constipation et les vomissements constituent, en somme, les symptômes les plus marqués de la colique saturnine, mais ils n'existent pas seuls, car derrière eux se cachent d'autres signes très importants qui montrent le retentissement de l'intoxication sur les appareils de l'économie.

VI

Tube digestif. — Outre les nausées et les vomissements, les organes de la digestion offrent des altérations intéressantes. Le bord libre des gencives est le siège d'un liséré grisâtre, ardoisé, plus ou moins foncé et qui peut devenir complètement noir dans l'intoxication ancienne, c'est le liséré de Burton. Sa hauteur est minime, 2 à 3 millimètres, il ressemble à une ligne tracée à l'encre. La coloration du liséré est due à la formation du sulfure noir de plomb, mais si sa composition est admise par tous, les avis chan-

gent quand il s'agit de trouver la voie suivie par le plomb avant sa combinaison avec l'acide sulfhydrique qui se trouve constamment dans la bouche. Cros prétend que le plomb existe en solution ou en combinaison liquide dans les globules sanguins ; à la faveur d'une solution de continuité H^2S pénétrerait dans les tissus et, détruisant les globules, précipiterait sur place le plomb mis en liberté pour former du sulfure de plomb. Les granulations qui composent ce sel seraient surtout abondantes dans l'intérieur des vaisseaux et dans les parois capillaires. H^2S nécessaire à la production du liséré provient de la salive et de la décomposition des débris alimentaires dans la bouche. (CROS. *Arch. de méd. nav.*, 1882.)

A l'appui de sa théorie, Cros et son élève Mesny (thèse Bordeaux, 1893) prouvent, au moyen d'expériences et sur des observations recueillies chez l'homme, que partout où H^2S peut venir au contact du sang par l'intermédiaire d'une excoriation, il se produit un dépôt de sulfure de plomb. C'est ainsi que ces auteurs ont relevé des taches noires au niveau de fissures à l'anus, d'hémorroïdes ulcérées, dans l'isthme du gosier excorié, dans les villosités intestinales, dans la muqueuse nasale.

Brunelle (*Bull. méd. du Nord*, 1894) n'arrive pas aux mêmes conclusions et dans des coupes histologiques de gencives d'individus morts de saturnisme, il montre les granulations de sulfure de plomb accumulées à la face postérieure de la gencive et incluses dans des cellules migratrices lorsque ces granulations ne sont pas trop volumineuses. Il ajoute enfin, remarque intéressante, qu'elles n'affectent pas de rapport immédiat avec des vaisseaux, ce qui semble indiquer, selon cet auteur, que le plomb pénètre directement dans les gencives et n'est pas véhiculé par le sang.

Peu importe la théorie adoptée, le fait est que le liséré gingival est toujours un signe d'intoxication et non un signe professionnel, qu'il accompagne dans la grande majorité des cas les autres sympômes de la colique saturnine.

Des taches dues à un dépôt de même nature que le liséré, peuvent exister sur la face interne des joues, Gübler les a décrites sous le nom de tatouage des joues. Outre le liséré et la pigmentation de la muqueuse buccale on remarque encore souvent l'existence d'une gingivite alvéolo-dentaire, les dents sont en mauvais état et leur chute est précoce. Il faut signaler également la parotidite saturnine qui peut accompagner la colique. La région de la glande est le siège d'une inflammation plus ou moins marquée et de sensations douloureuses spontanées ou se réveillant à la pression. La parotidite est uni ou bilatérale, elle est due à l'élimination du plomb par la glande salivaire.

Le foie paraît manifestement lésé dans la colique saturnine. Cette altération provient de l'accumulation progressive du plomb dans son parenchyme, car il a été démontré par Claude-Bernard, Mayençon et Bergeret que le foie retenait le plomb et l'emmagasinait; il joue vis-à-vis du plomb le rôle d'organe d'arrêt qu'il possède à l'égard de tous les poisons. Du contact du plomb avec les cellules hépatiques, il doit résulter pour ces dernières une série de troubles marqués par des symptômes plus ou moins évidents d'insuffisance dans leur fonctionnement physiologique.

Potain (*Soc. méd. des hôpit.*, 1867; *Sem. méd.*, 1888) a attiré depuis longtemps l'attention sur la diminution du volume du foie au cours de la colique de plomb. « Ce n'est pas, dit-il, un fait accidentel car souvent à la suite d'un purgatif cet organe dont la matité était réduite à 6 ou 8 centimètres reprenait ses dimensions normales ou parfois même se tuméfiait pour reprendre le lendemain ses dimensions primitives ou se rétracter de nouveau. » La rétraction du foie, selon Renaut, ne serait pas en rapport ni avec l'intensité des douleurs abdominales ni avec la gravité des autres symptômes. Le spasme des vaisseaux hépatiques expliquerait la diminution de volume de l'organe. Nous aurons à revenir sur ce fait clinique au chapitre de la pathogénie de la colique saturnine, car il n'a pas été admis par tous et en particulier par Wannebroucq. Pour cet auteur, la rétraction du foie est plus apparente que réelle et, si on constate parfois à la percussion une diminution de la matité verticale, on devrait l'attribuer à un refoulement du foie vers la cavité thoracique, qui bascule d'avant en arrière et présente ainsi une surface de matité moins grande au doigt qui percute.

Quoi qu'il en soit, les modifications réelles ou non du foie seraient à négliger au point de vue du pronostic si elles ne s'accompagnaient d'autres signes plus graves d'insuffisance hépatique. D'abord la diminution de l'urée. Bouchard avait déjà remarqué en 1873 que le volume des urines est abaissé et que la proportion de l'urée et des matières extractives est plus faible que dans une même quantité d'urine normale. Surmont et Brunelle (*Arch. gén. de méd.*, 1894) ont repris la question et ont confirmé les résultats obtenus avant eux en démontrant que, dans la colique de plomb, l'azote total et l'urée sont diminués. Au moment de la guérison, ces éléments redeviennent normaux, soit d'une façon brusque, soit lentement. Les autres formes sous lesquelles l'azote s'élimine, acide urique, acide hippurique, créatinine, ont une courbe irrégulière.

La teinte subictérique, que présentent les sclérotiques des malades atteints de colique saturnine, n'est pas due à la présence de pigments biliaires normaux dans le sang, rarement chez ces individus on obtient dans les urines la réaction de Gmelin. L'ictère des saturnins est un ictère hémaphéique dû à une destruction globulaire intense et à une insuffisance de la cellule hépatique à transformer l'hémoglobine en bilirubine et en biliverdine. Un autre pigment de l'insuffisance hépatique, rencontré chez un grand nombre de saturnins, est l'urobiline. Enfin Lecompt (th. de Lille 1898) a trouvé dans l'urine de l'uro-hémato-porphyrine qui a la même signification clinique que l'urobiline et qui relève comme elle d'une modification morbide dans le fonctionnement du foie.

Sur 21 cas de colique saturnine Brouelle a provoqué 11 fois la glycosurie alimentaire; celle-ci disparaît avec la colique de plomb.

Diminution de la sécrétion de l'urée, présence dans les urines de pigments anormaux, urobiline et uro-hémato-porphyrine, glycosurie alimentaire, tel est le bilan de la cellule hépatique malade dans la colique saturnine.

VII

Du côté de l'APPAREIL CIRCULATOIRE on a noté des modifications de la tension vasculaire et de la fréquence du pouls. Le nombre des pulsations est abaissé, il peut tomber à 40, ordinairement il oscille entre 50 et 60. La pression sanguine a été bien étudiée par Borgen (*Deut. arch. f. Klin. med.*, LVI), qui distingue trois périodes :

1° Une période d'élévation de la pression sanguine qui souvent passe inaperçue et qui peut durer douze heures ;

2° Une période de pression haute avec exacerbation et

rémission; elle dure un à quatre jours, quelquefois davantage et coïncide avec les douleurs;

Dans la troisième période on constate la chute de la pression qui suit la disparition des douleurs.

Enfin, d'après Borgen, il ne semble pas y avoir de rapport entre l'augmentation de la pression sanguine et l'intensité des douleurs.

L'auscultation du cœur donne des bruits secs et vibrants, surtout à l'aorte; le pouls est dur, quelquefois dicrote.

L'hypoglobulie est très marquée dans le saturnisme chronique. Le plomb est en effet un agent destructeur actif des globules sanguins, les individus intoxiqués ne tardent pas à présenter une décoloration des muqueuses et une pâleur de la peau dues à une perte énorme d'hématies. Dans le cours de la colique saturnine cette destruction globulaire est encore accrue. L'anémie plombique se produit très rapidement, elle commence dès que le plomb est en contact avec la masse du sang et persiste tant que dure l'exposition au poison. Dans dix observations de colique saturnine survenue chez des ouvriers travaillant au plomb depuis des époques variables entre six semaines et trente ans, Malassez a trouvé le nombre des globules rouges oscillant à l'entrée dans un service d'hôpital entre 3 700 000 et 2 200 000. L'anémie globulaire s'efface lentement. Dans un cas de Malassez, la numération avait donné le jour de l'entrée à l'hôpital 2 400 000 globules rouges; trois mois et demi après, le malade ayant été éloigné de toute cause d'intoxication, la quantité des hématies était de 3 500 000 seulement. (Renaut. Th. d'agrég., 1875.)

L'urine est rarement albumineuse dans la colique saturnine, surtout si les malades en sont à leur première crise et si d'autres causes d'intoxication que le plomb n'ont pas agi sur le rein pour en altérer l'épithélium.

D'après Grisolle, l'apyrexie est constante dans la colique saturnine. C'est en effet ce qui existe dans la majorité des cas, mais cette règle n'est pas générale; la fièvre peut s'allumer en même temps qu'apparaissent les premiers symptômes de la colique de plomb. Lorain en a le premier cité des exemples. La température atteint quelquefois 39 degrés sans qu'aucune cause autre que la colique de plomb puisse être invoquée. L'hyperthermie peut durer autant que la colique, souvent elle s'amende avant la disparition complète des douleurs et des vomissements. Lorsque la fièvre existe, le pouls augmente de fréquence parallèlement à la température.

La colique de plomb s'accompagne souvent de troubles de la sensibilité, différents de ceux que l'on constate au niveau de la paroi abdominale. Les muscles des membres et des lombes, en particulier ceux du mollet, peuvent être douloureux, soit spontanément, soit à la pression. Ces derniers sont le siège de crampes très pénibles à l'occasion du moindre mouvement, quelquefois même sous la simple influence de la chaleur du lit. Enfin les douleurs arthralgiques localisées à quelques articulations, genou, coude le plus fréquemment, ou bien généralisées, existent souvent en même temps que la colique de plomb, et disparaissent avec elle. Les articles douloureux gardent leur aspect normal, ils n'offrent ni rougeur, ni tuméfaction, ni augmentation de température.

Dans le cours de la colique saturnine peuvent apparaître deux variétés de symptômes dépendant de l'*appareil respiratoire* : les uns, aigus; les autres, survenant chez les intoxiqués de vieille date et soumis à des paroxysmes coïncidant avec la crise de colique. Les phénomènes aigus, bien décrits par Renaut, sont constitués par une dyspnée à laquelle on a donné le nom d'asthme saturnin pour rappeler son caractère paroxystique et son origine. Les malades se plaignent de ne pouvoir respirer, s'agitent, ils cherchent comme les asthmatiques ordinaires, pendant la crise, à aspirer l'air et n'y peuvent parvenir. L'anxiété est extrême, les inspirations profondes s'accompagnent de douleurs à l'épigastre et de palpitations nerveuses. « La toux est pénible, revient par quintes, pendant lesquelles la face est pâle, couverte d'une sueur froide, l'œil fixe, le pouls à peine sensible, la respiration courte, l'expectoration est nulle ou consiste dans l'expulsion de crachats rares, muqueux et grisâtres. Pendant ces crises, qui durent quelques instants pour recommencer après des repos de dix à quinze minutes, l'auscultation ne révèle que des râles sonores, sifflants, en un mot des râles de bronchite. La percussion est normale, l'accès est ordinairement accompagné d'un mucus nasal abondant qui contient toujours du plomb. » (Renaut. *Loc. cit.*)

Cette bronchite à forme dyspnéique et paroxystique dure souvent autant que la colique.

Les accidents chroniques comprennent les phénomènes décrits sous le nom d'asthme saturnin chronique. Ils nous intéressent moins vivement que les premiers, car ils s'observent surtout dans l'intoxication saturnine confirmée, chez les individus soumis depuis longtemps au poison.

VIII

Pathogénie. — Le nom de colique saturnine, donné aux accidents qui nous occupent, indique bien que, dans l'esprit des auteurs qui lui ont donné cette dénomination, il s'agit de douleurs intestinales. Ce fut l'opinion longtemps admise par les cliniciens, mais elle a été combattue par quelques-uns et les reproches qui lui ont été adressés sont suffisamment sérieux pour que nous les examinions dans ce chapitre. Quelle est en effet la pathogénie des symptômes de la colique saturnine? Où est le siège précis de la douleur abdominale qui torture les malades? Est-elle superficielle, localisée à la peau où à la couche musculaire ou bien son point de départ est-il plus profond, dans le plexus nerveux de l'intestin? Dans sa thèse (1835) et dans son traité de pathologie interne, Grisolle considère qu'il y a névrose douloureuse des nerfs intestinaux, du plexus solaire du grand sympathique. « Le caractère de la douleur qui se calme à la pression, l'absence de fièvre et de lésions après la mort, l'utilité des narcotiques et des évacuants, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. »

Pour Tanquerelle des Planches, la colique est « une névralgie des organes digestifs et urinaires produite par l'absorption et l'introduction du plomb à l'état moléculaire dans l'économie ».

Pour Brachet (de Lyon), la colique est produite par une lésion des appareils cérébro-spinal et ganglionnaire.

Renaut dit que « les causes prochaines de la colique saturnine sont vraisemblablement, d'une part, la présence d'une réserve de ce métal sur les tuniques énormément sensibles des parois intestinales et des artères de l'intestin d'autre part, l'existence de lésions nerveuses. Elle paraît s'accompagner de phénomènes spasmodiques du côté des fibres musculaires de l'intestin et de rétraction du foie ».

Dans la dernière édition de son *Traité de pathologie interne*, Jaccoud considère « l'hyperesthésie musculaire comme un élément fort peu important de la colique saturnine », et, selon

cet auteur, « la théorie la plus satisfaisante est sans contredit celle de la névralgie des plexus sympathiques abdominaux ; elle est la seule à l'abri de tout reproche capital. »

Les auteurs classiques, Dieulafoy, Laveran et Teissier, Richardière, partagent la même opinion qu'ils défendent dans leurs ouvrages.

On voit en somme que, s'appuyant sur l'interprétation admise par la majorité des pathologistes, et qui fut encore répétée après lui, Grisolle résumait le débat, dès 1869, en disant : « Aujourd'hui, tout le monde est à peu près d'accord pour regarder la colique métallique comme une névrose douloureuse des nerfs intestinaux. »

Cependant, en 1858, Briquet avait fait paraître, dans les *Archives de médecine*, une théorie nouvelle sur le siège et le traitement de la colique de plomb. Pour Briquet, ce sont les muscles de la paroi abdominale qui sont douloureux et non pas l'intestin, revenant ainsi à l'opinion défendue dès 1839 par Giacomini, qui plaçait, lui aussi, le siège de la colique de plomb dans les muscles abdominaux et le diaphragme.

Briquet résumait la théorie nouvelle dans les propositions suivantes :

1° La pression légère faite avec le doigt, sans intéresser les parties profondes, détermine de la douleur aux insertions des muscles grands droits ou dans les masses musculaires du carré des lombes, du sacro-lombaire et du grand dorsal ;

2° Le mouvement quel qu'il soit, actif ou passif, de ces fibres endolories, exaspère la douleur, ainsi la locomotion, la respiration, la toux, l'effort ;

3° Le repos soulage toujours ;

4° La constipation est sans influence sur les douleurs abdominales, puisque les personnes atteintes de colique de plomb peuvent être débarrassées de la douleur, bien que la constipation persiste ;

5° Un moyen thérapeutique local peut faire cesser la douleur.

Cette interprétation des faits n'eut pas le don d'entraîner la conviction de nombreux cliniciens. Wannebroucq (de Lille) l'enseignait et inspira, pour la défendre, deux thèses, celles de Villette (1879) et d'Hermand (1894). Il allait même plus loin et distinguait deux cas : tantôt il y avait exclusivement de l'hyperesthésie musculaire, tantôt de l'hyperesthésie cutanée. On pouvait trouver l'association de ces deux symptômes et relever, chez le même malade, la myosalgie et la dermalgie.

L'explication des symptômes de la colique saturnine se fait aisément avec la théorie de Briquet. Les nausées et les vomissements auraient pour origine, non pas un catarrhe gastrique causé par l'élimination du plomb, mais la myosalgie et la dermalgie ; ces deux phénomènes suffiraient pour justifier les troubles gastriques apparents ; la douleur, à elle seule, peut provoquer des vomissements, tels sont ceux que l'on observe chez les hystériques qui ont de l'hyperesthésie cutanée du creux épigastrique et qu'un traitement dirigé contre l'hyperesthésie fait disparaître. La myosalgie déterminerait de la contraction spasmodique des muscles de la ceinture abdominale et du diaphragme qui, à son tour, provoquerait les nausées et les vomissements.

C'est encore la contracture des muscles, beaucoup plus que le dessèchement de la muqueuse intestinale (Jaccoud), qui serait la cause de la constipation et de l'aplatissement du ventre. A l'action de cette contracture réflexe et instinctive de toute la paroi abdominale, ajoutons que le malade, loin d'avoir la volonté de satisfaire le besoin de défécation, s'applique au contraire à y résister, et il résiste parce que l'acte de déféquer demande la mise en activité des muscles du ventre, dont le mouvement va augmenter la douleur. Le malade résistant plusieurs fois de suite, la sensibilité du rectum finit par s'émousser, les matières fécales se durcissent, forment des scybales et s'accumulent dans l'intestin.

La rétraction du foie, signalée par Potain, ne serait pas attribuable à une ischémie due à la contraction des vaisseaux hépatiques, mais à un mouvement d'ascension et de bascule du foie. Le ventre rétracté par la douleur de sa paroi presse sur la masse intestinale, qui chasse cet organe de sa place et le fait remonter ; le soulèvement s'accompagne d'un mouvement de bascule.

Alors, au lieu de présenter à la percussion son bord antérieur et une partie de sa face supérieure, il arrive petit à petit à ne présenter que son bord antérieur et une portion de moins en moins marquée de la face supérieure. Il n'y a donc pas de rétraction véritable, celle-ci n'est qu'apparente.

Nous avons vu que l'on pouvait observer, au cours de la colique saturnine, de la dyspnée allant dans certains cas jusqu'à l'orthopnée et simulant un accès d'asthme. Ces différents symptômes s'expliquent encore par l'existence d'une myosalgie et d'une dermalgie de la paroi abdominale ou thoracique. L'individu qui souffre de colique saturnine combine tous ses efforts pour immobiliser ses muscles abdominaux et son diaphragme ; d'abdominale qu'elle est normalement, la respiration doit donc devenir costale supérieure, et comme il n'est pas habitué à ce type respiratoire, il s'ensuit qu'il éprouve de la dyspnée. Enfin, pour la même raison, dans le paroxysme des douleurs, la dyspnée peut atteindre l'orthopnée et réunir de cette façon tous les signes classiques de l'accès d'asthme.

En résumé, l'opinion émise par Giacomini, Briquet, et défendue par Wannebroucq, explique le phénomène douleur qui figure parmi les symptômes de la colique saturnine, et qui en occupe même la première place ; mais on ne peut pas nier l'existence d'altérations plus sérieuses que la dermalgie et la myosalgie ; les signes évidents d'une insuffisance hépatique passagère, ainsi que la diminution de volume des urines, par exemple, indiquent bien que certains viscères sont touchés par le plomb et que leur parenchyme est modifié dans sa structure intime.

IX

Diagnostic. — Aucun des symptômes, pris en particulier, n'est pathognomonique de la colique de plomb ; mais leur ensemble caractérise suffisamment cette affection et permet de la distinguer des maladies similaires. Il est des cas cependant où le diagnostic a été posé tardivement, tels celui de Desplats et ceux de Rendu. Ces exemples sont rares ; ils montrent la nécessité d'avoir toujours présentes à l'esprit la possibilité d'une intoxication par le plomb, surtout en dehors des individus exposés par leurs professions, lorsqu'on rencontre chez un malade des symptômes rappelant ceux de la colique saturnine. Il faudra donc procéder, dans les cas douteux, à un interrogatoire très soigné, de façon à relever dans les habitudes et la profession les voies d'introduction du plomb.

Un excellent signe, qui permettra du reste d'affirmer bientôt le diagnostic, est l'existence du liséré gingival. Une coloration semblable peut être causée par le nitrate d'argent chez les individus qui sont soumis à l'action de ce mé-

dicament; mais l'origine plombique du liséré sera facilement décelée par le lavage à l'eau oxygénée, qui transformera le sulfure de plomb, sel noir, en sulfate, sel blanc.

A côté du liséré, les symptômes de la colique de plomb sont suffisamment classiques pour ne pas être confondus avec d'autres affections. Il y en a peu, en effet, se présentant sous le même aspect clinique : douleurs vives exacerbantes dans le ventre, qu'une pression légère augmente, qu'une pression énergique au contraire diminue; constipation opiniâtre, vomissements porracés, apyrexie dans la majorité des cas, anémie plus ou moins profonde. La colique saturnine ne ressemble donc en rien à la péritonite, qui s'accompagne de fièvre, de météorisme, d'altération des traits, de douleurs abdominales, de modifications du pouls et de hoquet. L'étranglement interne par la violence des douleurs, par la constipation et les vomissements, pourrait simuler une colique de plomb; mais le début en général brusque de l'iléus, le météorisme et le relief que les anses intestinales distendues font à travers les parois abdominales, l'interruption complète des gaz et, plus tard, les vomissements stercoraux, n'appartiennent qu'à l'occlusion intestinale.

Le diagnostic avec les coliques hépatique et néphrétique peut paraître plus délicat. Le siège de la douleur varie dans ces différents cas. Elle est surtout vive dans l'hypocondre droit pour la colique hépatique, et dans les lombes pour la lithiase rénale. Enfin, l'ictère survient dans la colique hépatique; la suppression ou la diminution des urines, le retentissement de la douleur dans le scrotum et la rétraction du testicule correspondant appartiennent à la colique néphrétique. La cessation brusque des symptômes, dans les deux maladies, les distingue encore de la colique de plomb.

Lorsque l'appendicite se déclare chez un individu exposé par sa profession à la colique saturnine, et surtout en ayant déjà présenté plusieurs crises, le diagnostic devient très difficile entre ces deux affections, et même impossible d'après Sergent. Cet auteur a rapporté les observations de deux malades ouvriers peintres, atteints d'appendicites, qui avaient offert les symptômes classiques de la colique de plomb. L'un d'eux succomba à l'appendicite, diagnostiquée seulement à l'autopsie. Se basant sur ces deux observations, Sergent conseille de ne pas recourir aux purgatifs drastiques dans le traitement de la colique saturnine, afin d'éviter les accidents de perforation précoce et, par suite, la péritonite suraiguë, si, au lieu d'une colique de plomb, le malade souffre d'une crise appendiculaire.

A la Société médicale des hôpitaux (séance du 16 juin 1899), Le Gendre vient de démontrer le bien fondé de la remarque de Sergent, exposant l'histoire d'un broyeur de couleurs atteint de colique de plomb, chez lequel se déclara une appendicite après 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

X

Pronostic. — Si la colique saturnine ne s'accompagnait que de douleurs abdominales sans lésion de certains organes, le pronostic en serait bénin, mais il n'en est pas ainsi et nous avons vu dans l'exposé des symptômes combien les atteintes laissées par le plomb étaient profondes. L'insuffisance hépatique passagère, la destruction globulaire intense sont des phénomènes graves, car ils altèrent des fonctions organiques indispensables à l'existence. Une première crise de colique saturnine peut n'entraîner aucune conséquence; si le malade ne s'expose plus au plomb, tout rentrera dans l'ordre au bout d'un temps variable, lorsque l'agent toxique sera éliminé. Mais la répétition des accidents finit par laisser des altérations irrémédiables en même temps qu'elles favorisent la production d'autres symptômes de l'intoxication saturnine chronique. On ne tarde pas, en effet, à voir apparaître tout le cortège des signes graves du saturnisme, paralysie des extenseurs, néphrite, cirrhose du foie, et la terminaison fatale peut se produire soit brusquement par une encéphalopathie, qui enlève le malade en quelques jours, soit lentement par les progrès de la cachexie ou de l'insuffisance rénale et hépatique.

Enfin, l'utilisation des femmes dans l'industrie, en qualité de compositrices typographes, de peintres, de bijoutières et dans la fabrication des fleurs artificielles, les a exposées à la colique de plomb. Il résulte des observations de nombreux accoucheurs, basées sur la clinique et l'expérimentation (Th. Balland, Paris 1896), que les ouvrières entachées de saturnisme par le fait de leur profession sont exposées aux avortements ou aux accouchements prématurés; lorsqu'elles conduisent leur grossesse à terme, elles mettent au monde des enfants chétifs, d'un poids inférieur à la normale, voués à une mort certaine dans un espace de temps plus ou moins rapproché.

XI

Marche. Durée. — Abandonnée aux seuls efforts de la nature, la colique de plomb a une durée variable suivant son intensité, qui dépend du temps d'exposition au poison et surtout de la quantité de plomb absorbé par le malade, ainsi que de son état général antérieur. Lorsqu'elle constitue la seule manifestation de l'intoxication saturnine, on peut lui donner comme durée moyenne douze à quinze jours, à condition que l'individu intoxiqué s'éloigne du foyer dangereux immédiatement après l'apparition des premiers symptômes. Mais il y a des coliques qui se prolongent pendant plus longtemps; après avoir laissé quelques jours de répit, les symptômes réapparaissent, et une nouvelle crise paroxystique évolue; on peut ainsi constater une suite de crises douloureuses se répétant pendant des semaines et des mois.

XII

Traitement. — Ces remarques ont trait surtout aux coliques non traitées, la thérapeutique peut soulager les malades et diminuer dans de fortes proportions la durée de leurs souffrances.

Avant d'exposer le traitement médicamenteux de la colique saturnine, nous devons étudier le traitement prophylactique et donner un aperçu très succinct des règles hygiéniques auxquelles les ouvriers devraient se soumettre pour éviter les accidents.

Des règlements élaborés par les conseils d'hygiène ont été appliqués dans les fabriques de céruse et, malgré le peu de souci des ouvriers ou des patrons à les suivre exactement, le nombre des ouvriers atteints de colique saturnine a diminué dans de bonnes proportions. Il faut tenir compte également des progrès industriels faits dans la fabrication de la céruse, progrès qui ont permis de remplacer le travail manuel par des machines et de supprimer ainsi des postes dangereux.

C'est ainsi qu'il est recommandé aux ouvriers de se laver les mains avant de quitter l'usine; ils ont à leur dispositon dans la journée une ration de lait et des bains dans lesquels, par un lavage complet du corps, ils peuvent se débarrasser

des poussières dont ils sont couverts. Il leur est défendu de conserver au dehors les vêtements qu'ils portent dans l'usine, ils doivent les quitter après le travail. Ces préceptes régulièrement suivis sont excellents et sont capables de diminuer les chances d'empoisonnement; mais ils n'arrivent pas à les supprimer, car les ouvriers négligent à tort les causes adjuvantes de l'intoxication. Nous avons vu plus haut combien l'alcoolisme tenait parmi ces dernières une place importante; n'a-t-on pas remarqué depuis longtemps que les symptômes de la colique de plomb survenaient, dans la majorité des cas, après un excès de boisson? Il en est de même du froid et du surmenage. On voit donc qu'il est souvent possible de se mettre à l'abri des accidents dus à l'intoxication par le plomb, et en particulier de la colique saturnine, en s'entourant de certaines précautions qui sont bonnes pour tous ceux qui manient ce métal, sous quelque forme ou combinaison que ce soit.

Le traitement symptomatique de la colique de plomb poursuivra deux buts : le soulagement à la douleur et l'élimination du plomb ou sa fixation à l'état de sel insoluble et par conséquent inoffensif pour l'économie.

Les substances médicamenteuses qui calment les douleurs sont très nombreuses. La plus fréquemment employée est l'opium, que l'on administre sous forme d'extrait, en pilules, à la dose de 30 à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures. On a le plus souvent recours à la morphine en injections sous-cutanées, dont l'action est plus rapide et plus sûre, surtout s'il existe des vomissements qui rejettent une partie des médicaments absorbés. La méthode dite lyonnaise consiste à donner au malade de la belladone en pilules (10 centigrammes d'extrait en pilules de 1 à 2 centigrammes, une toutes les deux heures) et en frictions sur l'abdomen avec une pommade belladonée (4 grammes d'extrait pour 30 grammes d'axonge); ce traitement, selon Bondet, calme les douleurs, rétablit les garde-robes et facilite le retour normal et régulier des différentes fonctions.

L'antipyrine, recommandée par Devic, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, serait exellente dans la colique de moyenne intensité; la douleur disparaît entre le deuxième et le troisième jour, et la constipation cesse peu après.

L'éther, en pulvérisation sur l'abdomen (Moutard-Martin) ou en injections dans le rectum (Aubry. Th. de Bordeaux, 1888), aurait donné de bons résultats.

Le chloroforme en lavement ou en potion depuis L gouttes jusqu'à X grammes dans les cas rebelles, et le chloral (Aran) à la dose de 2 à 4 grammes, ont été également préconisés.

Toute la série des révulsifs a été employée comme dérivatif de la douleur. Briquet recommandait la faradisation de la peau du ventre et des muscles droits de l'abdomen à l'aide du pinceau électrique: au bout de deux à quatre minutes d'application, la colique cesse généralement pour un temps variable, mais cette pratique est très douloureuse.

L'application de teinture d'iode ou la sinapisation donne d'excellents résultats; c'était la méthode employée exclusivement par Wannebroucq.

Les larges cataplasmes laudanisés, appliqués sur le ventre, soulagent la douleur et sont d'excellents adjuvants aux autres traitements.

En tête de la méthode évacuante, on doit placer le vieux traitement dit de la Charité, dont la durée était de sept jours; nous n'en reproduirons pas en détail les prescriptions, elles n'offrent qu'un intérêt historique; on se sert maintenant de procédés plus simples et plus rapidement efficaces.

Les purgatifs ordinaires, sulfate de soude et de magnésie, huile de ricin, eau-de-vie allemande, l'huile de croton, II à III gouttes en pilules ou dans une cuillerée à soupe de tisane (Tanquerelle et Grisolle) en provoquant des selles abondantes favorisent l'élimination du plomb par l'intestin.

Weil, qui a préconisé l'huile d'olive dans le traitement de la colique hépatique, l'a recommandée également dans celui de la colique saturnine (*Lyon méd.*, 1894). Il y a deux façons d'administrer l'huile: le malade peut en absorber une seule dose de 200 grammes, ou bien prendre chaque matin, à jeun, une quantité moindre, 50 grammes environ. L'huile agit comme purgatif doux.

Labadie-Lagrave (*Progrès méd.*, 1896) recommande le lavement électrique, qui fait rapidement cesser la constipation. Les premières selles surviennent quelquefois pendant la séance d'électrisation galvanique.

Semmola (*Gaz. des hôpit.*, 1892) emploie le courant constant. Peyron a expérimenté le monosulfure de sodium et a remarqué que ce médicament augmentait l'élimination du plomb par le rein; en débarrassant l'organisme du plomb qui l'imprègne, cet auteur fait disparaître les symptômes d'intoxication, et en particulier la colique saturnine. La dose à employer est de 30 à 40 centigrammes par jour, que l'on peut donner en pilules ou en solution glycérinée.

Je préconise depuis 1898 (*Presse méd.*, 6 juillet 1898) le sérum artificiel dans le traitement de la colique saturnine. A la dose de 500^{cc} sous la peau du ventre, la solution salée physiologique fait disparaître la douleur en quelques heures, en moyenne cinq à six; après l'injection et le lendemain, les malades ont plusieurs selles liquides. Il est intéressant de noter que toute l'action du sérum se porte sur l'intestin, car malgré la quantite assez considérable qui est injectée, l'urine augmente peu.

Ce traitement est employé à l'exclusion de tout autre dans le service du professeur Lemoine à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, et, depuis un an, il n'a jamais échoué sur les vingt-cinq malades atteints de colique saturnine qui y ont été soumis. Bien rares sont les cas où une deuxième injection a été nécessaire.

La méthode par insolubilisation consiste à former des sels insolubles, sulfure ou sulfate de plomb, qui deviennent inactifs pour l'économie.

Le miel soufré, outre ses effets légèrement laxatifs, possède également la propriété de neutraliser le plomb à l'état de sulfure, sans action sur l'organisme.

Royer et Gendrin donnaient la limonade sulfurique dans le même but.

Les bains sulfureux transforment en sulfure noir de plomb les molécules plombiques fixés à la surface de la peau ou éliminés par les couches superficielles de l'épiderme. Le malade se trouve bien de leur action stimulante.

Brémond recommande les douches de vapeur d'eau sulfhydrique à cause de leur plus grande efficacité.

Les bains ou douches sulfureuses doivent être suivis de frictions savonneuses et alcalines pour enlever le sulfure de plomb formé, car ce sel pourrait se redissoudre dans la sueur et produire de nouveaux accidents.

La méthode d'insolubilisation est bonne dans le traitement de l'intoxication aiguë, lorsqu'il faut neutraliser très rapidement une quantité aussi grande que possible de plomb en le rendant insoluble, mais dans les cas de colique saturnine, ce procédé n'est pas recommandable et il est préférable d'avoir recours aux évacuants. Le sulfure ou le sulfate de

plomb qui restent dans l'organisme sont peu à peu attaqués par les liquides de l'économie et sont suceptibles de provoquer de nouveaux accidents à plus ou moins longue échéance. H. Guillot et Melsens ont prouvé, en effet, que le sulfate de plomb était « un poison lent, mais sûr ».

A PROPOS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS

L'un des paragraphes de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, en vigueur depuis le 1er juillet dernier, est ainsi conçu :

« Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite. »

Il semble donc que le tarif de l'assistance gratuite doive être le plus souvent appliqué, en particulier lorsqu'il y aura une contestation entre le médecin et le chef d'entreprise, ou la compagnie d'assurances responsables des frais médicaux.

L'Association des médecins de la Gironde et tous les syndicats médicaux du département, reconnaissant qu'il est juste d'allouer au médecin, en dehors du prix de la visite ou de l'*abonnement*, convenu pour l'assistance gratuite, des honoraires spéciaux pour les soins chirurgicaux de quelque importance, a chargé une commission d'élaborer un tarif dans ce sens.

Ce tarif vient d'être adopté par le Conseil général de la Gironde pour l'asssistance médicale gratuite. Il servira de base à la taxation des honoraires faite par le juge de paix en cas de contestation, sa juridiction étant compétente aux termes de la loi du 9 avril 1898.

Nous le donnons donc à nos lecteurs, à titre de document :

PETITE CHIRURGIE

Incisions; — débridements; — ponctions au bistouri ou au thermocautère; — anesthésie locale; — rapprochement des plaies par suture simple; — arrachement des ongles détachés; — extraction de corps étrangers superficiels; — ablation d'esquilles libres; — section des parties molles condamnées; — hémostases (sauf les ligatures de certaines artères prévues au tarif de grande chirurgie); — massage; — électrisation; — saignée; — applications de ventouses; — pansement de brûlures; — traitement de l'asphyxie; — évacuation de foyers sanguins; — taxis; — réduction de luxation des doigts (sauf le pouce, porté au tarif de grande chirurgie); — réduction de luxation des orteils; — injections sous-cutanées (morphine, caféine, sérums, etc.); — extraction de corps étrangers de l'œil; — cautérisations par les caustiques; — applications de pointes de feu; — cathétérisme des voies urinaires; — extraction de corps étrangers du nez ou de l'oreille; — avulsion des dents.

Il serait alloué pour chacune de ces opérations un honoraire fixe de 5 francs.

Parmi ces opérations, il en est qui ne sont pratiquées qu'une fois ou deux dans le traitement d'une même affection, tandis que d'autres peuvent se répéter souvent et constituent, à proprement parler, le traitement unique de certaines affections; elles se confondent donc avec les visites proprement dites, du moment qu'il a été décidé d'en faire l'application régulière. De ce nombre sont : le massage, l'électrisation, l'application des ventouses, les pansements de brûlures du premier et du deuxième degré, les injections sous-cutanées (morphine, caféine, sérums, etc.), les applications de pointes de feu, le cathétérisme des voies urinaires.

Pour ces diverses opérations, l'honoraire de 5 francs ne serait applicable qu'à la première de chacune d'elles; les suivantes se confondant, comme nous l'avons indiqué, avec la visite, ne seraient pas rétribuées par cet honoraire supplémentaire.

GRANDE CHIRURGIE

Luxations.

	Fr.		Fr.
Pouce	10	Épaule	30
Mâchoire inférieure	10	Pied	20
Poignet	10	Genou	40
Coude	30	Hanche	80

Fractures.

	Fr.
Crâne (ablation d'esquilles, fracture de la base)	20
— (trépanation)	50
Os de la main	10
Os du pied	15
Côtes	10
Maxillaire inférieur	20
Clavicule	20
Extrémité inférieure du radius	10
Avant-bras	15
Coude	30
Bras	25
Épaule	30
Pied (intéressant l'articulation tibio-tarsienne)	50
Péroné	20
Jambe	40
Rotule	50
Fémur (diaphyse)	80
— (extrémité supérieure)	100
Bassin	40
Colonne vertébrale	100
Pour les fractures compliquées, quel que soit le siège de la fracture, il sera perçu en plus	20

Amputations et désarticulations.

	Fr.		Fr.
Doigts	15	Bras	60
Orteils	15	Épaule	100
Métacarpiens	20	Pied	50
Métatarsiens	20	Jambe	80
Poignet	40	Genou	100
Avant-bras	40	Cuisse	100
Coude	60	Hanche	150

Ligatures d'artères (1).

	Fr.		Fr.
Sous-clavière	60	Cubitale	20
Iliaque externe	60	Radiale	20
Humérale	40	Tibiale	20
Fémorale	40	Péronière	20
Poplitée	40		

Opérations diverses.

	Fr.
Suture des tendons	50
— des nerfs	50
Uréthrotomie externe	100
Ponctions de la vessie (la première)	20
— — (les suivantes)	10
Kélotomie	100
Trachéotomie	100
Laparotomie	200
Extraction de corps étrangers des tissus profonds	30
Thoracentèse	30
Paracentèse (la première)	20

(1) La ligature des petites artères superficielles est comptée comme petite chirurgie.

Paracentèse (les suivantes)........ Fr.	10
Phlegmon diffus (incisions multiples et drainage).....	30
Plaies étendues du crâne ou de la face..............	10
Brûlures étendues du 3e degré au 5e degré (traitement)..	30
Anesthésie générale (pour les cas de petite chirurgie)..	10
— (pour les cas de grande chirurgie).	20
Première visite d'urgence la nuit..................	5
Tamponnement pour hémorragie utérine..............	10
Accouchement simple..............................	25
— avec forceps.........................	30
— par version...........................	40
— avec céphalotripsie....................	50
Curetage *post-partum*..........................	30
Fistule à l'anus..................................	30
Tamponnement des fosses nasales..................	5
Traitement de l'hydrocèle (ponction et injection)......	10

Consultations entre confrères.

Pour chaque médecin consultant.................. Fr. 10

Assistance et coopération à une opération de grande chirurgie.

Le tarif pour chacun des aides sera :

Opérations tarifées jusqu'à 40 francs............... Fr. 10

— — au-dessus de 40 francs.. le 1/4 du tarif.

Spécialistes.

Dans le cas où l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, les honoraires sont à débattre avec lui.

Lésions multiples.

En cas de lésions multiples, le tarif sera appliqué entier pour la plus grave; réduit de moitié pour les autres.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du zona par les pansements à l'acide picrique.

Depuis que l'acide picrique a été préconisé dans le traitement des brûlures par M. Thiéry, il a été utilisé dans diverses inflammations superficielles et humides de la peau. Il a paru donner en particulier de très bons résultats dans le zona. M. le docteur Delebecque a étudié cette application et relate plusieurs observations très démonstratives à cet égard, dont quatre ont été recueillies par M. Griffon dans les services de MM. Chauffard et Dieulafoy.

De même que dans les brûlures, l'acide picrique paraît agir ici comme antiseptique, analgésique et kératoplastique.

L'acide picrique peut s'employer en solution dans l'eau dans l'alcool ou dans l'éther. La solution aqueuse employée par M. Griffon est la même que celle employée par M. Thiéry pour les brûlures; elle est de 12 p. 1000. La préparation est d'une grande simplicité; il suffit de faire bouillir un litre d'eau et d'y ajouter environ la moitié d'une poignée de cristaux d'acide picrique. Par le refroidissement, l'excès, s'il y en a, dépose au fond du récipient et la dose reste ainsi toujours à 12 p. 1000, à saturation.

Le pansement se fait comme il suit :

On prolonge dans la solution des compresses de tarlatane ou un mince gâteau d'ouate hydrophile, d'une largeur un peu plus grande que la surface recouverte de vésicules. Après avoir bien exprimé compresses, ou coton, on en recouvre celle-ci. Au-dessus on applique une couche d'ouate sèche. Une bande sert à retenir le tout.

Il importe de ne jamais se servir d'étoffes imperméables qui, en maintenant l'humidité, exposeraient l'épiderme à se ramollir et à macérer, par conséquent ralentiraient la cicatrisation.

On ne renouvellera le pansement que tous les trois ou quatre jours; il sera lavé avec douceur et autant que possible à sec pour ne pas détruire son effet. Il s'enlève d'ailleurs très facilement et n'adhère généralement pas à la peau.

La solution alcoolique est à 1/10; la solution éthérée, plus connue sous le nom d'éther picriqué, est à 1/20. Bien qu'elles soient un peu plus douloureuses au moment de leur application, à cause de l'alcool ou de l'éther qu'elles contiennent, ce sont elles néanmoins que MM. Thiéry et Floquet emploient dans le zona.

Le pansement se réduit à de simples badigeonnages faits à l'aide d'un pinceau aseptique sur la partie malade. Il a sur l'autre l'avantage d'être très sec dès son application : l'éther et l'alcool s'évaporant très rapidement, il se forme une couche protectrice par dessiccation. Il convient donc mieux que la solution aqueuse, surtout lorsque le zona siège sur le cou ou la face, car on peut ne pas recouvrir les surfaces d'une couche d'ouate.

Très rapidement ce pansement arrête les phénomènes inflammatoires et supprime les douleurs; il favorise aussi beaucoup la cicatrisation. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

L'acide picrique dans le traitement de l'eczéma.

Le docteur Radaeli vante beaucoup les applications d'acide picrique dans le traitement de l'eczéma aigu et des poussées aiguës qui se montrent dans le cours de l'eczéma chronique. Après une courte phase, pendant laquelle les malades accusent une sensation de brûlure, une amélioration subjective très franche survient, accompagnée presque toujours d'une amélioration objective. Souvent on obtient une guérison définitive. Dans les cas relativement rares où le traitement a été mal toléré, l'état général n'a pas été atteint. L'acide picrique agit à la fois comme anti-inflammatoire, comme antiseptique et comme kératoplastique. (*La Settimana med.*, 1899, nos 7 à 9, et *Gaz. hebd.*)

FORMULAIRE

Gargarisme astringent (Blake).

Acide tartrique........	4	grammes.
Glycérine............	4	—
Eau de rose..........	30	—
Eau chloroformée......	240	—

(*Journ. Amer. Med. Assoc.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospices civils de Saint-Étienne. — La commission des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) prévient qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon :

1° Le lundi 23 octobre 1899, un concours public pour deux places de médecin des hospices de Saint-Étienne;

2° Le lundi 6 novembre 1899, un concours public pour une place de chirurgien des mêmes établissements.

Ces concours auront lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical; ils dureront cinq jours et se composeront de cinq épreuves.

Les médecins et chirurgien à nommer entreront en fonctions le 1er janvier 1900. Leur traitement est fixé à 2 000 francs par an.

S'adresser, pour tous renseignements, au secrétariat des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, n° 40.

Guerre. — *École du service de santé militaire.* — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à ladite École :

MM. 1. Barège, Plisson, Salzes, Pascalin, Dupont, Trenel, Gèzes, Botte, Chevrant, Bodin.

11. Vignon, Yvernault, Polliot, Lemoine, Ducourthial, Gras, Périé, Reverchon, Marchetti, Ribaut.

21. Hémery, Sévérac, Guiot, Dumoulin, Géniaux, Coze, Grognard, Vermullen, Driancourt, Lhome.

31. Peloquin, Doche, Troude, Capon, Royère, Dreyfuss, Gaisset, Merson, Saulheret, Duc.

41. Miorcec, Henry, Coissard, Duval, Armbruster, Frizac, Durand, Berger, Sciaux, Vigneau.

51, Martin, Sibille, Assailly, Vielle, Lafoscade, Gilet, Campana, Lère, Enjalbert, Chambelland.

61. Pirsche, Aubert, Gaud, Bathias, Leclercle, Guth, Barbet, Sébin, Linx-Labarrère, Pouponneau.

71. Poutrin, Heuls, Étienne, Dorland, Winkler, Ragot, Gallouin, Dubois, Bouclier, Gobinot.

La peste. — *Oporto.* — Les docteurs Calmette, Salmerim, Ferran, Gran, Vinas et Shadwel communiquent une note dans laquelle ils protestent contre le cordon sanitaire tel qu'il est institué.

Voici la dépêche que M. Delcassé, ministre des affaires étrangères, a communiquée à M. Metchnikow :

« Les cas de peste sont beaucoup plus nombreux que ne l'indiquent les statistiques ; les déclarations sont incomplètes. Nous avons fait en deux jours quatre autopsies de sujets trouvés morts sans soins. Le microbe de la peste isolé est très virulent.

Il y a à l'hôpital trois malades gravement atteints qui sont traités par le sérum de Yersin.

Nous considérons maintenant le cordon sanitaire comme dangereux. Il ne peut qu'entraîner la famine pour la population pauvre et augmenter la peste. Lisbonne exige le cordon avec interdiction de la ville d'Oporto pour des considérations d'intérêt commercial, de jalousie entre les deux villes. »

Statistique. — Mortalité à Paris du 3 au 9 septembre 1899 (36e semaine), 814 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (919), mais encore un peu supérieur à la moyenne (805). La fièvre typhoïde a causé 21 décès, au lieu de 20 la semaine précédente, chiffre très supérieur à la moyenne (7). La rougeole, 6 décès au lieu de 19 la semaine précédente, se rapproche de la moyenne (5). La scarlatine 5 décès, la coqueluche 3 décès, la diphtérie 6 décès, chiffres un peu supérieurs à la moyenne. Il n'y a pas eu de cas de variole pendant les neuf dernières semaines. La diarrhée infantile, bien qu'en diminution, a causé 94 décès de 0 à 1 an, au lieu de 83, chiffre moyen. Il y a eu 13 suicides et 16 autres morts violentes.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.


SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON
KELENE

N° 106. — MARDI 19 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 19 SEPTEMBRE 1899. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE
POUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES

DISCUSSION DE LA PREMIÈRE QUESTION

La discussion de la première question, à savoir : *Les systèmes de réglementation actuellement en vigueur ont-ils eu une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes?* est très animée entre les partisans de la réglementation et les abolitionnistes. Chacun se sert des mêmes statistiques pour soutenir sa thèse sans arriver à la faire triompher. Un point particulièrement intéressant est mis en relief par M. Fournier, qui, s'appuyant sur une statistique de M. Jullien, montre que le grand danger est la fille mineure. C'est en effet à dix-huit ans que la jeune prostituée s'infecte le plus fréquemment, puis viennent la dix-septième et la dix-neuvième année. C'est donc de toute évidence la mineure qu'il faut protéger, et nous ne possédons pour cela que trois moyens : l'éducation morale, les mesures coercitives et le traitement.

Deuxième question.

L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE DE LA PROSTITUTION EST-ELLE SUSCEPTIBLE D'AMÉLIORATION ?

M. FINGER (de Vienne), rapporteur. C'est un devoir pour l'État de nous protéger contre la syphilis aussi bien que contre les autres maladies contagieuses.

Trois moyens sont à sa disposition :

1° Surveillance des personnes susceptibles de donner l'infection ;

2° Traitement obligatoire des syphilitiques;

3° Isolement des vénériennes.

C'est également l'avis de M. IADASSOHN (de Berne), corapporteur. Il demande en outre que chaque femme soit munie d'un livret contenant sa photographie et le résultat des visites médicales. Il serait utile d'y insérer quelques conseils d'hygiène et quelques principes destinés à combattre des préjugés répandus. On y déclarerait entre autres que la visite médicale n'est pas une garantie absolue, bien que la prostitution réglementée soit moins dangereuse que la clandestine. Le certificat médical ne porterait jamais « femme saine », mais « actuellement sans symptômes morbides ».

M. FIAUX fait ressortir dans son rapport à quel point la police des mœurs est un obstacle à l'assainissement de la santé publique :

1° Par son organisation même qui centralise sur les mêmes femmes, réputées saines comme soumises, le plus grand nombre possible de visiteurs ;

2° Par la terreur qu'elle provoque, grâce à ses procédés administratifs et au caractère qu'elle impose à sa médecine, chez les femmes malades ainsi incitées à la fuite ;

3° Par la liberté des hommes malades à qui sont dues les contaminations des femmes publiques saines et des femmes de droit commun ;

L'intervention médicale dans la médecine spécifique ne peut fonctionner utilement qu'avec une transformation complète :

1° De la surveillance administrative de la prostitution ;

2° De l'assistance publique des malades.

Il faut condamner le système de l'hôpital-prison, supprimer le service coercitif de Saint-Lazare, et il faut une organisation médicale nouvelle basée sur la multiplicité des établissements d'assistance, de clinique et de consultations, sur les facilités de traitements et de secours en médicaments assurés à tous et à toutes malades sans craintes pour eux d'interventions administratives afflictives et infamantes.

Troisième question.

SI L'ON SE PLACE A UN POINT DE VUE EXCLUSIVEMENT MÉDICAL, Y A-T-IL AVANTAGE A MAINTENIR LES MAISONS DE TOLÉRANCE OU VAUT-IL MIEUX LES SUPPRIMER ?

Par M. le professeur WOLFF (de Strasbourg).

En nous plaçant au point de vue exclusivement médical, tous les avantages se prononcent en faveur du maintien des maisons de tolérance. Dans les villes où on les supprime, le chiffre des malades civils et soldats augmente ; dans celles où on les rétablit après les avoir supprimées, le nombre des malades diminue. Voici les bases principales qui servent pour la réglementation à Strasbourg :

Répression de la prostitution clandestine, examen médical, internement immédiat en cas de maladie.

Casernement des prostituées, autant que possible dans des maisons de tolérance, où elles sont visitées deux fois par semaine.

L'exploitation des filles de maison par les tenancières n'est pas possible par le fait que ces dernières ne leur fournissent que le logement et la nourriture moyennant une somme fixée par la police. Les tenancières ne peuvent fournir aucun effet d'habillement, de toilette aux filles. Celles-ci touchent intégralement le montant de leurs recettes.

Le débit de boissons alcooliques ou fermentées est sévèrement interdit dans les tolérances.

Les filles mineures ne sont inscrites qu'avec le consentement des parents; autant que possible, elles sont dirigées sur des établissements d'amélioration et détournées de la voie sur laquelle elles se trouvent.

Les filles reconnues malades sont hospitalisées immédiatement. Sous aucun prétexte le traitement ne peut se faire à domicile.

L'autorité militaire fournit à la direction de police, tous les dix jours, une liste des soldats admis à l'hôpital, avec le diagnostic de leur maladie et la source de l'infection.

M. HOEFFEL (de Bouxwiller, Alsace), co-rapporteur, estime que les maisons de tolérance ne présentent aucune garantie contre l'extension des maladies vénériennes. L'ouverture de maisons publiques est condamnable tant au point de vue sanitaire qu'au point de vue moral. Les maisons publiques doivent disparaître, mais la réglementation doit rester. Elle est la meilleure sauvegarde des populations contre la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes.

DISCUSSION DES DEUXIÈME ET TROISIÈME QUESTIONS

Dans la discussion de ces deux questions tout le monde s'accorde à reconnaître que le traitement des femmes syphilitiques ne saurait être assez prolongé et que l'examen médical devrait être pratiqué avec plus de soin, la femme étant complètement déshabillée.

M. NEISSER insiste particulièrement pour qu'on ne laisse pas en liberté les femmes atteintes de blennorragie. Il demande qu'elles soient examinées particulièrement à ce point de vue.

Les avantages que présentent les maisons de tolérance sont admis d'une façon moins unanime. Si on les supprime, elles seront remplacées, comme le fait remarquer M. GALENSKY (de Dresde), par des maisons clandestines, ainsi que cela s'est passé en Saxe.

D'autre part, les abolitionnistes trouvent les bordels extrêmement nuisibles et immoraux.

En somme (M. COMMENGE), il est étonnant que l'on se base sur des statistiques pour décider si la femme en maison est plus ou moins dangereuse. Le simple bon sens indique qu'elle l'est moins. On devrait surtout tâcher d'augmenter le nombre des visites médicales.

Quatrième question.

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA SURVEILLANCE POLICIÈRE DE LA PROSTITUTION EST-ELLE SUSCEPTIBLE D'AMÉLIORATIONS?

Par M. MIREUR (de Marseille).

Dans les conditions actuelles, en présence des variations administratives qui président à la répression de la débauche publique dans les divers États, il semble à peu près impossible de proposer des règles uniformes, susceptibles d'être appliquées chez les différents peuples. Tous les pays devraient adopter, dans l'intérêt de la santé publique, une législation uniforme vis-à-vis de la prostitution.

Cette réglementation peut être résumée dans les deux propositions suivantes :

1° En ne soumettant que les filles de maisons à la surveillance sanitaire, mais à une surveillance sérieuse, efficace, infaillible presque, l'administration assurerait une garantie à peu près absolue à ceux qui la recherchent, et favoriserait ainsi le seul genre de prostitution qu'elle doive autoriser.

2° En livrant à elle-même la prostitution isolée, c'est-à-dire celle qui s'exerce ailleurs que dans les maisons de tolérance; en feignant de la laisser jouir d'une liberté absolue, parce qu'elle serait sans contrôle, l'administration entraverait le développement progressif de la prostitution clandestine. Il est, en effet, logique de supposer qu'on préférerait éviter le danger que le rechercher.

Il faut alors, si l'on restitue aux prostituées libres les bénéfices du droit commun, leur en imposer les conséquences; et elles tomberaient sous le coup de la loi, s'il y a de leur part excitation ou provocation publique à la débauche.

M. le professeur WELANDER (de Stockholm), co-rapporteur. La surveillance des prostituées n'étant légitimée que par des considérations d'hygiène, il faut qu'elle porte le cachet d'une mesure sanitaire.

Le service des visites doit être en rapport étroit avec l'hôpital vénérien, et, si la chose est possible, situé dans le même local. Un seul chef de service doit diriger ces deux instituts.

Au service des visites doit être annexée une consultation gratuite pour les prostituées.

Ce service doit reposer sur une base légale pour que ses prescriptions soient assurées d'une exécution complète.

Avant d'être inscrite sur les registres de la prostitution, la femme qui s'engage dans cette voie doit être surveillée et réprimandée, afin que sa décision soit mûrement réfléchie. Si elle ne s'amende pas, on ne peut retarder plus longtemps son inscription.

Une femme âgée de moins de dix-sept ans ou incomplètement formée encore, ne peut être inscrite comme prostituée.

Une femme ne peut, en aucun cas, être obligée d'entrer dans une maison de tolérance.

Les prostituées doivent être traitées avec humanité et fermeté. Leurs manquements sont punissables, mais les pénalités doivent être en rapport avec la faute commise. Les infractions aux prescriptions sanitaires doivent être punies sévèrement; l'indulgence est recommandée pour les autres.

L'État et les communes doivent créer des établissements d'amélioration et d'éducation pour y interner, pendant tout le temps nécessaire, les mineures qui montrent un penchant aux mauvaises mœurs.

Des établissements de refuge pour les prostituées repenties doivent être également créés, bien que leur efficacité ne soit qu'exceptionnelle.

M. SCHMOLDER (de Hamm, Westphalie). Inefficace, immorale, antichrétienne, la surveillance policière de la prostitution doit être abolie et remplacée par l'établissement de

pénalités contre les prostituées et les tenanciers de maison. Les poursuites n'auraient lieu que sur demande de la police.

Par ce système, les objections morales tombent.

La police reconquerrait un pouvoir discrétionnaire dans l'intérêt de l'ordre public; elle ne serait plus désarmée contre les prostituées mariées ou mineures; et elle aurait le pouvoir de retirer de la circulation, pendant toute la période contagieuse de leur affection, les prostituées syphilitiques ou gonorréiques, ce qui, au point de vue sanitaire, est le maximum désirable.

Cinquième question.

PAR QUELLES MESURES LÉGALES POURRAIT-ON ARRIVER A DIMINUER LE NOMBRE DES FEMMES QUI CHERCHENT DANS LA PROSTITUTION LEURS MOYENS D'EXISTENCE ?

Par M. le professeur NEISSER (de Breslau).

Deux ordres de causes règlent le nombre des prostituées: celles qui poussent la femme à se livrer à ce métier, et celles qui régissent la demande de la part des hommes. C'est la loi de l'offre et de la demande.

A. Par quels moyens diminuer l'offre des femmes :

1° Education par l'État des enfants, moralement abandonnés, dans des familles ou des asiles;

2° Restriction internationale du travail des femmes mariées dans les fabriques;

3° Inspection des logements au point de vue moral;

4° Amélioration des logements;

5° Secours aux filles-mères et à leurs enfants;

6° Encasernement des prostituées dans certaines maisons;

7° Réforme dans la réglementation de la prostitution.

B. Par quels moyens diminuer la demande de prostituées de la part des hommes?

1° Démonstration, par tous ceux qui, à un titre quelconque, sont chargés de l'instruction ou de l'éducation de la jeunesse, des dangers des rapports sexuels en dehors du mariage et de la possibilité de la chasteté. Associations de propagande contre les mauvaises mœurs et l'alcoolisme;

2° Campagne contre la pornographie;

3° Surveillance étroite des cafés à serveuses, etc.

4° Encasernement de la prostitution. — Suppression des dispositions légales qui interdisent cet encasernement ou la création de maisons de tolérance;

5° Responsabilité de l'homme quant aux conséquences de l'acte sexuel :

a. Punition sévère de la défloration, allant jusqu'à accorder à la déflorée les droits de la femme légitime;

b. Dette alimentaire vis-à-vis de la femme enceinte et de la femme illégitime, qui a droit à une part d'héritage;

c. Punition sévère de l'avortement;

d. Création d'asiles pour enfants illégitimes;

e. Punition sévère du viol, de la séduction par ruse, promesses, etc.

f. Élévation à dix-huit ans au moins de l'âge jusqu'auquel il est interdit d'avoir des rapports sexuels avec une jeune fille.

Ces mesures devraient être complétées par les suivantes :

1° Chaque vénérien qui connaît la nature de son mal est tenu de se faire traiter soit par un médecin, soit gratuitement, dans un dispensaire public ou un hôpital;

2° Le médecin doit forcer le vénérien à se soigner régulièrement et complètement, avec l'aide des pouvoirs publics, s'il le faut;

3° Le traitement des maladies vénériennes par toute personne n'appartenant pas au corps médical doit être sévèrement puni.

Mme BŒBER-BOEHME (de Berlin), rapporteur. La prostitution n'est pas un mal nécessaire. Il faudrait supprimer les prostituées en maison ou libres. Le sentier de la prostitution devrait être considéré législativement comme un délit. Les hommes qui useraient de la prostitution seraient soumis à la même défense et aux mêmes punitions. Ces dispositions satisferaient pleinement à la justice et au principe de l'égalité de la morale pour les deux sexes.

DISCUSSION DES QUATRIÈME ET CINQUIÈME QUESTIONS

M. BLASCHKO, s'appuyant sur les statistiques de M. Jullien, montre que c'est à l'âge de dix-huit ans que les prostituées sont le plus dangereuses. Or, c'est précisément sur les vieilles prostituées que porte surtout la surveillance de la police, les jeunes y échappent presque toujours. On devrait enlever à la visite son caractère policier, qui écarte les malades au lieu de les attirer.

M. FOURNIER, d'autre part, ne croit pas que la sécurité donnée par les maisons de prostitution encourage la débauche; si elles donnaient réellement la sécurité, tout le monde s'y précipiterait et elles ne diminueraient pas de nombre comme elles le font.

La prophylaxie exige que l'on prenne des mesures contre la prostitution des mineures. Il faudrait créer des maisons spéciales où on les guérirait, où on leur apprendrait un métier, car c'est souvent l'ignorance d'un état suffisamment rémunérateur qui jette ces pauvres filles dans la honte et la débauche. Enfin, par une éducation morale, on tâcherait de les ramener au bien.

A la suite d'une discussion assez confuse au sujet du sens qu'il faut donner au mot *mineures*, la Conférence adopte, à l'unanimité, le vœu suivant de M. Fournier :

« La Conférence, etc., émet le vœu que les gouvernements usent de tous leurs pouvoirs en vue de la suppression absolue de la prostitution des mineures. »

Sixième question.

ABSTRACTION FAITE DE TOUT CE QUI TOUCHE A LA PROSTITUTION, QUELLES MESURES GÉNÉRALES Y AURAIT-IL LIEU DE PRENDRE POUR LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LA PROPAGATION DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES?

Par M. KAPOSI (de Vienne).

Quelles que soient les mesures que pourraient prendre les pouvoirs publics pour lutter contre la propagation de la syphilis, c'est toujours au corps médical que reviendra la plus grande part dans cette lutte.

Il importe donc :

1° Que, dans toutes les Facultés de médecine, l'on crée des cliniques et des instituts de dermatologie, de syphiligraphie et de vénéréologie, — cliniques qui seraient mises sur le même rang que les cliniques médicale et chirurgicale;

2° Que ces branches constituent des matières obligatoires de l'examen;

3° Mais, comme ces matières exigent un long apprentissage, le médecin ordinaire ne pourra résoudre tous les cas qui se présenteront à lui; soupçonner la syphilis et faire appeler le spécialiste à temps sera surtout le rôle du médecin, et par cela seul il rendra déjà d'immenses services; attendre plus du médecin non spécialisé serait inutile et impossible.

Le docteur qui brigue des fonctions telles que : inspecteur des prostituées, médecin dans le service de syphiligraphie, etc., devrait prouver qu'il a suivi pendant au moins six mois, comme aide libre, une clinique ou un service spécial.

Il résulte de ce qui précède :

4° Que seuls des médecins ainsi formés pourront indiquer aux administrations et aux pouvoirs publics le but à atteindre et les moyens à employer pour combattre la syphilis;

5° Que des médecins spécialistes très compétents constituent la meilleure arme dans la lutte contre la syphilis.

M. LESSER (de Berlin) trouve qu'il y a lieu, évidemment, d'abroger les dispositions réglementaires des caisses d'assurances qui refusent tout secours aux malades vénériens; il y a lieu aussi de traiter ces malades humainement, comme les autres malades, et de leur accorder les mêmes libertés (promenades dans les jardins de l'établissement, visites, etc.), et de leur rendre le séjour à l'hôpital aussi agréable que possible. Le public et les règlements doivent se pénétrer de cette idée que les « maladies vénériennes ne sont pas plus honteuses que les autres ». Il faut, évidemment, séparer à l'hôpital les prostituées des autres vénériennes.

Lutter contre le traitement non médical des maladies vénériennes, contre l'infection des nourrices ou par les nourrices, contre l'infection dans l'industrie (souffleurs de verre), contre l'infection par vaccination, circoncision, etc., sont autant de devoirs pour l'État.

Enfin, il faut éclairer le public : qu'à l'école, à l'armée, on fasse des conférences à ce sujet; que le médecin ne perde aucune occasion de renseigner sa clientèle sur ce point; qu'il insiste surtout sur les dangers du mariage; qu'il remette, au besoin, des instructions imprimées aux vénériens.

En dehors de ces moyens, relever le niveau moral de la population — que ce soit par la religion ou par la seule propagande morale — serait un des remèdes les plus efficaces contre les maladies vénériennes.

DISCUSSION DE LA SIXIÈME QUESTION

Il est évident, dit M. FOURNIER, qu'actuellement le public médical ne connaît qu'imparfaitement les maladies vénériennes, parce qu'elles ne font pas partie des branches obligatoires aux examens. Elles doivent le devenir, et il y aurait lieu de fonder dans les centres un corps de vénéréologues spécialistes.

Il faut ensuite améliorer nos hôpitaux et nos consultations. Il est à noter que la plupart des cas de syphilis ne relèvent pas d'un traitement à l'hôpital, mais plutôt de la consultation externe ou policlinique; d'ailleurs, les malades ne se laisseront pas interner pour une syphilis latente, une alopécie, une roséole.

On connaît les défauts de l'organisation actuelle des consultations, à Saint-Louis tout au moins. Les ouvriers perdent aux consultations un temps précieux; il est impossible, dans des locaux encombrés, de veiller à ce que l'entretien du médecin et du malade soit secret, à ce que le prolétaire trouve à l'hôpital toutes les garanties que le cabinet du médecin de ville offre au malade riche.

Les consultations devraient être multiples, afin de ne pas être encombrées; elles devraient avoir lieu à des heures telles qu'elles n'empêcheraient pas les malades d'aller à leur travail : il faudrait les fixer de six à huit heures le dimanche. M. Fournier voudrait qu'au dos de la carte du malade il y eût une instruction familière rappelant que la syphilis peut guérir, mais seulement par un traitement prolongé; qu'elle est très contagieuse, qu'il y a lieu de s'abstenir de tout rapport sexuel.

M. le professeur HUTCHINSON insiste sur la nécessité de tous les moyens thérapeutiques et moraux. Il faut aussi faire l'éducation du public et augmenter le sentiment de la responsabilité, qui a fait d'ailleurs beaucoup de progrès.

Enfin, le vœu suivant est adopté par l'assemblée :

« La Conférence internationale, etc., estime qu'une sérieuse instruction médicale, dans la branche des affections vénériennes, est un des facteurs principaux dans la lutte contre les maladies vénériennes. Elle recommande aux gouvernements de faire en sorte que les médecins acquièrent une instruction solide dans la spécialité des maladies vénériennes. Ces cours seraient rendus obligatoires pour les étudiants et seraient donnés par un spécialiste : les examens seraient également passés devant un spécialiste. »

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Étiologie des convulsions infantiles (A. M. Gossage et J. A. Coutts). — Le nom de convulsions infantiles sert à désigner des contractions musculaires désordonnées simultanées ou successives, suivies habituellement de perte du sentiment. Le terme d'éclampsie doit être repoussé, dans l'espèce. Les « convulsions » relèvent d'une foule de conditions pathologiques. Toutefois, il ne faut pas en exagérer le nombre. Ce qu'on appelle convulsions internes n'est qu'un mode d'expression de la souffrance au moment de la mort : on a conclu à tort, soit dit en passant, que les convulsions étaient les causes de la mort.

On a dit que le système nerveux de l'enfant est doué d'une grande *irritabilité* due à ce fait que les centres modérateurs supérieurs n'ont pas achevé leur complet développement. La moindre excitation, périphérique ou centrale, produirait une décharge excito-musculaire intense, qui ne serait autre que l'attaque de convulsions. Cette explication est insuffisante. Sinon, cette irritabilité spéciale existerait chez tous les enfants, elle serait égale chez tous à un âge donné. Or, la plupart des enfants, bien qu'exposés aux mêmes causes d'excitation, n'ont pas de convulsions. En outre, un grand nombre de sujets ayant eu des convulsions sont par la suite indemnes de toute affection nerveuse.

Les auteurs attachent au contraire une importance capitale à l'*hérédité névropathique*. Très souvent (32 p. 100 d'après l'un d'eux) les convulsions se retrouvent chez les ascendants, souvent chez les frères et sœurs. Ce fait n'a pas été mis en lumière comme il le mérite.

On admet que le *rachitisme* est une cause importante de convulsions. La plupart des enfants atteints de convulsions sont entachés de rachitisme, mais relativement peu de rachitiques présentent des convulsions (4 cas sur 54 rachitiques).

Toutes les maladies ou blessures du cerveau et de ses enveloppes ont place dans cette étiologie : commotion cérébrale, hémorragie, abcès, tumeurs, méningite, atrophie et déformations de l'idiotie. Les convulsions qui s'observent dès la naissance sont dues le plus souvent à une hémorragie méningée et s'accompagnent de paralysie avec contracture. Dans les tumeurs cérébrales, lorsque le début est brusque et les mouvements cloniques bilatéraux, le diagnostic peut s'égarer. Les convulsions sont parfois un signe de début de la méningite.

La congestion veineuse du cerveau par une toux violente, ou, au contraire, l'anémie due à une hémorragie, à une maladie débilitante peuvent avoir pour effet commun la

production de convulsions. L'urémie est une cause convulsivante qui est rare au-dessous de deux ans.

Les *maladies aiguës* fébriles, à début brusque, présentent parfois une attaque de convulsions, mais on a exagéré cette influence étiologique. Il s'agit, la plupart du temps, d'enfants présentant des antécédents névropathiques. A la période initiale des fièvres éruptives les convulsions s'observent dans moins de 5 p. 100 des cas. Elles sont plus fréquentes au cours de la maladie qu'au début et elles relèvent alors d'une des nombreuses complications que l'on peut observer dans ces maladies. Les convulsions ne sont donc pas, comme on l'a soutenu, l'équivalent du frisson qui existe au début des maladies aiguës chez les adultes. Elles sont en effet très rares dans ces conditions et ne se rencontrent que chez les sujets prédisposés.

La plupart des médecins, d'accord en cela avec le public, attachent dans cette étiologie une grande importance à certaines causes d'irritation périphérique, affections dentaires, troubles intestinaux. Toutefois on commence à être plus circonspect dans ces affirmations, et à reconnaître que ces causes banales ont besoin, pour être efficaces, d'agir sur des sujets qui présentent des antécédents névropathiques ou rachitiques On doit faire une place à part aux blessures chirurgicales graves qui semblent bien avoir une action convulsivante.

L'*asphyxie*, enfin, est peut être le facteur étiologique le plus puissant dans la production des convulsions. En cela, l'observation clinique est d'ailleurs en concordance parfaite avec l'expérimentation sur les animaux. Les convulsions observées dans les maladies qui présentent des troubles respiratoires relèvent de l'asphyxie. De même, les mouvements convulsifs qui précèdent la mort trouvent leur explication dans l'asphyxie entraînée par l'insuffisance progressive du poumon. Invariablement, d'ailleurs, l'autopsie montre des lésions de congestion. On ne saurait donc attacher trop d'importance aux phénomènes asphyxiques dans l'étiologie des convulsions. (*Brit. med. Journ.*, 9 août.) A. HOUSQUAINS.

Forme convulsive de la malaria larvée. — Les formes larvées de la fièvre palustre qui prennent cliniquement l'aspect de divers troubles nerveux, sont loin d'être rares; mais, parmi ces formes nerveuses, la forme convulsive est bien plus fréquente. Aussi, le cas observé par M. Stein mérite-t-il d'être signalé.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, prise brusquement de douleurs abdominales excessivement violentes, avec contractions douloureuses des muscles de la paroi abdominale et des extrémités. A l'examen, l'auteur trouve la malade en léger emprosthotonos, les extrémités étaient étendues et les doigts et les orteils écartés, les muscles des extrémités étaient en contraction tétanique; de temps à autre on y remarquait quelques mouvements cloniques. Les muscles de la paroi abdominale étaient également en contraction tonique, tandis que les muscles du thorax, du dos, de la face, du pharynx étaient intacts; les muscles de la nuque étaient légèrement raidis et la malade avait tendance à incliner la tête en avant. La température était à 37°1; le pouls à 90; langue chargée; renvois; constipation.

Rien dans les antécédents de la malade ne permettait de reconnaître la nature et la cause de l'affection; il était évident qu'il ne s'agissait ni de rage, ni de tétanos, ni d'un empoisonnement médicamenteux. Mais, en raison des troubles dyspeptiques, l'auteur pensa qu'il s'agissait peut-être de contractions d'origine gastro-intestinale; aussi prescrivit-il un lavement, de l'huile de ricin, et, contre les spasmes musculaires, un bain prolongé et des calmants (morphine, chloral). Ce traitement symptomatique amena à peine une légère accalmie; les contractures diminuèrent cependant d'intensité vers minuit et cessèrent complètement vers le matin. On put alors examiner complètement la malade, mais cet examen ne donna pas encore la clef du diagnostic; on ne trouva aucun trouble viscéral, pas de stigmates d'hystérie, si ce n'est une légère hyperesthésie et hyperalgésie au niveau des muscles qui avaient été contracturés.

Le soir l'accès se répéta, rappelant en tous points l'accès précédent; malgré l'administration de calmants, il persista toute la nuit pour cesser dans la matinée. A ce moment, on put constater à la percussion une légère hypertrophie de la rate. Après une journée de calme, l'accès se répéta encore le soir, à la même heure que les deux premières fois, et cela malgré l'administration de bromure.

Cette périodicité imposa le diagnostic de forme larvée de malaria, à type quotidien, avec douleurs gastro-intestinales paroxystiques et douleurs dans les muscles de l'abdomen et des membres. Aussi institua-t-on le traitement *ad hoc*, et en effet, dès le lendemain, l'accès se montra deux heures plus tard que les soirs précédents, son intensité fut bien moindre, et il disparut définitivement ensuite.

L'examen du sang n'a malheureusement pas pu être fait, néanmoins, en raison de la périodicité des accès paroxystiques, de la non-efficacité des bromures et du chloral et de l'action rapide de la quinine, on est en droit d'affirmer la nature palustre de ces accès convulsifs. (*Ejenedelnik*, 1899, n° 6.)

De l'administration de caféine dans les cardiopathies. — Le professeur Zenietz attire l'attention des praticiens sur la divergence qui existe dans l'opinion des cliniciens sur l'action de la caféine sur le muscle cardiaque et sur les dangers de son emploi à dose tant soit peu élevée.

En ce qui concerne son action, la caféine serait pour Lépine, Riegal, S.-P. Botkine, un diurétique par excellence et un régulateur du cœur; les uns (Schmiedeberg, Nothnagel) ont constaté, sous son influence, une accélération du pouls, tandis que d'autres ont plutôt trouvé un ralentissement. C. Paul la considérait comme un excitant du cœur et Dujardin-Beaumetz comme un modérateur à dose moyenne et toxique à dose élevée, tandis que, pour Huchard et Lépine, elle n'exerce d'action favorable qu'à dose élevée. On voit donc que bien des médecins sont enclins à prescrire la caféine à dose élevée. Or, M. Zenietz est absolument convaincu, en s'appuyant sur ses nombreuses observations, qu'à cette dose la caféine agit absolument comme un poison cardiaque, amenant la mort instantanée, avec arrêt du cœur en systole, contrairement à ce qu'on observe chez les animaux qui meurent aussi instantanément, mais avec arrêt du cœur en diastole. De même on a tort de l'administrer dans la pneumonie, surtout chez les vieillards, et l'auteur a observé des cas de mort absolument imputables non pas au processus de la pneumonie, mais à la caféine administrée à la dose de 60 centigrammes par jour, pendant deux ou trois jours, car les malades ont succombé brusquement et à l'autopsie on a trouvé le cœur absolument tétanisé.

Pour résoudre ses doutes, l'auteur a institué une série d'observations systématiques sur des malades rénaux et cardio-rénaux, auxquels il administrait de 20 à 30 centigrammes de caféine pure, deux ou trois fois par jour. Ces observations ont démontré que, sous l'influence de la caféine, la pression, examinée à la radiale, à l'aide du sphygmomanomètre, augmentait dès le lendemain du traitement, le pouls devenait plus plein, mais sans devenir plus fréquent; les urines devenaient plus abondantes et les œdèmes diminuaient, quoique très lentement. Mais après quatre, cinq, six jours, les malades commençaient à se plaindre de serrement intra-thoracique, de dyspnée, d'agitation nocturne; dans certains cas on pouvait en même temps constater par la percussion la diminution de la zone de matité cardiaque. On arrêtait donc l'administration de la caféine et

si l'on administrait ensuite un médicament indifférent, on notait un abaissement de la pression et une diminution de la diurèse et en même temps une amélioration de l'état général. Mais, ce qui est particulièrement important, c'est que l'auteur a pu se convaincre par ces observations, que la caféine possède, comme la digitale, une action cumulative. Pendant les dix ou quinze jours de traitement indifférent qui suivaient l'administration de la caféine, on pouvait encore déceler celle-ci dans les urines. Ce fait est assez important pour mériter l'attention. Il va de soit que plus le filtre rénal est altéré, plus l'élimination se fait mal et plus on a de chances de voir la caféine s'accumuler dans l'organisme et l'intoxiquer. On a donc tort de considérer la caféine comme le diurétique par excellence, puisque c'est précisément dans les lésions rénales qu'elle est contre-indiquée. De même on devrait s'abstenir de prescrire la caféine aux artério-scléreux et dans l'angine de poitrine des artério-scléreux, car les échanges étant déjà chez ces malades notablement abaissés, le médicament en question peut avoir une action désastreuse par suite de son accumulation.

Toutes ces réflexions s'appliquent, *a priori*, aussi à la théobrine. (*Wratch*, 1899, n° 14.) S. BROÏDO.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des ulcères de jambes par la naphtaline.

Le docteur Takowlew recommande l'usage de la naphtaline dans le traitement des ulcères et plaies de jambe.

Voici la façon de procéder telle que la rapporte le *British medical Journal*.

Après avoir soigneusement lavé la plaie et ses bords, on prend un morceau d'ouate hydrophile de dimensions convenables. On l'imbibe avec une solution antiseptique et on l'exprime légèrement, puis on saupoudre une des faces de naphtaline et on place le tout sur l'ulcère.

Le pansement est maintenu avec un morceau de taffetas gommé et une bande; il est laissé en place huit à dix jours.

D'après M. Takowlew, ce pansement, extrêmement facile à appliquer, aurait l'avantage de cicatriser rapidement les plaies, sans provoquer d'irritation, et de supprimer tout suintement.

La paille de blé ou d'avoine carbonisée comme matière de pansement.

On sait que les médecins japonais ont déjà expérimenté avec succès le pansement au charbon de paille de riz, et qu'ils le recommandent comme le plus parfait des pansements destinés aux plaies par coups de feu.

M. Fevrier, médecin-major de première classe, s'est préoccupé (1) de savoir si les pailles les plus communes d'Europe pouvaient être utilisées dans des conditions analogues à celles qui se sont présentées dans la guerre sino-japonaise.

Le charbon se prépare soit comme le charbon ordinaire, par combustion lente sans appel d'air, soit en faisant brûler à l'air libre, dans un récipient en tôle, de la paille dont le charbon est trié en enlevant les corps étrangers et les fragments non carbonisés.

Ce charbon renfermé dans des sachets de toile fine, bouillis dans une lessive de soude, sachets épais de 2 centimètres environ et de dimensions variées, peut être employé comme pansement sec, humide ou gras, après avoir été recouvert d'une légère couche de vaseline.

Le pansement a l'inconvénient d'être un peu rude, même humide ou vaseliné, de plus, il laisse échapper une poussière noirâtre, qui forme un véritable magma sur la plaie.

(1) *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, août 1899.

L'auteur conclut que le charbon de paille, facile à préparer, de prix modique, présentant des qualités d'asepsie et d'absorption suffisantes, constitue surtout un bon *pansement de fortune*.

Procédé pour conserver la perméabilité des aiguilles à injection hypodermique.

Le docteur Belin se sert dans ce but d'une très petite poire en feuille anglaise rouge dont la pointe coupée possède exactement le diamètre de l'embout des seringues; l'injection terminée, il adapte une petite poire à l'aiguille — deux ou trois pressions brusques suffisent à chasser le liquide contenu dans la lumière de l'aiguille et dans l'embout; on en a la preuve en voyant sourdre une ou deux gouttes du liquide employé, à la pointe — il ne reste qu'à essuyer doucement la surface extérieure et l'aiguille se conserve indéfiniment.

Depuis deux ans, M. Belin a eu recours à ce petit expédient et malgré la multiplicité des injections pratiquées avec des liquides variés (la caféine, par exemple, qui encrasse plus que tout autre médicament), il n'a jamais eu d'aiguille à remplacer, pour ce motif du moins.

A défaut de poire à injection, on se servirait facilement des minuscules souffleries adaptées aux obturateurs des appareils photographiques dits « détective »; il suffirait même à la rigueur de souffler dans l'aiguille après l'injection, mais il n'est pas agréable de porter à sa bouche une aiguille chargée d'éther ou de gaïacol par exemple, tandis qu'il est facile de se procurer le petit appareil recommandé, et qui peut se loger dans tous les écrins à côté de la seringue. (*Rev. ill. de polytech. méd.*, 1899, et la *Normandie méd.*)

FORMULAIRE

Contre les névralgies.

Extrait de jusquiame	12	centigrammes.
— de valériane	20	—
Chlorhydrate de morphine	1	—
Poudre de réglisse	Q. S.	

Pour une pilule n° 20. (M. Bastié.)

Une le soir en se couchant, une autre le matin en s'éveillant. Ne pas dépasser trois pilules en vingt-quatre heures.

Contre la blépharite ciliaire.

Sulfure d'antimoine	1	gramme.
Saxolène	4	—
Vaseline jaune	2	—

Pommade. Usage externe. (V. CARRA. *Écho méd. de Lyon.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. Berger, médecin de deuxième classe, aide-major au 1er d'artillerie à Lorient, sera réintégré au service général, dans ce port, à compter du 29 septembre courant.

Projet de loi Astier. — M. Astier, député de l'Ardèche, a demandé la suppression, dans la loi de recrutement, de l'article 23 qui accorde les dispenses pour cause d'études. Il estime que la perspective seule d'échapper à deux ans de service militaire provoque l'encombrement des carrières libérales, et de la nôtre en particulier.

Club médical de Paris. — Le Club médical de Paris est définitivement constitué.

Ses locaux sont situés au n° 5 de l'avenue de l'Opéra. Il comprend déjà plus de 200 membres.

Le bureau, élu à l'assemblée générale du 10 juillet, est composé de : président, M. le docteur Pozzi; vice-présidents, MM. les docteurs de Ranse et Faisans; secrétaire général, M. le docteur Doléris; secrétaires, MM. les docteurs Lefèvre, de Saint-Léger,

Bonnin; trésorier, M. le docteur Desnos; archiviste-bibliothécaire, M. le docteur Chassevant.

Le comité comprend : MM. Marcel Baudouin, Bouloumié, Boursier, Brissaud, Chassevant, Chervin, Chevallereau, Coudray, Desnos, Doléris, Durand-Fardel, Faisans, Florand, Jamin, Laborde, Lataste, Lefèvre (V.), Marchant (Gérard), Maygrier, de Molènes, Poyet, Pozzi, de Ranse, Valude.

La cotisation est de 100 francs par an, plus 5 francs pour carte d'admission renouvelable chaque année.

Les adhésions doivent être adressées à M. le docteur Doléris, 20, boulevard de Courcelles.

La peste. — L'épidémie est stationnaire à Oporto. On annonce qu'elle vient de faire son apparition à Maguse, près de la baie de Delagoa. Il y a eu 42 cas, tous suivis de mort.

La fièvre typhoïde. — A Lyon l'épidémie est en croissance. On a compté 7 décès la semaine dernière, et il y a une centaine de malades à l'Hôtel-Dieu.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. le docteur Roussin, médecin des colonies en retraite; le professeur Charles Stœrk, le laryngologiste bien connu de Vienne; les docteurs Brucant et Fleury de la Vallée, tous deux décédés de la fièvre typhoïde à Amiens; Taulier, ancien médecin de la marine, sénateur du Vaucluse.

— Courrier de la Presse. — Pouvoir recueillir dans les journaux du monde entier tout ce qui paraît sur un sujet quelconque, sur une question dont on aime à s'occuper; — surtout savoir ce que l'on dit de vous et de vos œuvres dans la presse, qui ne le souhaite parmi les hommes politiques, les écrivains, les artistes?

Le *Courrier de la Presse, bureau de coupures de journaux*, fondé en 1880 par M. Gallois, 21, boulevard Montmartre, à Paris, répond à ce besoin de la vie moderne avec autant de célérité que d'exactitude.

Le *Courrier de la Presse* lit 6000 journaux par jour.

Le *Courrier de la Presse* reçoit sans frais les ABONNEMENTS pour tous les Journaux et Revues.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(19 SEPTEMBRE 1899)

L'Académie a repris hier ses travaux, mais sans entrain. Une douzaine à peine d'académiciens dans la salle des séances, encore la plupart n'ont-ils fait qu'une courte apparition. C'est dire que les orateurs ont été généralement peu écoutés.

M. Cadet de Gassicourt lit deux très longs mémoires de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) : l'un sur les **abcès du foie chez les enfants** ; l'autre sur les **badigeonnages au gaïacol synthétique comme moyen de diagnostic différentiel de la fièvre paludéenne d'avec la tuberculose chez les enfants**.

Dans ce mémoire, l'auteur relate plusieurs observations tendant à démontrer que chez les jeunes enfants l'action antipyrétique du gaïacol synthétique α, employé sous forme de badigeonnages cutanés, très active et très prompte contre l'hyperthermie de la tuberculose, est presque toujours nulle dans les cas de fièvre palustre. Cette différence d'action du gaïacol peut être mise à profit pour le diagnostic différentiel entre la tuberculose et la malaria aiguë.

M. Gaube (du Gers) lit ensuite un travail sur la **minéralisation dans le traitement des rhumatismes chroniques**, dans lequel il montre que le tissu fibreux se déminéralise lentement, mais aussi se reminéralise très lentement, de là son atteinte dans le rhumatisme. Les rhumatisants chroniques ont un sérum sanguin déminéralisé.

Il y a là une indication thérapeutique chez ces malades. On emploiera les glycérophosphates de chaux, de soude, de magnésie, les chlorures.

Notons la formule que donne M. Gaube pour trouver le poids d'une personne, étant donné sa taille.

Pour une femme, dont on connaît la taille en mètre et centimètres, il suffit de supprimer le mètre et de retrancher le nombre 2 des centimètres pour obtenir le poids théorique. Par exemple, une femme de 1m46 doit peser 44 kilogs.

Pour un homme, on retranche simplement le mètre. Ainsi un homme de 1m64 doit peser 64 kilogs.

On le voit, rien de plus simple.

M. Le Damany (de Rennes) lit une note sur une **épidémie d'angines streptococciques ; l'aspect herpétique de la plupart de ces angines ; leurs complications** :

« La ville de Rennes a été, pendant le mois de décembre 1898 et les six premiers mois de l'année 1899, le siège d'une épidémie d'angines aiguës, ordinairement herpétiques, c'est-à-dire caractérisées par les symptômes généraux passagers très intenses : fièvre, céphalalgie, courbature et par des symptômes pharyngiens dont le plus important était le développement de vésicules d'herpès, adultes ou avortées, sur les amygdales et sur le voile du palais. Fréquemment ces angines ont été accompagnées ou suivies de l'apparition de vésicules cutanées d'herpès, ordinairement labiales.

Ces mêmes vésicules d'herpès de la peau ont souvent été consécutives à des angines pultacées ou érythémateuses. Ces diverses inflammations de la gorge se sont quelquefois compliquées d'autres manifestations infectieuses : coryza (1 cas), laryngite (2 cas), bronchite (2 cas), congestion pulmonaire (4 cas), embarras gastrique (1 cas), ictère catarrhal (1 cas). Souvent elles se sont accompagnées d'éruptions scarlatinoïdes (6 fois), maculeuses localisées (1 fois), papuleuses locales (1 fois), polymorphes (1 fois).

L'engorgement ganglionnaire a été ordinairement insignifiant, parfois volumineux, une seule fois il s'est terminé par suppuration (streptocoque). Les adénites cervicales et la fièvre ont été, chez deux enfants, les seuls symptômes cliniquement appréciables, constituant ainsi un mode pathogénique de la fièvre ganglionnaire, de nature streptococcique, à ajouter à ceux qui ont été antérieurement décrits. Chez une jeune fille l'angine herpétique s'est compliquée de septicémie streptococcique mortelle.

Le nombre total des angines de ce genre observées à Rennes a été de plusieurs milliers ; dans un seul des régiments de cette ville la proportion des individus affectés d'angines simples a été de 1 p. 10 environ ; dans un établissement scolaire elle s'est élevée à un cinquième environ ; en ville la proportion a également été très grande.

L'agent pathogène de ces angines est le streptocoque dont l'action causale nous semble démontrée par les arguments qui suivent. Ce streptocoque, de dimensions et de formes un peu variables, est disposé en chaînettes courtes ou longues, mais toujours coloré par le Gram, donnant sur gélose soit des colonies punctiformes, soit des colonies relativement grosses et blanches, ne poussant pas sur gélatine à 20 degrés, ne donnant pas de culture apparente sur

pomme de terre, troublant parfois et parfois ne troublant pas le bouillon, faiblement virulent pour le lapin, non virulent pour la souris, qui a presque toujours poussé seul ou à peu près sur les milieux, ensemencés par les exsudats pharyngiens (gélose peptone, sérum solidifié, gélose sanglante).

Dans un quart des cas les cultures ont été d'une pureté absolue; dans les autres se sont développées seulement de rares colonies de staphylocoques, de bacterium coli (3 fois) ou de tétragène (1 fois). Le rôle pathogène de ces bacilles et de ces cocci en grappes ou en tétrades est certainement négligeable; toujours leur développement a coïncidé avec celui de colonies confluentes de streptocoques. Un de nos malades a eu un érysipèle de la fesse par inoculation secondaire.

L'influence pathogène de la grippe ne peut être admise pour les raisons suivantes : 1° ni en ville, ni à l'hôpital, pas un cas bien net de grippe n'a été observé par nous pendant toute la durée de cette épidémie d'angines; 2° le coryza, la laryngite, la bronchite ont été des manifestations rares et toujours secondaires, les troubles nerveux ont constamment fait défaut et les troubles abdominaux ont été plus exceptionnels encore que les troubles thoraciques; 3° dans bon nombre d'observations, les allures cliniques ont été celles d'angines herpétiques très franches; 4° les examens sur lamelles et les cultures sur gélose sanglante n'ont jamais montré la présence du bacille de Pfeiffer.

En résumé, le streptocoque doit être regardé comme la cause immédiate de cette grande épidémie d'angines parce que sa présence était constante dans les exsudats pharyngés, parce qu'il s'y trouvait en extrême abondance soit seul, soit accompagné de rares microbes non moins banals que lui et variables d'un cas à l'autre.

Ajoutons que la notion d'épidémicité devait nous conduire *a priori* à l'hypothèse d'un agent pathogène univoque. »

La séance se termine par la lecture d'un rapport de M. Chauvel sur le prix Daudet.

PHTISIE LARYNGEE CHRONIQUE

SES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

En clinique, on divise classiquement la phtisie laryngée en trois périodes, suivant son évolution :

1° Une période de début, dite catarrhale ou épithéliale;

2° Une période d'état, caractérisée par de l'infiltration, des ulcérations ou des végétations;

3° Une période de terminaison, période nécrosique d'Isambert, pouvant se terminer par la mort, ou susceptible de régression et pouvant guérir (Héring).

C'est dire que le traitement de cette affection, si fréquente, si lente dans son évolution, si démoralisante pour le malade, si désespérante enfin pour le médecin, devra, lui aussi, varier suivant la période de la maladie. Il devra s'adresser aux lésions locales, mais il aura aussi pour but l'amélioration de l'état général.

Le *traitement général* doit donc être institué le premier. Nous ne nous y arrêterons pas longuement. C'est le traitement de la tuberculose pulmonaire en général. Cependant, il faut tenir compte ici de quelques particularités. C'est ainsi que l'air de la mer doit être considéré comme d'un effet déplorable sur le larynx envahi par la tuberculose. Castex l'a montré; il a insisté aussi, avec Duhourcau (de Cauterets), sur les dangers de la médication sulfureuse *interne*.

D'une façon générale, on devra exiger le *repos de la voix*.

Mais le véritable traitement est *local*, et il varie suivant la période de la maladie et les altérations du larynx. Il est médical avant tout, chirurgical seulement dans certaines conditions que nous déterminerons.

TRAITEMENT MÉDICAL. — *Première période, dite catarrhale.* — A cette période, le traitement consiste dans les pulvérisations chaudes, ayant pour but de calmer la douleur et la dysphagie.

Ces pulvérisations se font au moyen d'un pulvérisateur à chaudière. Elles ne doivent pas durer plus de cinq minutes. En effet, souvent mal supportées au début, causant quelquefois des nausées, elles pourraient, trop prolongées, être d'un effet nuisible. En tout cas, il convient de surveiller le malade.

Nombreuses sont les solutions qui servent à ces pulvérisations. Citons entre autres :

N° 1.	Benzoate de soude	2 grammes.
	Eau distillée................	100 —
N° 2.	Acide phénique..............	1 gramme.
	Eau distillée................	100 grammes.
N° 3.	Menthol cristallisé	1 gramme.
	Teinture d'eucalyptus	10 grammes.
	Alcool à 90 degrés	70 —
	Eau distillée................	150 —
		(Castex.)
N° 4.	Acide phénique..............	1 gramme.
	Bromure de potassium	5 grammes.
	Eau de laurier-cerise	20 —
	Glycérine	50 —
	Eau	Q. S. p. 300ᵍ.

Si les douleurs sont très violentes, on ajoute morphine ou cocaïne (40 à 60 centigrammes). [Cuvillier.]

On a encore préconisé la cocaïne en solution (5 à 20 p. 100). Rosenberg a recommandé le menthol en solution aqueuse à 20 p. 100. A titre d'émollient, on peut encore utiliser la décoction de laitue, dans laquelle on aura mis de l'acide borique (1 p. 100). Contre la toux incessante, les vapeurs de glycérine ont été employées avec succès par Trastour. Comme précaution hygiénique ayant une réelle valeur, il est bon de prescrire le séjour dans une *chambre dont l'atmosphère est maintenue humide* au moyen de vapeur d'eau fournie par un pulvérisateur, ou plus simplement par un récipient à large ouverture, rempli d'eau et posé sur un réchaud ou une lampe à alcool.

A la deuxième période, on peut se trouver en présence d'infiltration tuberculeuse pouvant amener une grave complication, l'œdème de la glotte. Dans ce cas particulier, on emploiera avant tout les révulsifs. Parmi tous ceux dont nous disposons, le meilleur est le plus simple. Nous le rappelons pour mémoire. Il consiste dans l'application, sur la région prélaryngienne, de compresses imbibées d'eau très chaude, aussi chaude que le dos de la main peut le supporter. La plupart du temps, ce simple procédé est suffisant.

En dehors de cet accident, on observe le plus souvent des ulcérations et des végétations plus ou moins saignantes. Autant de portes ouvertes aux infections secondaires.

C'est pour parer à ce danger que l'on utilise les *pansements* ou les *injections trachéales*, destinés à porter au niveau du larynx soit des substances antiseptiques, soit des agents modificateurs ou caustiques.

Les pansements sont portés avec de l'ouate hydrophile au moyen du porte-ouate laryngien; ils consistent alors dans des attouchements. Dans certains cas, on a pu proposer le *pansement à demeure*. C'est ainsi que de Weglenski s'est servi d'un tube, analogue au tube à intubation, en l'entourant de tarlatane antiseptique.

On a encore employé en *insufflations* toutes les poudres antiseptiques possibles : l'iodoforme, que l'on abandonne un peu maintenant à cause de l'inappétence qu'il produit; l'iodol (Lublinski, Seifert), l'aristol, l'acide borique en poudre (Gaucher, Schœffer). Toutes ces poudres, utilisées à la dose de 20 à 50 centigrammes, en insufflations, ont le même défaut : elles sont irritantes et causent des quintes de toux.

Les médicaments destinés aux attouchements et pansements sont extrêmement nombreux. Castex recommande :

N° 1.	Acide lactique	20 grammes.
	Eau distillée	20 —
N° 2.	Naphtol β	10 grammes.
	Camphre	20 —
N° 3.	Menthol	4 grammes.
	Huile stérilisée	20 —
		(Rosenberg.)
N° 4.	Créosote	1 gramme.
	Glycérine	30 grammes.
		(Cadier.)
N° 5.	Phénol sulforiciné	Q. S.
		(Ruault.)
N° 6.	Iodoforme	1 gramme.
	Glycérine	20 grammes.
F° 7.	Chlorure de zinc	1 gramme.
	Eau distillée	20 grammes.

Castex insiste en particulier sur l'*acide lactique* (1), et c'est en effet l'agent qui semble donner les meilleurs résultats sur les ulcérations. Employé pour la première fois en 1885 par Krause (de Berlin), préconisé depuis par Héring, il a été employé depuis d'une façon constante par M. Gouguenheim.

« L'acide lactique s'emploie en solutions variant de 10 à 80 p. 100; avec une solution très forte, des eschares peuvent se produire, blanchâtres, adhérentes, ne tombant qu'au bout de quelques jours. Quand l'eschare tombe, le fond de l'ulcère apparaît recouvert de granulations rosées; il diminue peu à peu d'étendue et la cicatrisation peut se faire. Les premiers pansements, faits avec une solution concentrée, donnent ordinairement du spasme; il sera bon de cocaïniser au préalable le malade » [Cuvillier (2)].

Deux traitements plus modernes peuvent encore être employés. Ce sont la *sérothérapie* et les *injections interstitielles*.

La sérothérapie, sous forme d'injections sous-cutanées périlaryngiennes avec le néosérum de Richet et Héricourt, a donné de bons résultats à de Weglenski. Comme tonique, décongestionnant et analgésique, le néosérum, à la dose de 3 centimètres cubes, deux fois par semaine, aurait une action très favorable.

Les injections interstitielles sont pratiquées à l'aide de seringues à aiguilles courtes, pénétrant sous la muqueuse laryngée, contre la face interne du cartilage thyroïde (de Weglenski). Les liquides employés varient; on peut se servir d'huile créosotée [Chappel (de New-York)] ou de chlorure de zinc à 1 p. 20 (Castex). Ce dernier auteur a obtenu ainsi des résultats encourageants.

(1) A. Castex. *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*, 1899.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 109, Rev. gén.

A la troisième période enfin, il ne reste plus qu'à calmer le malade dans la mesure du possible, les douleurs étant extrêmes à cette période de nécrose.

Ici encore les pulvérisations peuvent rendre des services. La solution phéniquée à 1 p. 100 agit à la fois comme analgésique et antiseptique.

On est d'ailleurs en droit d'employer ici tous les calmants, sous une des formes suivantes par exemple.

N° 1.	Chlorhydrate de cocaïne	2 grammes.
	Chlorhydrate de morphine	1 —
	Antipyrine	1 —
	Glycérine neutre	60 —

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau distillée, (*pour gargarisme ou pulvérisation*) avant les repas. (Castex.)

N° 2. Insuffler, deux fois par jour, une demi-heure avant les repas, à l'aide du lance-poudre laryngien, 5 centigrammes de

Poudre de chlorhydrate de morphine	*ââ*	2 grammes.
Poudre de sucre de lait		
Gomme arabique		1 —

ou gros comme un pois d'*orthoforme*, une fois par jour au niveau du larynx (Grasset).

Pour pratiquer ces insufflations, Le March'adour recommande un appareil assez pratique.

C'est un tube de verre convenablement coudé à une extrémité qui sera dirigée vers la lumière du larynx; l'autre extrémité droite s'adapte à un petit tuyau de caoutchouc.

La poudre médicamenteuse est introduite dans le tube de verre du côté droit, le médecin y adaptant le tuyau de caoutchouc place l'extrémité libre de ce tuyau entre ses dents.

La langue du malade fortement déprimée permet de voir l'épiglotte, point de repère. L'extrémité recourbée du tube est alors dirigée vers le larynx, et le médecin souffle la poudre médicamenteuse en bonne direction.

Pour que la poudre vienne convenablement recouvrir le vestibule laryngé, il suffit de porter le tube de verre en haut et en arrière de l'épiglotte, la concavité de la courbure regardant en bas.

Pour soutenir l'état général, si l'alimentation devient impossible, à cause de la douleur, donner des lavements médicamenteux :

Créosote de hêtre	2 grammes.
Salol	2 —
Iodoforme	5 centigrammes.
Huile d'olive	200 grammes.
	(Castex.)

ou alimentaires, avec des œufs dans du lait avec du rhum, ou de la peptone dans du bouillon.

Traitement chirurgical. — Citons en première ligne le *curetage*.

C'est à Héring que l'on doit la vulgarisation de cette intervention dont il a précisé les règles.

On a le choix entre un certain nombre d'instruments. Les curettes et les couteaux d'Héring, la double curette de Krause et les pinces coupantes de Gouguenheim.

Quel que soit l'instrument employé, on doit préalablement assurer l'antisepsie du larynx, dans la mesure du possible, par des attouchements au naphtol camphré, par

exemple; puis, après anesthésie à la cocaïne on pratique un curetage sévère, la timidité étant ici un défaut. Après l'opération on fait un attouchement à l'acide lactique.

Tel est le manuel opératoire. Quant aux indications, les voici, d'après Héring :

1° Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'infiltrations ou d'ulcérations limitées à la paroi postérieure du larynx, d'infiltrations unilatérales ou au début sur l'épiglotte, la double curette de Krause trouve son emploi.

2° Dans les infiltrations et ulcérations profondes des cordes vocales supérieures, se servir de la curette d'Héring ou de celles de Krause.

3° Lorsqu'on a affaire à des végétations plus ou moins considérables, les pinces coupantes de Gouguenheim sont indiquées pour pratiquer leur ablation.

De toutes façons, Héring recommande d'agir énergiquement et aussi profondément que possible, les demi-mesures étant ici dangereuses. Héring a obtenu ainsi des guérisons probantes, vérifiées histologiquement par Virchow.

A côté du curetage il faut citer la *galvanocaustique*, qui a pu donner d'excellents résultats dans la tuberculose de l'épiglotte et de la région arythénoïdienne.

Quant à la *trachéotomie*, ce ne peut être qu'un palliatif. En effet, si un certain nombre d'auteurs et non des moindres : Schrötter, Schmidt, Beverley-Robinson, Morell-Mackenzie, ont pu voir en elle un traitement curatif, par le repos du larynx, la plupart des auteurs admettent qu'elle ne peut avoir qu'une action palliative au cours des sténoses cicatricielles.

Elle devient ainsi analogue à l'intubation qu'on peut employer concurremment.

Doit-on pratiquer la trachéotomie, ou la laryngotomie? Des observations de Castex, de Goris, de Gouguenheim et Guinard il résulte que la laryngotomie est préférable.

En résumé on peut dire avec Castex qu'aux trois périodes de la phtisie laryngée chronique peuvent correspondre trois médicaments qui schématisent en quelque sorte tout le traitement. *Au début, donner de l'huile de foie de morue; à la deuxième période, de l'acide lactique; à la période ultime, de la cocaïne.*

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein.

On sait que c'est M. le professeur Budin qui a montré que, dans la première période des abcès du sein, alors que le conduit galactophore était seul atteint, on pouvait, par une expression faite suivant certaines règles, vider l'abcès commençant et arrêter son extension au reste de la glande. MM. Commandeur et Thévenot publient sur ce sujet, dans le *Lyon médical*, une observation très probante, montrant l'excellent résultat qu'on peut obtenir de cette méthode dont nous rappellerons la technique d'après ces auteurs.

La réussite de la méthode du professeur Budin comporte un certain nombre de points importants :

L'évacuation du sein doit être pratiquée le plus près possible du début des accidents. En effet, la suppuration est au début purement endocanaliculaire. Il faut un certain temps pour que la paroi des conduits galactophores et des acini soit détruite et par conséquent pour que le tissu conjonctif du lobule soit atteint. Au bout de quatre à six jours (Damourette), celui-ci est sûrement envahi et l'expression ne donnera aucun résultat; un phlegmon du sein évoluera malgré tout.

D'autre part, la coexistence d'une lymphangite est une condition défavorable à l'expression du sein, car on peut alors favoriser son extension. Cependant, quand cette lymphangite est seulement superficielle, elle ne contre-indique pas l'opération.

Voici maintenant quel est le manuel opératoire exposé par M. Budin et ses élèves. L'expression doit être faite avec les deux mains. Les pressions sont exercées toujours d'arrière en avant et doivent être lentes, progressives et soutenues. Il faut vider d'abord la portion juxta-mamelonnaire des canaux galactophores et leurs sinus, puis s'attaquer aux acini. Les lobules sont saisis et exprimés des parties profondes vers le mamelon. On doit insister tout particulièrement sur les lobules qui paraissent le plus atteints et qui sont plus durs et plus douloureux à la pression.

L'expression doit être continuée jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus par le mamelon et que la glande ait repris une souplesse relative. Pour arriver à ce résultat il faut un temps assez long, de vingt à trente minutes au moins pour la première expression.

M. Budin conseille de renouveler l'expression matin et soir pendant deux ou trois jours. Chez la malade dont il est question ici, deux séances pour chaque sein ont suffi à faire disparaître complètement la suppuration. En pratique, elle sera renouvelée jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus par le mamelon.

La douleur provoquée par l'expression du sein est très supportable à la condition que la manœuvre soit faite sans brutalité, juste avec l'effort nécessaire pour déterminer la sortie du liquide. Cependant chez les malades pusillanimes lorsque la douleur est par trop vive, on est autorisé, en en présence de la valeur thérapeutique de la méthode, à pratiquer l'éthérisation. Éviter un abcès du sein vaut bien une anesthésie, que l'incision du sein rendrait plus tard nécessaire.

M. Legroux a cherché à substituer la succion à l'expression, de manière à rendre l'évacuation de la glande moins douloureuse et éviter l'extension de la lymphangite profonde lorsqu'elle existe. Il se sert à cet effet d'une ventouse à pompe. Il semble qu'il sera toujours plus difficile de vider complètement le sein avec cet instrument qu'avec les doigts qui peuvent reconnaître les lobules les plus malades et exercer sur eux des pressions jusqu'à ce qu'ils aient repris la souplesse désirable. La main est encore le meilleur des instruments et il faut éviter au praticien toute complication de son arsenal.

Le traitement par l'expression sera complété dans l'intervalle des séances par l'application d'un pansement humide, antiseptique, qui suspendra en même temps le sein.

On peut donc considérer aujourd'hui l'expression du sein comme la méthode de choix dans le traitement des suppurations du sein à point de départ endocanaliculaire, à la condition qu'elle soit appliquée de bonne heure, avant que le pus ait franchi la barrière conjonctive des acini et des conduits galactophores. Elle permet d'obtenir à peu près dans tous les cas l'arrêt du processus inflammatoire et la guérison, non pas en quelques jours, mais en quelques heures. Elle sera toujours applicable chez les accouchées soumises à une surveillance éclairée, à la condition que l'examen du sein soit fait à toute élévation de température et que le diagnostic précoce de la galactophorite soit porté. Les incontestables services que la méthode de M. Budin a déjà rendus en font un agent thérapeutique de haute valeur digne en tout point d'être vulgarisé. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Action calmante de l'hydrate de chloral dans diverses formes de dyspepsie nerveuse.

Le chloral n'est pas seulement un hypnotique, il présente des propriétés sédatives qui peuvent rendre dans la dys-

pepsie nerveuse, sans modifications secrétoires ou motrices trop accentuées, des services très appréciables.

Dans un récent article (1), Rosenbach attire l'attention sur ce point.

Dans des cas d'hyperexcitabilité stomacale, s'accompagnant de diarrhée, de péristaltisme exagéré et de stagnation des aliments, il a obtenu d'excellents résultats en prescrivant :

Hydrate de chloral	1 gramme.
Eau	5 grammes.

XII à XXIV gouttes dans un demi-verre d'eau, une à deux heures après le repas, trois fois par jour.

Cette médication ne doit pas être prolongée plus de quelques jours.

Le chloral dans la fièvre typhoïde.

On peut évidemment rapprocher de l'article précédent le mode thérapeutique préconisé par M. Dumont dans sa thèse (2). Cet auteur a retiré du chloral les meilleurs effets, dans des cas où l'insomnie, l'agitation et le délire étaient poussés à l'extrême.

Outre un sommeil très calme, il a pu observer une véritable amélioration dans l'état général. Les malades ont un meilleur facies, leur langue se nettoie, les urines sont plus abondantes. La durée elle-même de la maladie serait abrégée.

La chlorine dans la fièvre typhoïde.

La chlorine, qui s'obtient en traitant le chlorate de potasse en poudre par l'acide chlorhydrique concentré avec une addition de quinine, aurait, s'il faut en croire Wilcox, une efficacité réelle dans le traitement de la fièvre typhoïde. A la suite de son administration, la langue se nettoierait, on verrait survenir l'appétit, tomber la fièvre, et les selles prendraient une odeur particulière due au médicament. Comme conséquence, il y aurait une amélioration de l'état général, des forces et des facultés intellectuelles. La chlorine raccourcirait notablement la durée de la maladie et celle de la convalescence; son usage peut se continuer jusqu'à désinfection complète du tube digestif. (*Med. News*, fév. 1899, et *Progrès méd.*)

FORMULAIRE

Traitement de la gale.

Lotion de Tleminks.

Chaux vive	500 grammes.
Fleur de soufre	250 —
Eau	2500 —

Pommade de Wilkinson.

Soufre	} *āā*	180 grammes.
Huile de cade		
Savon noir	} *āā*	500 —
Axonge		
Craie		120 —

Pommade d'Elmerich.

Soufre	20 grammes.
Carbonate de potasse	10 —
Axonge	80 —

Modification de Hardy.

Soufre	20 grammes.
Carbonate de potasse	10 —
Vaseline	120 —

(1) *Therap. Monatsch.*, sept. 1899.
(2) Th. de Paris, 1899.

Pommade de Bourguignon.

Essence de lavande	} *āā*	2 grammes.
— de cannelle		
— de girofle		
— de menthe		
Gomme adragante		4 —
Carbonate de potasse		30 —
Fleur de soufre		90 —
Glycérine		180 —

Pommade de Fournier.

Glycérine	200 grammes.
Gomme adragante	1 —
Soufre	100 —
Carbonate de soude	50 —

Pommade de Kaposi.

Naphtol	5 ou 10 grammes.
Alcool	Q. S.
Vaseline	100 —

Onction pour les femmes grosses et les enfants.

Huile d'olive	} *āā* parties égales.
Onguent Styrax	

(D'après le *Bull. gén. de thér.*)

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1),

Par le docteur A. Corlieu.

Le samedi 2 septembre 1651, la Faculté fut convoquée selon l'usage et on donna lecture de l'ordonnance de M. Daubray, propréteur (*proprætor*) de la ville, qui avait été apportée au doyen par le bedeau royal, par laquelle le doyen de la Faculté était convoqué à l'assemblée générale du royaume. Le doyen assistera le lundi suivant, 4 septembre, à la réunion au palais de l'Archevêché, où étaient convoqués les autres ordres de la cité avec le recteur de l'Académie de Paris.

Le même jour et dans cette même assemblée la Faculté choisit dans son sein, pour assister aux assemblées générales de la France, les hommes les plus éminents, savoir : Me Jean Riolan, l'*antiquior magister*, Me Jacques Perreau, Me Jean Merlet (2) et Me René Moreau (3), professeur royal (ces trois derniers avaient été doyens de la Faculté), auxquels furent adjoints le doyen et le censeur. Ainsi conclu par le doyen.

Ceci fait, le doyen, Me Guy Patin, se rendit auprès du recteur, chez qui se tenaient habituellement, au palais de Navarre, les assemblées de l'Académie. Là, entre autres choses, il fit un discours concluant à l'obéissance aux ordonnances du propréteur (*proprætoris*) et l'affaire demeura en suspens, à cause de l'incertitude du lieu que le recteur voulait qu'on lui accordât, avec le consentement des trois doyens des autres Facultés, des quatre procureurs des nations et de leurs adjoints. La difficulté paraissant très grande, la discussion fut abandonnée (f° 462) et confiée à trois hommes très distingués et très habiles de l'Académie, savoir Me Pierre Padet, l'*atlas* de l'Académie de Paris et proviseur du collège d'Harcourt, Me Pierre Cagnié, principal du collège de Navarre, avec Me François Du Monstier, trésorier de l'Université et professeur royal.

Le samedi 14 octobre 1651, Me Michel Langlois, licencié, adressa une supplique à la Faculté pour l'acte de vespéries et le doctorat. La Faculté consentit, à cette condition que,

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1898, p. 954.
(2) Reçu docteur le 2 décembre 1614, décédé le 14 février 1663.
(3) Reçu docteur le 27 novembre 1618, décédé le 17 octobre 1656.
(Dr A. C.)

après s'être conformé aux usages dans son action de grâces après le doctorat, le candidat ne blesserait aucun docteur, s'abstiendrait de tout outrage ou de toute expression injurieuse, mais qu'il se bornerait à rendre grâce à Dieu, à la sainte Vierge, et à toute la corporation des médecins. Ainsi fut conclu par le doyen.

Le mercredi 18 octobre 1651, on célébra selon la coutume la fête de saint Luc, patron des médecins de Paris, et sans la musique, que la Faculté a bannie par un décret particulier, depuis peu d'années, autant parce que ces chantres-musiciens arrivaient trop tard, que parce que nos bacheliers avaient à payer trop cher les frais de cette musique. La messe terminée, tous les docteurs se rendirent dans les salles hautes, où les statuts furent lus selon l'usage, par le premier bedeau de la Faculté, Louis Delaroche. Les bacheliers prêtèrent le serment accoutumé, après l'avertissement du doyen. Les masses d'argent déposées sur la table furent rendues à chaque bedeau, à la condition que chacun d'eux persévérerait soigneusement et fidèlement dans le respect et les fonctions journalières de la Faculté.

Le jeudi, 19 octobre 1651, on célébra le service anniversaire pour le repos de l'âme de tous les docteurs de la Faculté de médecine de Paris. Après la messe, tous les docteurs se réunirent dans les salles supérieures. Aussitôt on introduisit quatre chirurgiens jurés, Jean Bienaise, Julien Bénard, Jean Turpin et Simon Debonnaire, qui, au nom de leur corporation ou de leur collège, prêtèrent le serment de perpétuelle obéissance à la Faculté, comme étant leur mère bienveillante et de laquelle ils reconnurent devoir tout : ils prêtèrent le serment entre les mains du doyen, et lui remirent la somme de cinq livres tournois, redevance annuelle de leur Société à la Faculté.

Vinrent ensuite les apothicaires du grand prévôt de l'hôtel du roi, qui, comme les quatre chirurgiens-jurés, prêtèrent leur serment solennel entre les mains du doyen.

F° 463). Dans le premier décanat de Me Guy Patin, du samedi 5 novembre 1650 au samedi 4 novembre 1651, moururent trois docteurs savoir :

Me Thomas Gamare, le lundi 17 août 1651 ;
Me Jacques Cornuti, le mercredi 23 août 1651 ;
Me Durand François Yon, le vendredi 25 août 1651.

Selon un acte de louable et ancienne piété, le doyen leur fit célébrer un service funèbre, selon les usages de la Faculté, dans notre chapelle des écoles.

Il faut remarquer que, au commencement de mon décanat, le 20 décembre 1650, j'ai reçu des mains d'un ami, homme excellent et très dévoué à la Faculté de médecine de Paris, deux volumes très anciens des *Commentaires de notre Faculté*, dont le premier contient l'histoire de nos affaires et les actes de la Faculté depuis 1395 jusqu'en 1434.

Le second va de l'année 1435 à 1472.

Ces deux volumes étaient cachés depuis plusieurs années, complètement ignorés des doyens mes prédécesseurs, et tout à fait inconnus (1). Chaque volume contient beaucoup de choses excellentes, prouvant la dignité et la plus haute antiquité de notre école. Aussi j'engage tous les doyens qui me succéderont dans l'administration de notre Faculté, bien plus je les conjure et les supplie de conserver soigneusement ces deux volumes pour le plus grand bien de notre corporation, et de ne pas souffrir qu'ils circulent chez n'importe quel docteur, pour qu'ils ne s'égarent pas de nouveau. Car il y a dans chacun beaucoup de choses contre les empiriques et les médecins étrangers et surtout contre ceux de Montpellier et sur tout ce qui intéresse le plus les affaires de la Faculté. (*A suivre.*)

(1) Voir Corlieu. *L'Ancienne Faculté de médecine de Paris*, p. 155.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Sont désignés pour embarquer dans les escadres, le 1er octobre prochain :

Sur le *Brennus*, M. le médecin de première classe Bourguignon, du cadre de Toulon, pour remplacer M. le docteur Hagen.

Sur le *Surcouf*, M. le médecin de première classe Lallour, du cadre de Brest, en remplacement de M. le docteur Retière.

Sur le *Fleurus*, M. le médecin de première classe Chové, de Brest, en remplacement de M. le docteur Jourdan.

Sur le *Du Chayla*, M. le médecin de première classe Richer de Forges, de Brest, en remplacement de M. le docteur Borius.

Sur le *Cassard*, M. le médecin de première classe Gandelin, du cadre de Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Barbolain.

Sur le *Galilée*, M. le médecin de première classe Michel, de Toulon, en remplacement de M. le docteur Durand.

— Par décret, en date du 15 septembre 1899, ont été nommés dans le corps de santé de la marine, pour prendre rang du 1er septembre 1899 :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe sortant de l'École d'application : Moulinier, Vivie, Sambuc, Broquet, Fourgous, Hédie, Cavazza, Cartron, Guibaud, Guillemain, Briand, Nédelec, Le Coniac, Lebeaupin, Joro, Lasserre.

— M. Julien-Laferrière, médecin de première classe du cadre de Rochefort, est désigné, sur la demande de M. le directeur Guès, pour remplir, à compter de la date de son débarquement du *Davout*, les fonctions de secrétaire du conseil de santé du port de Rochefort.

— MM. les médecins principaux Ortal, du cadre de Brest, embarqué sur l'*Amiral-Duperré* ; Bohéas, du cadre de Lorient, embarqué sur le *Carnot*, et Mercier, du cadre de Cherbourg, embarqué sur la *Bretagne*, sont affectés, sur leur demande, le premier à Cherbourg, le second à Brest, le troisième à Lorient.

— Sous la date du 19 septembre courant, le ministre a décidé qu'il sera admis cette année, après concours, à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux, 75 étudiants en médecine au lieu de 65, chiffre primitivement fixé, dont 30 destinés au service marine et 45 pour le service colonial.

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le vendredi 27 octobre 1899. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le vendredi 20 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

A. *Régime du* 31 *juillet* 1893. — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves consisteront en une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) et une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de physiologie et une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et une composition de chirurgie.

B. *Régime du* 20 *juin* 1878. — Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur une composition de médecine et une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au bac-

calauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

La peste. — *Oporto.* — Un cas de peste a été constaté hier.

Les médecins Franz et Rumpel, venant de Hambourg pour étudier l'épidémie, sont arrivés le matin. Est arrivé aussi M. Henri Mouton, médecin de l'hôpital Saint-Louis-des-Français, à Lisbonne.

Lisbonne. — Le médecin Shadwel est parti pour l'Angleterre.

Londres. — Le ministre des colonies a reçu hier un télégramme de Hong-Kong, annonçant que 18 cas de peste et 20 décès se sont produits dans cette ville, la semaine passée.

Buenos-Ayres. — La peste bubonique s'est déclarée à Assomption, au Paraguay.

La fièvre jaune. — Washington, 19 septembre : L'épidémie de fièvre jaune qui a éclaté à Key-West inspire de sérieuses inquiétudes, car elle fait des progrès rapides.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Kestner fils (de Mulhouse), Khuff (de Paris); de M. Demerson, externe des hôpitaux, décédé à l'âge de vingt-six ans.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 108. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1899. — N° 108

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La Peste.

Par M. Louis DELHERM,
Interne des Hôpitaux de Paris.

Définition. — La peste est une maladie générale de l'organisme due au bacille de Yersin.

Elle se caractérise au point de vue anatomo-pathologique par une hypertrophie considérable des ganglions lymphatiques et des lésions viscérales de nature congestive et hémorragique.

Au point de vue clinique, c'est « une maladie typhique, s'accompagnant de bubons, de charbons, de pétéchies » (Proust).

I. — ÉPIDÉMIOLOGIE

L'étude rétrospective de la peste peut être divisée en quatre périodes : *a.* période ancienne, jusqu'au ve siècle de notre ère; *b.* période du moyen âge, du ve au xve siècle; *c.* période moderne, jusqu'au XIXe siècle; *d.* période contemporaine, qui embrasse tout le XIXe siècle.

A. Période ancienne. — Sous le nom de λοιμος, peste, les anciens comprenaient toutes les affections à mortalité considérable. La variole, le typhus, un grand nombre d'autres maladies et la peste se trouvent compris dans une même description, aussi est-il impossible de détacher dans leurs écrits ce qui s'applique uniquement à l'affection qui nous occupe.

Les documents des peuples de l'Extrême-Orient, des Chinois et des Hindous ne nous apprennent pas quel fut le berceau de la peste : il semble néanmoins que la maladie a toujours progressé de l'Orient vers l'Occident. Les monuments de la civilisation égyptienne sont aussi muets. Les inscriptions chaldéennes et babyloniennes ne nous renseignent pas davantage. D'après la Bible, la peste était connue depuis longtemps en Égypte : Moïse frappa ce pays de dix plaies parmi lesquelles figuraient : 1° les bubons et les ulcères sur les animaux et les hommes; 2° la peste.

Au VIe siècle avant notre ère, la peste ravagea Athènes : son historien fut Thucydide. Quoique partie de l'Égypte, qui durant longtemps a été considérée comme le foyer endémique de cette maladie, malgré son mode de propagation et ses caractères, il semble qu'on ne se soit pas trouvé en présence d'une véritable peste, mais d'une épidémie toute différente.

Hippocrate (IIIe livre des *Épidémies*) parle de la peste, mais il le fait d'une façon vague et comme s'il ne l'avait pas observée directement.

Néanmoins il est maintenant prouvé par les travaux de Hirsch, Daremberg et Rossi, que la peste a exercé ses ravages en Grèce au IXe siècle, au VIIe, trois fois au VIe, une fois dans le Ve avant notre ère.

A la période légendaire, fait suite la période historique. Grâce à la découverte du livre d'Oribaze par le cardinal Angelo Maï, l'histoire de la peste a gagné plusieurs siècles sur la légende. Il y est fait mention de Deny le Tortu qui établit d'une manière irréfutable, que la peste a existé en Afrique et en Syrie au IIIe siècle avant notre ère. Rufus, qui vivait au IIe siècle après Jésus-Christ, parle de Dioscoride et de Posidonius qui décrivirent une épidémie d'Afrique cent vingt-sept ans avant notre ère. Cette épidémie fut caractérisée par « de la fièvre et des bubons ».

Parmi les épidémies de peste qui éclatèrent plus tard, deux seules doivent être retenues. L'une, est la peste Antonine (165 ans après Jésus-Christ) qui ravagea l'Italie et la Gaule, et dont l'histoire fut écrite par Galien. L'autre est la peste de Saint-Cyprien (251-270 après Jésus-Christ).

En résumé quoiqu'il semble, d'après Daremberg et Hirsch, que l'antiquité ait été éprouvée par la peste, la preuve irréfutable de l'existence de ce fléau ne remonte guère plus loin que le IIIe siècle avant notre ère.

B. Moyen âge (Ve-IXe SIÈCLE). — Au VIe siècle, ce fléau qui paraissait presque inconnu en Europe y fit son apparition, ce fut la peste de Justinien. Partie de Peluse (Égypte) la maladie gagna Alexandrie, la Palestine, la Syrie, envahit Constantinople en 542, et de là passa en Italie et en Gaule : sa durée fut de quarante à cinquante ans. Les médecins la prirent pour une maladie nouvelle et inconnue : son histoire est due à Procope qui raconte qu'en un jour 10 000 personnes périrent à Constantinople. A part la peste de Léon l'Isaurien, on signale entre le VIIe et le XIIIe siècle un grand nombre d'épidémies qui ravagèrent l'Europe. La France fut particulièrement éprouvée au IXe siècle. Néanmoins les incursions de la maladie se faisaient de plus en plus rares : c'est alors qu'au XIVe siècle éclata la Peste Noire.

Elle prit naissance, non plus en Égypte, mais au fond de l'Asie, en Chine ou dans l'Inde. Elle traversa la Tartarie, l'Iran, gagna la Mésopotamie, la Syrie, contourna la mer Noire, fut importée à Constantinople (1346), d'où elle envahit Chypre, l'Italie, la France (1348), l'Espagne (1349), l'Angleterre, l'Islande (1402). En sept années (1346-1353), vingt-quatre millions d'hommes périrent en Europe et probablement davantage en Asie, seuls l'Aragon et le Groënland furent épargnés par la mort noire. Son histoire a été écrite par Cantacuzène (1347). Cet auteur en a fait une peinture très exacte. Après avoir bien montré le début, l'évolution, il signale qu'une première atteinte confère l'immunité. Guy de Chauliac (1348) décrivit les deux formes pulmonaire et bubonique. Une, dit-il, « avec fièvre continue et crachement de sang; une autre, avec aposthèmes, carboncles es parties externes; » il montra enfin qu'à côté des formes graves il y avait des formes atténuées.

A la suite de cette effroyable épidémie la peste sévit encore durant le XIe siècle en Allemagne, en Italie et enfin en France, en 1450, où elle enleva 40 000 personnes. Manfredi, Quercetanus, Valescus, etc., nous en ont laissé la relation. Déjà à cette époque, la notion de contagion commence à se dégager, les villes prennent des mesures de défense, Milan et Venise s'isolent.

En somme, dans le moyen âge il y a deux périodes essentiellement actives pour la peste, une au Ve *siècle, l'autre au* XIVe.

C. **Période moderne** (XVIe-XIXe SIÈCLE). — Au XVIe siècle existe une nouvelle recrudescence du fléau. L'épidémie procède de deux manières différentes. D'abord en certains points de l'Europe se produisent des foyers spontanés, dus probablement à la revivification des microbes contenus dans le sol. Ensuite de l'Orient par la voie de terre, une nouvelle traînée de peste vient encore s'ajouter aux foyers sporadiques. On ne compte pas moins de 240 foyers nouveaux dans le cours de ce siècle, il serait trop long d'en faire l'énumération (1). Leur étude a été faite par Schnurrer, Fracastor, Frank, Papon, Paré, Jean Suau, Fab. d'Aquapendente. Fracastor proclame la contagiosité de la peste, les loïmographes reconnaissent que les épidémies d'Occident sont consécutives aux épidémies d'Orient, aussi les États prennent des mesures de précaution. Textor « sur la manière de préserver de la pestilence » conseille « d'émonder les rues, cloaques, tueries, reléguer au loin lapins, ânes, canes, oisons; nettoyer les maisons, *isoler les malades dans des maisons de santé, brûler les vêtements des pestiférés* ».

Au XVIIe siècle, la peste, qui jusqu'alors avait été pour ainsi dire généralisée en Europe, reste stationnaire dans une bonne partie de ce siècle, et subit un recul notable dans le dernier tiers. Dans les trente premières années, elle ravage le midi de l'Europe, surtout la France et l'Italie. Vers le milieu elle sévit surtout autour de la Méditerranée, vers la fin elle frappe le nord-ouest du continent. Les auteurs qui s'en sont occupés sont surtout Grillot (Lyon); Ronchin, Dimerbrœck, Sydenham, Labadie (Toulouse), Barbette, etc. La peste frappe plus spécialement quatre villes : Lyon, Montpellier, Nimègue, Londres. C'est en 1628 que Lyon fut atteint. La peste se caractérise surtout tantôt par des phénomènes comateux, tantôt, au contraire, par des phénomènes convulsifs.

(1) Voir le très intéressant article de Mahé, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*

En 1629 Montpellier paya son tribut au fléau. La ville fut sauvée grâce au dévouement de Ronchin, doyen de la Faculté et consul de la ville. Ce qui domina surtout ce fut la faiblesse, l'inégalité du pouls, la soif inextinguible, enfin les bubons, les charbons.

L'épidémie de Nimègue a eu pour historien Dimerbrœck. Elle fut remarquable par la variété de formes sous lesquelles elle se présenta.

L'épidémie de Londres (1665) fut terrible. 70 000 personnes moururent. Sydenham et Hodger en ont fait le tableau complet : après une fièvre violente apparaissaient des vomissements incoercibles, la langue était sèche, noire, le système nerveux était fortement atteint, on nota aussi des sueurs abondantes, et de différentes couleurs.

Au XVIIIe siècle, ce qui frappe surtout, c'est le recul immense de la peste. Alors que dans le premier tiers on voit encore de nombreuses régions atteintes (Provence, midi de la France, de l'Allemagne, Danemark), vers 1740 elle paraît se cantonner définitivement dans les Balkans, les provinces danubiennes, la Hongrie, l'Archipel, la Dalmatie. Vers la fin du siècle, elle exerce ses ravages surtout en Asie Mineure, en Égypte, sur les côtes de Barbarie. En Europe, entre 1780 et 1800, elle fait son apparition à Constantinople, en Serbie, ces épidémies sont du reste de peu de durée. Dans ce siècle l'épidémie qui nous intéresse le plus est celle de Provence et de Languedoc décrite par Bertrand, Lemontey, Astruc, Soullier, Blanquet. La peste de Provence fut importée à Marseille par un navire venant du Levant. Le 6 août 1720 quelques cas isolés apparurent, et fin août elle atteignit son apogée. A l'approche du fléau toutes les villes fermèrent leurs portes. Montpellier, Aix, Lyon établirent des cordons sanitaires. Après avoir atteint son apogée dans les derniers mois de 1720, elle s'éteignit au commencement de 1721 (mai).

Quant à la peste d'Égypte (1798-1800), elle a été décrite par Larrey, Desgenettes, etc.

D. **Période contemporaine.** — Nous la diviserons en deux phases : la première de 1800 à 1890; la deuxième de 1890 à 1899.

PREMIÈRE PHASE (1800-1890). — La peste perd de plus en plus du terrain en Europe. Dans le premier tiers il y a bien une épidémie à Constantinople (1803-1813), dans les Balkans, la Valachie, l'Albanie. Elle fait une nouvelle incursion en Morée en 1832. A partir de cette époque elle va graduellement « en se resserrant partout ». Elle quitte définitivement l'Europe en 1840, elle diminue d'intensité en Asie. L'Égypte, qui avait eu 21 épidémies de 1783 à 1844, cesse d'être contaminée. Fauvel proclame au conseil d'hygiène « l'extinction du fléau dont le rôle actif semble à jamais terminé ». L'année 1845 est une date dans l'histoire de la peste, cette affection qui avait dévasté l'Europe, l'Asie, l'Afrique, n'existe plus officiellement nulle part. Cet « interrègne » sans exemple dans l'histoire du fléau se prolonge jusqu'en 1852. Vers 1855 la peste semble renaître, mais loin d'avoir cette tendance envahissante qui avait été la caractéristique des épidémies antérieures, elle a peu de tendance à se propager, « elle reste confinée en des régions limitées qui constituent ses foyers permanents et vivaces » (Thoinot).

α. *Foyers asiatiques.* — 1° Chine : dans la région comprise entre le fleuve Yang-Tse-Kiang au nord et l'Indo-Chine au sud, existent trois districts notoirement connus comme possédant des foyers endémo-épidémiques : ce sont les trois

provinces du Yun-Nan, du Kouang-Si, du Kouang-Thon, parfois même la maladie fait irruption à Mong-Tsé, Lang-Tcheou, Pakoï situés dans nos possessions actuelles. Chaque année au mois de mai-juin on voit quelques cas de peste se produire, parfois il y a de véritables épidémies comme en 1873 dans le Yun-Nan.

2° Hindoustan : deux foyers ont existé. Un dans la région du haut Gange dans le district de Garwall et de Koumdon, la peste y est connue sous le nom de mahamurree. Le deuxième foyer est sur le bas Indus.

3° Afghanistan : il existe un foyer à Candahar et à Hérat.

4° Perse : les provinces persanes du Nord c'est-à-dire celles qui confinent à la Caspienne sont des foyers endémiques de la peste qui de temps à autre a des poussées intenses. Ainsi s'expliquent la peste de Makou, 1863, celle d'Aderbeidjan, de Ghilan, de Charoud, 1876. La province du Kurdistan est particulièrement contaminée. Le district de Saoudj-Boulacq est le foyer d'où la peste rayonne, et a fourni en peu de temps quatre épidémies dans le reste de la province.

5° Russie : quelques cas sporadiques dans l'Asie russe ont donné lieu à l'épidémie d'Astrakan et à la peste de Vetlianka.

6° Irak-Arbi : Bagdad est un foyer permanent de peste. De 1856 à 1867, chaque année il y en a eu des cas. Il en existe aussi sur le bas Euphrate, dans le Hindieh. Ces foyers endémiques ont donné lieu à des épidémies régionales : l'épidémie de 1874, de 1875, de 1876-77 surtout qui fut la plus meurtrière par son intensité et son étendue : 22 000 personnes sur 70 000 périrent.

7° Assyr (Arabie sud-occidentale) : un foyer endémique paraît exister dans la tribu des Beni-Cher. Il y a eu neuf épidémies de 1844 à 1889.

β. *Foyers africains.* — C'est le district de Benghazi qui est le foyer de la peste. Longtemps elle fut prise pour un typhus non contagieux. De Benghazi elle a gagné Merdjo-Derma. Il existe aussi un foyer dans le Fezzan (1858) à Moursouk.

En résumé, jusqu'en 1890, *les foyers de peste sont la Chine, l'Hindoustan, l'Irak-Arbi, l'Assyr, la Cyrénaïque; en ces points elle est endémique, c'est de ces points qu'elle pourra rayonner, et faire de nouvelles incursions dans les pays qu'elle avait définitivement abandonnés.*

Deuxième phase (1890-1899). — Pendant près de cinquante ans, la peste resta donc cantonnée dans ses foyers endémiques : seule la Russie paya un tribut au fléau. En 1877-1879, la peste éclata dans la province d'Astrakan : son principal foyer fut Vetlianka. Du reste, les manifestations de la maladie revêtirent une forme très atténuée.

A cette longue période de calme fait suite depuis 1894 un mouvement offensif, et depuis de nombreux foyers ont éclaté un peu partout. Ce sont les foyers d'Extrême-Orient qui ont acquis cette nouvelle force d'expansion.

En Chine, la peste était localisée à l'état endémique dans le Yun-Nan, le Kouang-Si, le Kouang-Thon. De ces points elle a fait irruption au sud vers la côte, au nord vers le plateau de Mongolie. Vers la côte, le premier foyer fut Pakoï au nord du golfe du Tonkin, le fléau y fut constaté dans le premier mois de 1894.

Au mois de mars de la même année, Canton était contaminée, en mai Hong-Kong. Après avoir eu une période culminante en juillet, la maladie fut en décroissance en octobre, elle avait fait 100 000 victimes à Canton, et 3 000 à Hong-Kong sur 200 000 habitants. A côté de ces deux foyers il y en eut d'autres : Talifou, Mong-Tsé, Macao, Haï-Nan, Amoy, Fou-Tchéou, Formose (1896). Au nord la peste a fait son apparition en Mongolie depuis 1889 dans la vallée du So-Len-Ko, située à 42°3 de latitude nord, à douze jours de Pékin. Il y a eu deux épidémies violentes, une en 1896, une en 1897. L'épidémie de 1896 a frappé dix villages, celle de 1897 sept seulement.

La peste chinoise a enfin débordé en Annam. Du 20 juin au 25 juillet 1897, le village de Xuong-Huan a été contaminé, puis Phuong-Can et Nha-Trang, village situé près de l'Institut de Yersin.

Dans les Indes, en 1896, la maladie éclata à Bombay dans la population hindoue. Longtemps elle resta cantonnée dans le quartier de Manoi, où elle évolua d'une façon latente. Puis de nouveaux foyers éclatèrent dans d'autres quartiers. Apparue en septembre, l'épidémie a pris dès le mois de décembre un caractère alarmant, qui n'a cessé de croître en violence et en intensité, allant jusqu'à 250 décès par jour. Vers la fin de décembre il y a eu de nouveaux foyers à Karachi, sur la frontière du Beloutchistan, point où s'embarquent les pèlerins de la Mecque. Poona près Bombay a été aussi touchée, ainsi que les districts de Tanna, de Satara, et le Sinah. La peste règne toujours à Bombay et fin octobre 1898 a même subi un léger accroissement. Dans la résidence de Madras et de Mayore, la mortalité n'a cessé d'augmenter. A l'est d'Hyderabad quatre districts ont été infectés, il y aurait même des foyers dans le Radjepontana. D'après Koch, la peste indienne viendrait aussi de Chine.

Peste d'Arabie. — Dans le Yemen la peste a fait son apparition à Djeddah en mai 1897. En mars 1898, nouvelle épidémie. L'épidémie avait éclaté parmi les portefaix travaillant au port : eux seuls furent atteints. La durée de l'épidémie fut de vingt-sept jours, il y eut 35 cas et 32 morts. En février 1899, nouvelle épidémie et fin mai il y avait 51 décès. A la Mecque on en a constaté un cas, mais le fait est encore douteux.

Peste d'Égypte. — La peste depuis longtemps cantonnée à Djeddah a fait son apparition en Égypte le 4 mai 1899 à Alexandrie. Les foyers se sont développés dans les quartiers les plus peuplés, les épiciers ont été plus spécialement atteints, peut-être à cause des rats qui visitent plus particulièrement leurs boutiques. La forme bubonique est la seule constatée, il n'y a pas de forme broncho-pulmonaire. L'épidémie est peu violente et envahit la ville comme à regret (Trekaki). Fin juin la banlieue était contaminée, mais les villes avoisinantes étaient indemnes. En août il y a eu, après accalmie, une nouvelle reprise.

Peste de Turkestan. — En 1898 la peste a apparu dans le Turkestan russe sur la frontière d'Afghanistan, un rapport du gouvernement en date du 22 octobre dernier le constate. Marzin et Anzob sont les points principaux. Jusqu'au 2 novembre 1898, il y a eu 233 morts sur 357 habitants, et il y avait encore 14 malades en traitement. On a établi des lignes de défense à Enzeli, et la peste ne progresse plus.

Peste de Madagascar. — L'épidémie a été transportée à Tamatave par un navire venant de Bombay. Il y a eu en 1898 204 cas et 132 décès. Les îles Maurice et de la Réunion paient aussi leur tribut à la maladie. Au 22 juillet 1899 il y avait eu 32 décès la semaine précédente à Maurice.

Afrique centrale. — Jusqu'ici on n'avait jamais soupçonné la présence de ce foyer. Koch prétend qu'il existe dans la région du Bouddou, de l'Ouganda et dans les États du roi

Mitsa. Ces pays sont situés dans la région avoisinant le lac Victoria-Nyanza. De ce foyer la peste a irradié vers l'ouest et l'est. Vers l'ouest elle tend peut être à gagner nos possessions africaines. Vers l'est elle a fait irruption vers la colonie allemande de l'Est africain dans le pays de Kisiba, la maladie est connue sous le nom de rubwunga et a été bien étudiée par Zupitza. Les symptômes sont identiques à ceux de la peste indienne. Koch émet la crainte que ce foyer ne gagne bientôt la côte.

Épidémies navales. — Un certain nombre de navires venant des Indes ont eu à leur bord des cas de peste. Ces cas ont éclaté en pleine mer, quelques jours après que le vaisseau avait quitté le port d'attache. Le « Dilwara » a eu un cas de peste, il en est de même du « Carthage ». Sur le « Caledonia » deux cas se déclarèrent à Suez. Il y en eut un sur la « Golconde ». En 1898, le « Mahallah » venant des Indes eut 5 cas de peste : le médecin du bord mourut victime de son dévouement. A Suez les hommes s'étaient dispersés dans la ville, on les fit précipitamment remonter en bateau : la ville ne fut pas contaminée. La « Gironde », la même année, eut 8 cas et 2 décès.

Épidémies d'Europe. — Londres : En septembre 1896, il y a eu à Londres 2 cas de peste. Les malades étaient deux chauffeurs venant des Indes. Grâce à une désinfection et à l'isolement rigoureux, tout danger de contamination put être évité.

Vienne : Cette épidémie fut « une épidémie expérimentale » (Landouzy). Elle a éclaté à l'Institut anatomo-pathologique de Vienne en octobre 1898. Frantz Barisch, chargé des animaux inoculés, tomba malade le 15 octobre et mourut le 18 d'une broncho-pneumonie pesteuse, avec crachats contenant le bacille de Yersin : on avait cru d'abord à une broncho-pneumonie grippale. Deux infirmières, Pescha et Hocheger, furent contaminées à leur tour. Le docteur Muller pris, lui aussi, s'alita six jours après avoir donné ses soins aux trois premiers malades, et mourut victime de son dévouement. On craignait, comme le laboratoire était près de l'hôpital François-Joseph, qu'il n'y eût propagation rapide, mais l'épidémie est restée une épidémie de laboratoire.

Oporto : L'épidémie a éclaté en juin dernier. Elle a été apportée par le navire anglais « City-of-Cork » venant des Indes, mais qui néanmoins avait fait escale à Londres, comme tous les vaisseaux anglais venant des Indes et allant en Portugal.

Les premiers cas ont éclaté dans un faubourg pauvre de la ville, et a atteint surtout les portefaix. C'est le 8 août que le docteur Ricardo, à la suite d'une enquête personnelle, annonça officiellement que la peste était dans la ville; la confirmation bactériologique fut donnée par le docteur Camara Pestana. Dans la première semaine, il y a eu 2 cas, 1 décès; dans la deuxième, 6 cas; la troisième, 5 cas et 3 décès; la quatrième, 3 cas et 2 décès; la cinquième, 4 cas; la sixième, 2 cas, 2 décès, etc., en tout 29 cas et 10 décès. Au 26 août il y avait eu 56 cas et 18 décès. De nouveaux foyers ont peut-être éclaté à Zambuja, l'autre à Atalaya, près de Santarem. Enfin, en Espagne, on a aussi signalé un cas à Barcellos et à Figueras, mais le fait n'a pas été confirmé. Les mesures sanitaires doivent être prises à bref délai, et les différents gouvernements ont envoyé des missions pour étudier sur place les progrès de la maladie. Les docteurs Calmette et Salimbeni représentent la France, le docteur Gorio l'Italie, les docteurs Kassel et Frosch l'Allemagne.

En résumé, depuis la Peste Noire, la peste a perdu de plus en plus du terrain jusqu'en 1845. De 1845 à 1894 elle est restée stationnaire. Depuis 1894 elle semble avoir acquis une nouvelle force d'expansion, et après avoir fait de nombreuses victimes en Asie et en Afrique, paraît menacer l'Europe à son tour.

II. — Étiologie

L'étiologie comprend deux chapitres : 1° l'étude de l'agent, 2° celle du terrain.

Dans le premier nous verrons quel est le microbe de la peste, nous passerons en revue ses propriétés biologiques, sa résistance aux agents extérieurs, son habitat, ses moyens de propagation, etc.

Dans le second nous nous occuperons des conditions de race, d'âge, de milieu géographique, etc., qui influent sur le développement de la maladie.

1° Agent. — La découverte du bacille pesteux est de date récente. C'est en 1894 que Kitasato et Yersin découvrirent le microbe de la peste.

α. Morphologie. — Les bactéries jeunes sont sphériques, plus tard elles se présentent sous l'aspect de bâtonnets courts à extrémités arrondies, souvent disposés deux à deux, de 0,5 μ de large et de 1 à 2 μ de longueur : ces deux variétés se rencontrent surtout dans les liquides de l'organisme. Dans les cultures on rencontre des variétés plus longues pouvant aller jusqu'à 8 μ. Le microbe se présente aussi en chaînettes. Enfin, sur gélose, on voit souvent des groupes de bacilles accolés latéralement. Les formes renflées sont plus nombreuses dans les cultures anciennes (Metchnikoff). Le microbe de la peste est immobile. Il se reproduit par division sans formation de spores. Zetnow a pu poursuivre le développement d'une bactérie. Le bacille termine sa reproduction en seize minutes.

β. Coloration. — Toutes les couleurs basiques d'aniline le colorent facilement; il ne prend pas le Gram. En général les extrémités se laissent plus imprégner par le colorant que la partie médiane : il existe donc une zone claire au milieu. Chaque bacille est entouré d'une zone colorée visible (par le procédé de Lœffler pour la coloration des flagella). D'après Zetnow, cette partie (qui représente la capsule) serait le protoplasme du bacille tandis que la partie centrale (qui constitue tout le microbe pour les autres auteurs) serait le noyau. Cette hypothèse est loin d'être admise par tous et a été spécialement combattue par Gabritchewsky.

γ. Cultures. — Le bacille est aérobie et se cultive aisément sur les milieux ordinaires à 35 et 37 degrés. En vingt-quatre heures, on peut obtenir n'importe quelle culture sur n'importe quel milieu, aussi bien dans les conditions de vie anaérobie qu'avec accès d'air. Dans le *bouillon*, la culture est caractéristique, il s'y forme un léger dépôt floconneux avec léger trouble. Le liquide, du reste, ne tarde pas à redevenir transparent. Ce dépôt floconneux, d'après Gabritchewsky, serait une masse mucoïde décelable par la thionine qui lui donne une teinte rougeâtre. Le meilleur milieu d'après Yersin est constitué par du bouillon additionné de peptone à 2 p. 100 et de gélatine à 1 p. 100. On possède aussi un autre milieu spécial, celui de Hankin.

M. Roux a démontré l'existence de produits toxiques solubles dans les milieux qui servent de culture au microbe de la peste. Il a pu ainsi obtenir des toxines tuant les souris à la dose de 1/70 de centimètre cube en moins de douze

heures, ces mêmes toxines se montraient peu actives pour les lapins et les cobayes. Markl a, lui aussi, obtenu une toxine active pour la souris à la dose de 1/200 de centimètre cube et qui tue le cobaye en huit jours à la dose de 0,5 à 5 centimètres cubes.

Sur *gélose*, les cultures ne présentent rien de spécial. Sur les vieilles cultures on voit que les bacilles se sont développés inégalement. Comme le remarque Yersin, les cultures les moins virulentes poussent plus rapidement. On peut donc ainsi obtenir très vite une culture, mais cette culture est très peu nocive pour les cobayes; seule la souris blanche y est sensible. Les colonies en plaques sont jaune, grisâtre et grenues.

Sur *pomme de terre* et sur *sérum*, les cultures forment une légère saillie.

δ. Résistance. — La vitalité du bacille chez les malades et en dehors de l'organisme est très faible. Kitasato, étalant du suc de bubon sur des lamelles à 28 ou 30 degrés, a retrouvé les bacilles vivants après trente heures, la mort se produisit le plus souvent au quatrième jour. Les membres de la Commission allemande ont placé le bacille de Yersin sur des fils de soie, du coton, du papier buvard : la plus longue survie a été de huit jours et presque toujours de six jours seulement. Sa résistance est beaucoup plus grande dans certains cas : comme preuve, on peut invoquer l'épidémie de Londres en 1896, dont nous parlerons plus tard. Des vêtements contaminés avaient été enfermés à Bombay dans des caisses qui ne furent ouvertes qu'à Londres.

La lumière solaire a une très grande influence (Kitasato), en moins d'une heure elle suffit à détruire le bacille même dans nos climats tempérés.

En chauffant, en tubes fermés, une culture âgée de un jour, Gabritchewsky a montré qu'à 60 degrés tous les bacilles perdent leur vitalité, et ne poussent plus si on les ensemence sur du bouillon.

Pour Gaxia et Gozio (de Naples), la dessiccation durant cinq ou six jours n'agit que peu ou pas. Soumis dix minutes à la chaleur sèche à 80 degrés et à la chaleur humide à 60 degrés, les microbes ne sont nullement détruits. Les opinions des auteurs italiens sont en contradiction avec l'opinion de M. Roux, qui soutient que la chaleur à 90 ou 100 degrés détruit très certainement le microbe.

Dans l'eau stérilisée simple, le bacille de Yersin conserve sa vitalité durant quinze jours. La formaline a une action très faible. Pour désinfecter du coton imprégné de bacilles, si l'on emploie les vapeurs de formol, il faut vingt-quatre heures pour une balle. L'hydrate de chaux à 1 p. 100 ne tue le microbe qu'au bout d'une heure, l'acide chlorydrique à 50 p. 100 en six heures, l'acide phénique à 1 p. 100 en une heure. Toutes ces recherches sont dues à Gaxia et à Gozio.

En somme, pour eux, le bacille est résistant : opinion qui n'est pas partagée par les autres auteurs.

ε. Habitat. — Le bacille de Yersin est très abondant dans les bubons, mais au début seulement, car il disparaît à la fin; on le voit dans la rate et le foie, enfin aussi parfois dans le sang. Les déjections, les crachats, en renferment en grande quantité. Wilm l'a vu sur l'enduit saburral de la langue. On le rencontre aussi dans le sol, alors même que la maladie a disparu depuis longtemps. C'est ainsi que les épidémies se réveillent. Pasteur, à propos de l'épidémie de Benghazi en 1856, écrivait : « Supposons que la peste eut des germes de longue durée, ces germes atténués seront prêts à reprendre leur forme active, quand les conditions de climat, de famine, de misère s'y montreront de nouveau. » Disons enfin que le microbe peut exister aussi dans le coton et les chiffons, en un mot dans les produits venant des points contaminés, venant des Indes, et que c'est là un danger constant de propagation.

ζ. Moyens de propagation. — 1° *Par l'air*. — Ce moyen de transmission est peu probable, en tout cas, s'il existe, il ne peut être admis que pour un rayon très restreint. Durant l'épidémie de Constantinople en 1834, l'école de cavalerie et celle d'artillerie furent isolées, il n'y eut pas un seul cas. L'ambassade française était gardée par un corps de janissaires mais séparée d'eux par une grille : les janissaires furent atteints, les habitants du palais demeurèrent sains et saufs (Proust).

2° et 3° *Par l'eau et par le sol* la transmission, bien que possible, est bien peu vraisemblable : en tout cas est très rare; néanmoins on sait que les Chinois qui marchent pieds-nus s'inoculent souvent la peste au niveau d'une écorchure, en foulant le sol imprégné de microbes.

4° *Par les animaux*. — Les rats sont les principaux agents de propagation. Weir, Simond, Hankin leur attribuent la rapidité de dissémination du fléau à Bombay. A Kunachee, les premières victimes furent des employés des docks de cotons et de graines, où il y avait beaucoup de ces animaux. Dans cette ville la mortalité a toujours suivi la voie tracée par la mort des rats. C'est d'ailleurs une notion parfaitement connue des indigènes et qui remonte à la plus haute antiquité. La mortalité des rats fut si considérable à Canton, qu'en quelques semaines, à la porte de l'Ouest, on en ramassa 22 000.

D'après Simond, il y aurait d'abord une grande mortalité de rats précédant une grande mortalité parmi les hommes; les rats disparaissent, et la peste humaine diminue. Ensuite de nouveaux rats reviennent, sont infectés, et la peste humaine subit à son tour une recrudescence.

Les rats ne sont pas les seuls animaux atteints de la peste, et quoiqu'on ait dit que « cette maladie est une maladie du rat », d'autres animaux peuvent la contracter : nous citerons les serpents, les porcs, les poules, les chacals, les buffles, etc. Les chats et les chiens sont assez réfractaires.

Les mouches peuvent jouer le rôle d'agents de transmission. Yersin ayant remarqué le grand nombre de mouches mortes dans son laboratoire, en prit, les broya, les inocula à un cobaye qui mourut en quarante-huit heures de la peste.

Les puces dont sont couverts les rats seraient, d'après Simond, le principal moyen de transmission entre le rat et l'homme, et aussi, comme le remarque M. Netter, d'homme à homme.

Simond signale encore les fourmis comme pouvant contribuer à disséminer la peste : il en a vu qui étaient bourrées de bacilles pesteux.

5° *Transmission par les individus*. — La peste paraît avoir été importée de Perse dans l'Irak-Arbi, par les cadavres de Chîtes qu'on transporte chaque année au nombre de plusieurs milliers en Mésopotamie (Irak-Arbi).

Le pèlerinage de la Mecque, réunissant dans cette ville les fidèles de tout l'Islamisme, peut devenir aussi un excellent moyen de dissémination.

6° *Par les objets*. — Les linges, les habits, les cotons, etc.; exemple l'épidémie de Londres en 1896 : deux cuisiniers prirent la peste en touchant des linges achetés à Bombay et

enfermés par eux dans des caisses qui ne furent ouvertes qu'à Londres.

η. Comment la peste pénètre-t-elle dans l'organisme? — Le bacille de Yersin pénètre par plusieurs voies : la voie cutanée, la voie digestive et la voie respiratoire.

1° *Peau*. — Très souvent au niveau des pieds, chez ceux qui marchent sans chaussures, existent des excoriations, des solutions de continuité par où se fait le contage (Aoyama). Souvent même on a trouvé une pustule, un abcès, un anthrax, révélant le point de pénétration. La brèche peut aussi se produire aux membres supérieurs (piqûre anatomique, morsure de puce). Le rapport des médecins allemands, sur 377 cas, accuse 31 cas de lésion locale, siégeant 18 fois aux membres inférieurs, 4 à la paroi abdominale, 1 au cou. Pourtant, ce qui semble bien prouver qu'une solution de continuité est nécessaire, c'est que certains peuvent impunément toucher aux pestiférés. On connaît l'exemple de Bulard portant dix jours la chemise d'un homme mort de peste sans en être atteint.

2° *Appareil respiratoire*. — Souvent la contamination se fait par la voie respiratoire. A ce mode de contagion fait suite surtout la pneumonie pesteuse. Ce fait a été expérimentalement prouvé par Batzaroff et Roux, qui ont porté du bacille pesteux sur la muqueuse nasale d'animaux sans produire d'excoriation. Netter remarque que le personnel hospitalier de Bombay et Calcutta a été souvent contaminé par les voies respiratoires.

3° *Appareil digestif*. — Ce serait, pour Nepveu, la voie la plus fréquente : il se base sur ce que les altérations du sang sont surtout marquées dans la triade porte, qu'il y a plus qu'ailleurs (sauf des ganglions) des microbes; que le foie est l'organe (sauf le rein) où la dégénérescence est plus avancée, que l'intestin est très enflammé et infiltré de nombreux bacilles.

2° **Terrain**. — Différentes causes favorisent ou non le développement du bacille pesteux. Il y a des conditions de race, d'âge, de sexe, de milieu, des conditions physiologiques, pathologiques, etc.

α. Races. — Les races humaines sont égales devant la peste. Elle a sévi dans tout le vieux continent; actuellement elle a ses foyers en Asie (Inde, Chine, Perse), elle n'épargne pas la race noire (peste du centre de l'Afrique); enfin les peuples de l'Europe sont menacés à leur tour (Oporto). Les Européens semblent résister davantage et échapper plus facilement à la contagion, ils doivent cette immunité relative aux progrès de l'hygiène.

β. Age, sexe, etc. — Les distinctions individuelles n'ont qu'une faible valeur. On a prétendu que les enfants étaient plus prédisposés que les adultes, et ceux-ci que les vieillards; il n'en est rien : pour ne prendre qu'un exemple, les enfants furent épargnés par la peste de Marseille.

Dans certaines épidémies les femmes paraissent payer un plus large tribut que les hommes, dans d'autres elles sont épargnées. La grossesse, la parturition, les règles rendraient la contamination plus facile.

γ. Professions. — Tous ceux qui sont en contact immédiat avec les objets ou des individus contagionnés sont prédisposés. Ainsi, en Orient, les laveurs de cadavres sont plus spécialement frappés. A Alexandrie les épiciers, à cause des rats, sont plus tôt atteints que les autres. Les fossoyeurs, les portefaix des docks, les ouvriers employés à l'emballage du coton aux Indes sont contaminés de préférence. Enfin, les médecins ont, dans ces derniers temps, payé un large tribut à la peste, plusieurs sont tombés victimes de leur dévouement.

δ. Milieu géographique. — On avait prétendu autrefois que la peste affectionnait plus spécialement les terrains d'alluvions, les deltas, les plaines humides. Il n'en est rien, la maladie sévit tout autant dans les hautes vallées de l'Hymalaya, dans les régions montagneuses du Kurdistan, de l'Assyr, du Yun-Nan. On a mis en cause, mais sans preuves, la perméabilité du terrain.

La peste autrefois occupa une aire immense : presque tout le Vieux-Monde. Jamais elle n'a franchi l'Atlantique. Autrefois la zone pesteuse comprenait les pays situés entre le 60e degré (Scandinavie), et le 20e (La Mecque) de latitude, et entre le 20e (îles Canaries) et le 120e de longitude : sa forme était celle d'une ellipse (Mahé). Sauf quelques foyers exceptionnels (la Mecque, île de Katsch, sud du Yun-Nan), elle n'a jamais franchi le Tropique du Cancer, qui est sa limite vers le sud. Actuellement il y a de nouvelles exceptions (Madagascar, la Réunion, Maurice, Kiriba, Lourenço-Marquez) à cette règle que jamais la peste ne se rencontrait dans l'hémisphère austral. Du reste, avec la rapidité des communications actuelles, aucun pays ne peut se dire à l'abri du fléau; on peut pourtant admettre que la peste ne se plaît pas dans les régions tropicales : quand elle y apparaît elle s'éteint toujours rapidement.

ε. Climat, saisons, température. — Le climat et la température exercent une grande influence sur la peste. On peut poser en loi qu'une certaine élévation de température est nécessaire à l'éclosion de la maladie, et qu'une chaleur exagérée en contrarie le développement (Thoinot). Cette loi serait vraie pour les pays peu éloignés des tropiques. En Égypte (1834) l'acmé a été en mars-avril, en Cyrénaïque en été. En Syrie, dans les plaines à température élevée, elle cessait en juillet, à ce moment elle régnait seulement sur les hauts plateaux où la température est plus basse, la même règle a été observée dans l'Irak-Arbi, la Perse.

Dans les pays tempérés il n'en est pas ainsi (Netter). A Londres, de 1593 à 1665, le maximum a été en été. A Marseille, en 1720, elle a décliné seulement en octobre, etc. Il paraît certain que l'humidité et la chaleur semblent favoriser le développement de la peste.

δ. Milieu. — Le manque d'hygiène, les demeures malsaines, où sont entassés des milliers d'êtres humains, comme on le voit à Bombay où, dans certains quartiers, il y a 1650 habitants à l'hectare (Londres, quartier le plus peuplé, 600); la malpropreté individuelle et générale, le mauvais entretien des rues, et surtout la disette et la famine, telles sont les causes primordiales qui favorisent la transmissibilité de la peste. La peste, comme l'a dit Aubert-Roche, « est due à la barbarie, la civilisation en est le remède. »

Du reste, les Européens sont frappés en nombre infime dans toutes les épidémies, et en Europe, depuis longtemps, les foyers de peste qui se sont produits sont toujours restés localisés et, incapables d'expansion, sont bientôt morts sur place.

ε. Influence des maladies. — Il est inutile d'insister sur ce chapitre : toutes les maladies chroniques, débilitant l'organisme, préparent un excellent terrain à l'évolution de la peste.

III. — Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique de la peste a été faite surtout au XVIIIe siècle, au moment de la peste de Marseille. Les noms de Soullier, Croizier, Bailly doivent être cités en tête de ce chapitre.

Depuis la découverte du microbe, on a eu la possibilité d'étudier les lésions pesteuses expérimentales, aussi l'anatomie pathologique de cette question a fait un grand pas dans ces dernières années.

Nous étudierons ces lésions appareil par appareil.

A. **Peau et tissu cellulaire sous-cutané.** — Les charbons se présentent au début sous la forme d'une plaque rouge sur laquelle éclôt une vésicule. Cette vésicule s'entoure d'une auréole rougeâtre pendant qu'elle-même se creuse et gagne rapidement les tissus sous-jacents.

Van der Stricht a étudié la région cutanée où il avait, chez les animaux, inoculé la peste. Il a constaté que la peau était dure et adhérente aux tissus. Au microscope il a pu voir : 1° une zone centrale constituée par des aréoles creusées dans le tissu conjonctif, et dans lesquelles il y avait de nombreux globules blancs; 2° une zone moyenne où les globules blancs avaient des granulations; 3° une zone périphérique contenant des globules à cystoplasma plus clair, avec beaucoup de granulations graisseuses. Tout autour, enfin, il y avait une zone inflammatoire avec exsudat séro-purulent, des caillots de fibrine, des globules rouges.

B. **Système lymphatique.** — Il n'y a pas de peste sans lésions du tissu lymphatique : dans les cas foudroyants même, on note l'existence d'engorgement des ganglions. Les ganglions des cavités sont atteints, aussi bien que ceux qui ont une situation superficielle. Le volume est variable, on a vu des ganglions mésentériques gros comme une amande, et même comme un œuf d'oie. En général, un ganglion ou plusieurs sont plus volumineux que les autres : ce sont les ganglions primaires. Tantôt ils sont séparés les uns des autres, tantôt, au contraire, agglomérés, pouvant former des masses de près de 2 livres. En général, ils constituent des chaînes continues, allant, par l'arcade crurale, de la région inguinale à la colonne vertébrale. Leur consistance dure au début se ramollit ensuite, au moins pour les bubons primaires. Leur coloration est rouge au début, grisâtre ensuite.

Les lésions microscopiques chez l'homme ont été étudiées par Nepveu, Wyssokowitz, etc. Les trabécules sont légèrement hyperplasiées, les cordons folliculaires et les nodosités lymphatiques sont remplis de cellules avec des bacilles. L'augmentation de volume, pour Wyssokowitz et Zabolotny, serait due non à l'hyperplasie des tissus, mais à la grande quantité de bactéries. Les vaisseaux ganglionnaires sont augmentés de volume ; il en est de même de tous les canaux lymphatiques, qui sont gorgés de bacilles et de cellules desquamées; néanmoins, le canal thoracique peut être parfois indemne, d'après Clot bey.

Van der Stricht, chez les animaux, a vu : 1° dans certains cas, l'absence de toute espèce de lésion ; 2° dans d'autres, de nombreuses cellules à grains safraninophiles et des cellules graisseuses encombrer les ganglions. Les capillaires sont gorgés de sang, remplis de globules blancs à noyau polymorphe, à protoplasma clair, de phagocytes à protoplasma compact, avec des granulations graisseuses.

C. **Moelle osseuse.** — Le même auteur a vu qu'il y a une exagération fonctionnelle considérable de ce tissu, dont le but paraît être la régénération des différents éléments du sang diminués par la peste. Les mégakaryocytes, les cellules médullaires, les leucocytes, les érythroblastes se multiplient.

D. **Tube digestif.** — Les lèvres sont recouvertes de fuliginosités. La muqueuse pharyngienne a une teinte violacée. L'estomac contient des liquides de nuances diverses, noirâtres, visqueux, semblables à un mélange de bile, de sang et d'huile (Mahé). La muqueuse, en général normale, est souvent le siège d'ulcérations (Clot bey). Parfois, on a constaté des hémorragies.

L'étude histologique, faite surtout chez les animaux, a montré que certaines cellules principales ont un cystoplasme se colorant vivement par le violet de gentiane. Les glandes sont peu modifiées. Dans le derme, il y a de petits foyers hémorragiques, les vaisseaux sont congestionnés. En résumé, légère inflammation catarrhale de la muqueuse de tout l'estomac.

L'intestin grêle est parcouru d'arborisations vasculaires très marquées. La valvule iléo-cæcale peut être le siège d'ulcérations; il y a à la surface de la muqueuse de petites hémorragies.

L'étude microscopique montre que l'épithélium des villosités est peu lésé, qu'il y a accumulation de globules blancs, à la base de la villosité. Rarement, l'épithélium a disparu, souvent de nombreux globules graisseux infiltrent sa charpente. Les veines sont remplies de bacilles pesteux. Les plaques de Peyer sont absolument intactes.

Le gros intestin est presque toujours sain, mais le côlon est souvent rétréci (Rigaud).

Le péritoine est rosé ou rouge vif, les veines courant entre ses feuillets sont gonflées de sang, le tissu cellulaire offre l'aspect d'une bouillie lie de vin, parfois puriforme ; les ganglions mésentériques sont tuméfiés.

Foie. — Ce qui frappe surtout, c'est la très grande augmentation de volume, qui va d'un tiers au triple du volume normal, ce qui fait que le foie peut arriver à occuper les deux hypocondres. Sa coloration a un aspect marbré. Sa consistance est molle (Aubert). Clot bey a vu un charbon sous forme de pustule ronde et noire sur le bord tranchant de l'organe.

D'après Nepveu, l'étude histologique montre que le protoplasma cellulaire a presque partout disparu ; la partie conservée est granuleuse. Les noyaux sont vésiculeux, se colorent mal et sont entourés d'une aréole claire. Autour des capillaires, il y a de l'infiltration. Les veines intralobulaires sont souvent rompues, toujours très dilatées. L'épithélium des vaisseaux biliaires est en voie de prolifération.

Van der Stricht, se basant sur des coupes provenant d'animaux inoculés, a montré que les lésions principales consistent en une dégénérescence granulo-graisseuse du protoplasma cellulaire. Tantôt ces granulations sont réparties sans ordre, tantôt elles occupent la cellule de la périphérie du lobule. Sur une coupe de cellule hépatique, on voit que la dégénérescence graisseuse occupe d'abord en général la périphérie de la cellule, celle qui est directement en rapport avec les vaisseaux. Plus rarement, cette dégénérescence peut frapper le centre ou la partie moyenne. Disons, enfin, que les lobules rapprochés de la capsule de Glisson sont plus frappés que les autres. Dans certains cas, les cellules hépatiques sont creusées de vacuoles volumineuses, claires,

réfringentes, ne fixant pas la matière colorante. Il peut aussi y avoir des foyers nécrotiques. La capsule de Glisson elle-même est infiltrée de nombreux globules blancs, à noyau polymorphe.

Rate. — Le volume est augmenté dans des proportions analogues à celles du foie. Sa consistance est molle, parfois comparable à de la bouillie : plus rarement elle est dure.

Les lésions pathologiques n'ont été complètement étudiées que chez les animaux inoculés. Deux choses frappent avant tout : 1° la diminution du nombre et du volume du corpuscule de Malpighi ; 2° l'hypertrophie de la pulpe splénique.

La diminution de volume du corpuscule est due à l'immigration constante des lymphocytes entrant dans sa constitution. Ces lymphocytes vont dans le torrent circulatoire, de là dans les organes sièges de l'inflammation : c'est à peu près ce qui se passe pour le choléra.

L'augmentation de la pulpe est due à ce que les travées ont doublé ou triplé de volume, et aussi à ce fait : que les alvéoles produites par ces mailles sont gonflées fortement par un liquide séreux abondant, par la présence de globules blancs à noyaux volumineux, à protoplasma clair, de globules à protoplasma trouble, des détritus de globules blancs en voie de chromatolyse, des globules rouges, des phagocytes, enfin des mégakaryocystes et des érythroblastes. Pour Van der Stricht, la présence des mégakaryocystes et des érythroblastes est la preuve que la rate participe à la formation des globules rouges du sang : fonction hématopoiétique qui n'existe qu'à la période embryonaire. La rate, enfin, renferme de nombreux bacilles pesteux.

Les capillaires veineux sont très augmentés de volume, bourrés de bacilles et de caillots fibrineux.

La capsule est infiltrée de globules blancs, à noyaux polymorphes. L'endothélium péritonéal qui recouvre l'organe est gonflé et infiltré de granulations.

Appareil respiratoire. — *Plèvre.* — Rarement on voit sur les plèvres des traces d'inflammation, mais parfois il y a des épanchements séreux, séro-sanguinolents, hémorragiques, même purulents (Taptus).

Poumons. — L'étude des lésions pulmonaires est très intéressante. On sait, en effet, que la peste peut revêtir la forme pulmonaire et la forme ordinaire ou peste à bubons. Dans les deux cas, les lésions ne sont pas identiques.

Dans le premier cas, on constate que les poumons, fortement dilatés, ne se rétractent pas à l'ouverture de la cavité thoracique. Parfois ils sont très congestionnés, parfois un peu moins ; on peut alors mieux saisir le détail des lésions. Batzaroff a vu chez des animaux inoculés de petites hémorragies miliaires sur la plèvre viscérale, des infarctus pulmonaires plus ou moins étendus, des foyers d'infiltrations multiples, qui, tantôt séparés les uns des autres, tantôt conglomérés, peuvent occuper un lobe entier. Dans des cas plus avancés, il existe de véritables foyers d'hépatisation ; les deux poumons sont œdémateux : quand on coupe les parties malades, il s'écoule un liquide sanguinolent contenant des microbes pesteux, tantôt seuls, tantôt associés à d'autres bactéries.

Dans le cas où les lésions pulmonaires se développent au cours de la peste bubonique ordinaire, les lésions caractéristiques ne sont autre chose que des pseudo-tubercules. Au début, ils siègent sur la plèvre viscérale, se présentent sous un aspect blanchâtre, et sont entourés d'une zone rouge foncé. Plus tard, la partie blanche gagne, prend une couleur grisâtre, proémine, donne au poumon un aspect granuleux ; tantôt de la grosseur d'un grain de mil, elles peuvent arriver à atteindre le volume d'une noisette. Ces pseudo-tubercules sont durs au toucher. Si on les sectionne par le milieu, il s'écoule un liquide trouble, grisâtre, contenant un grand nombre de bacilles et de leucocytes mononucléés.

Sur des coupes, on voit les capillaires gorgées de sang et dilatées, il n'y a pas de réaction péri-vasculaire ; en certains points, il y a des hémorragies.

La structure du poumon est tout à fait altérée. Les cloisons alvéolaires et lobulaires sont très épaissies. La cause en est due à la présence d'une énorme quantité de bacilles et de leucocytes. Les alvéoles dilatées sont remplies de cellules desquamées, de globules rouges, de leucocytes, de microbes. Enfin, dans un stade plus avancé, tout est transformé en un véritable tissu de nécrose. Disons enfin que les ganglions trachéo-bronchiques sont très hypertrophiés (Batzaroff).

Appareil circulatoire. — Le péricarde est souvent le siège d'épanchements séreux et séro-sanguinolents pouvant atteindre un demi-litre.

Le cœur est mou et flasque, son volume est augmenté du tiers, de la moitié, du triple (Rigaud). A la coupe, on voit que les cavités droites sont remplies de sang, dans lequel flottent des caillots jaunâtres et rougeâtres. Les cavités gauches sont vides d'ordinaire.

L'étude histologique montre, d'après Nepveu, qu'il y a de nombreux foyers hémorragiques et des points de ramolissement. Les noyaux des fibres musculaires sont plns nombreux (deux, trois, quatre). Ils grossissent, éclatent, et la fibre musculaire est divisée en deux, il se produit une « segmentation fibrillaire ». Les bacilles sont très nombreux dans les capillaires du myocarde.

Vaisseaux. — Les artères sont altérées. Les veines sont considérablement augmentées de volume. Les veines caves ont la grosseur de l'intestin grêle (Duvigneau). Les veines qui entourent les organes forment un lacis très marqué autour d'eux. Il existe des ruptures vasculaires et la moelle épinière nage parfois dans un mélange de sang et de sérosité noirâtre. En outre, il y a aussi de nombreuses ruptures au niveau des muqueuses par où le sang s'épanche et forme de larges plaques rouges ou brunes.

D'après Nepveu, les lésions pesteuses augmentent la résistance à la circulation sanguine, et d'autre part diminuent la puissance motrice de l'appareil circulatoire.

Les obstacles à la circulation sont d'abord l'augmentation du nombre des leucocytes ; la production de coagulations sanguines a aussi une grande importance : il existe, en effet, des coagulations fibrineuses adhérant aux parois des veines des différents viscères ; et on en voit d'autres qui, formant de véritables embolies, circulent dans le vaisseau. Ce sont les radicules-portes qui semblent être le point de départ de ces embolies. La troisième cause de résistance est l'augmentation de volume des endothéliums capillaires et des petits vaisseaux : cette augmentation se faisant en un point localisé du vaisseau, un grand nombre de globules s'accumule derrière ce barrage : on voit surtout ces lésions dans les capillaires du foie. Enfin, la nécrose et la chute des endothéliums des parois vasculaires, l'énorme quantité de bacilles, la congestion des organes, la compression des

vaisseaux par infiltration des liquides dans les tissus, entrent pour une large part en ligne de compte.

La force motrice du sang est plus faible, par suite de la dégénérescence complète du cœur. Il y a donc rupture d'équilibre entre la puissance du courant circulatoire et la résistance qu'opposent les organes à ce même courant.

Système nerveux. — *Cerveau.* — Les méninges craniennes sont congestionnées, et la mission japonaise de Hong-Kong a même signalé des hémorragies méningées. Les sinus dure-mériens sont gorgés de sang. L'arachnoïde est infiltrée de sérosité; il existe entre elle et la dure-mère de petits épanchements sanguins. L'encéphale est d'ordinaire congestionné, piqueté de rouge avec de fines gouttelettes sanguines sur les surfaces de section. Les ventricules sont remplis de liquide. Les plexus choroïdes prennent aussi une large part dans la congestion générale des vaisseaux. Parfois chez ceux qui ont présenté du délire, la masse cerébrale est diminuée de consistance et même ramollie (Clot bey).

D'après Nepveu, le feuillet viscéral de l'arachnoïde est infiltrée de cellules blanches, mais en petit nombre; l'espace sous-arachnoïdal est rempli de bacilles de Yersin. La diapédèse des leucocytes autour des capillaires est surtout marquée dans la couche la plus externe des circonvolutions et diminue à mesure qu'on s'en éloigne. Les coupes traitées au chlorure d'or montrent que les cylindres qui entrent dans le protoplasma et ceux qui forment le réseau enveloppant péri-cellulaire sont à demi effacés dans le voisinage de la cellule même. La cellule nerveuse est comprimée par les leucocytes extravasés des vaisseaux. Le noyau est pâle et vésiculeux; le nucléole est appliqué contre un des bords de la cellule. La substance chromatique a en partie disparu. Les prolongements protoplasmiques sont finement granuleux et se colorent à peine, les cylindres-axes sont à demi effacés. Toutes les cellules nerveuses ne sont pas atteintes au même degré; certaines sont saines, d'autres frappées très légèrement. La moelle présente des lésions à peu près identiques. Les nerfs de la vie animale sont intacts, sauf les filets ganglionnaires. Aubert a signalé des taches ecchymotiques sur le grand sympathique.

Appareil urinaire. — Le tissu cellulaire péri-rénal s'infiltre souvent et le rein est dans une véritable poche de sang.

Le rein est souvent piqueté de foyers hémorragiques. A la coupe on voit souvent s'écouler le sang, les bassinets contiennent même des caillots.

Au microscope, Nepveu a vu les glomérules en pleine dégénérescence. La cavité du glomérule renferme des granulations, des cellules, des débris d'épithélium desquamé, des bacilles, des globules rouges et blancs. Les canalicules ont leur épithélium détruit en partie.

Van der Stricht a constaté chez l'animal la dégénérescence granulo-graisseuse des épithéliums au niveau des tubuli contorti, des canaux droits, des calices. Enfin, le tissu interstitiel du rein est enflammé, les vaisseaux sont congestionnés.

Sur la *vessie*, la muqueuse, souvent saine, présente parfois des ecchymoses.

Capsules surrénales. — D'après Van der Stricht, les capillaires sont distendus, hyperémiés. Les granulations graisseuses, déja en si grande quantité dans les capsules surrénales normales, sont encore plus nombreuses.

En résumé, pour Nepveu, la peste provoque dans les tissus : 1° *des lésions leucocytémiques*; 2° *une augmentation de la diapédèse*; 3° *des phénomènes pyohémiques*; 4° *des dégénérescences cellulaires*; 5° *des phénomènes congestifs, hémorragiques, œdémateux*; 6° *des coagulations* (*caillot du cœur, fibrine coagulée, etc.*).

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

De la dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus.

La dilatation préalable du col de l'utérus est presque toujours nécessaire pour faire pénétrer dans la cavité utérine le doigt explorateur ou la curette.

On a recours habituellement à la dilatation lente et progressive au moyen de tiges de laminaires, ou à la dilatation brusque à l'aide d'un dilatateur métallique à branches, ou de bougies d'Hégar.

Dans certains cas on peut être obligé d'intervenir rapidement alors qu'on n'est pas muni de ces appareils spéciaux. M. J. Vanverts eut récemment à pratiquer un curetage pour avortement dans ces conditions.

Il nous rapporte, dans l'*Echo médical du Nord* (1), sans en revendiquer d'ailleurs la paternité, la façon dont il procéda pour amener la dilatation :

« La malade étant anesthésiée, je saisis la lèvre antérieure du col avec une forte pince-érigne, que j'abaissai et maintins solidement avec la main gauche; puis, avec le petit doigt de la main droite, je tentai d'exécuter une manœuvre identique à celle qu'on fait avec les bougies d'Hégar : je fis pénétrer l'extrémité du doigt dans l'orifice cervical externe légèrement dilaté, et, à l'aide de mouvements violents de propulsion et de rotation, j'arrivai progressivement et non sans efforts à traverser le col et son orifice interne, et bientôt je pus constater l'existence d'un polype fibrineux. L'index, remplaçant alors l'auriculaire, rendit la dilatation plus complète et permit d'introduire facilement la curette dans la cavité utérine.

Ce procédé de dilatation extemporanée du col utérin, qui me donna des résultats aussi satisfaisants dans des circonstances embarrassantes, nécessite l'existence d'un état de légère dilatation; mais il est rare qu'il n'en soit pas ainsi. »

Le traitement des aliénés par le repos au lit.

Ce mode de traitement, qui est très en faveur à l'étranger, est peu appliqué en France, sauf dans quelques asiles de la Seine. Le docteur Clausolles l'a mis à l'essai à l'asile de Pau sur un certain nombre de malades agités ou déprimés, dont les uns ont été isolés, tandis que les autres subissaient le traitement en commun.

Voici les conclusions qu'il tire de son expérience (2) :

« L'habitude de garder le lit s'acquiert vite, elle est facilitée par la persuasion, les récompenses, les menaces verbales. On doit y adjoindre chez tous les malades la suralimentation et chez quelques-uns l'emploi de l'hydrothérapie et les hypnotiques. La surveillance incessante que nécessite ce mode de traitement favorise les soins hygiéniques et de propreté, prévient les tendances agressives et les tentatives de suicide ou d'auto-mutilation. Chez beaucoup de sujets, on a constaté le relèvement des grandes fonctions physiologiques (respiration, circulation); certains n'ont retiré aucun bon effet du traitement. Au point de vue de la technique, le repos absolu et prolongé au lit doit être rejeté, car il favorise la constipation, l'insomnie, provoque des troubles variés; il faut donner la préférence au régime mixte, qui est vraiment utile et a donné des résultats heureux. La question de l'isolement ou du groupement par petit nombre ne doit pas être résolue dans un sens exclusif; il

(1) 17 sept. 1899.

(2) Th. de Toulouse, 1899.

faut choisir avec soin les malades auxquels convient l'un ou l'autre des deux systèmes. De plus, cette organisation demande évidemment le concours d'un personnel bien plus nombreux que celui dont on dispose généralement dans les asiles et qui doit être recruté avec un soin tout particulier, surtout si l'on se sert, comme cela arrive souvent, de malades tranquilles ou en période de rémission, en qualité d'infirmiers ou de garde-malades auxiliaires. »

La barbe du chirurgien, cause d'infection dans les opérations aseptiques.

Les recherches de Flügge sur la projection à distance des germes buccaux pendant la conversation, ont déjà donné l'occasion à Mikulicz de rechercher un moyen de protéger le champ opératoire contre cette nouvelle cause d'infection. D'où le masque spécial qu'il a inventé dans ce but. Garré a fait remarquer, de son côté, que si le masque de Mikulicz a une action contre la salive, la barbe de l'opérateur n'en reste pas moins menaçante au-dessus du champ opératoire et prête à y semer de nombreux germes. C'est contre ce nouveau danger que s'élève aujourd'hui Hübener (1). A la suite de nombreuses recherches il arrive à cette conclusion que le masque, protégeant seulement la bouche, vient frotter contre la barbe, et fait tomber des germes dans le champ opératoire.

Mais l'action du masque n'est pas nécessaire pour faire tomber de tels germes. Chez un chirurgien porteur de la barbe, les simples mouvements de la tête y suffisent. On peut ainsi ensemencer des plaques d'agar, sur lesquelles on voit pousser de nombreuses colonies microbiennes.

Nous possédions déjà des appareils protecteurs tels que le sachet de Bardenheuer et le capuchon de Vulpius. Hübener propose aujourd'hui d'ajouter au masque de Mikulicz un voile de batiste attaché derrière la nuque et recouvrant entièrement la barbe. Ainsi le champ opératoire se trouve complètement à l'abri de toute infection provenant de la bouche ou de la barbe.

FORMULAIRE

Dyspepsie. — Élixir de Mynsicht
(d'après DUJARDIN-BEAUMETZ).

Racines d'acore odorante. — de galanga . . .	*ââ*	40 grammes.
Sommités d'absinthe . . — de menthe crépue. — de sauge.	*ââ*	20 grammes.
Fleurs de camomille . . Cannelle fine. . . . . . Cubèbe. . . . . Gingembre. . . . . . . Girofle. . . . . Muscade.	*ââ*	15 grammes.
Bois d'aloès . . . . . . Zestes de citrons. . . .	*ââ*	5 grammes.
Sucre		160 —
Alcool à 60 degrés		950 —
Acide sulfurique pur		160 —

De deux à quarante gouttes dans de l'eau.

Ou plus simplement :

Acide chlorhydrique pur.	2gr50
Sirop de limons	100 grammes.
Eau.	900 —

A prendre un verre à bordeaux après chaque repas.

(DEBOVE.)

(1) *Centralbl. f. Chir.*, 1899, p. 321.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Un concours pour quatre places d'internes s'ouvrira le 9 octobre 1899 à l'Hôtel-Dieu.

— Un concours pour dix places d'externes s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 6 novembre 1899.

Hospices de Tours. — Un service spécial d'ophtalmologie va être créé. Le titulaire sera nommé après un concours dont les juges seront M. le professeur Panas et M. le docteur Motais, auxquels seront adjoints des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Tours.

Marine. — M. Aubry, médecin de première classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer au 13e d'infanterie de marine, à Madagascar, M. le docteur Tricard.

MM. les médecins de première classe Lallour, du port de Brest, désigné pour embarquer sur le *Surcouf*, et Aubry, du même port, désigné pour servir au 13e régiment d'infanterie de marine à Madagascar, sont autorisés à permuter.

M. Merleaux-Ponty, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est désigné pour embarquer sur la *Dévastation* (escadre du Nord). en remplacement de M. Carbonel.

— Liste par ordre de mérite des étudiants en médecine nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine, à l'École de Bordeaux.

MM. 1. Cazamian, Lancelin, Roux, Duville, Carayon, Ouzilleau, Cachin, Levet, Thézé, Gloaguen.

11. Bertaud du Chazaud, Donval, Durand, Peyrot, Vincent, Arnould, Jauneau, Guyet, Le Goaon, Mouzels.

21. Bernoud, Peyraud, Bourragué, Boucher, Léger, Gensollen, Penaud, Esserteau, Duchâteau, Hermant.

31. Geniès, Bouilliez, Haelewyn, Pistre, Coquelin, Koun, Leroy, Franceschetti, Poux, Mercier.

41. Thélème, Meslin, Masse, Deunff, Heckenroth, Legà, Duperron, Lescure, Primislas-Lallement, Dufougeré.

51. Cristol, de Goyon, Dufourt, Maratray, Girard, Fistié, Le Bouvier, Martin, Cavasse, Lemaître.

61. Levier, Pic, Bruhat, Parrenin, Sallet, Arathoon, Guichoux, Ratelier, Eberlé, Froutgous.

71. Valentino, Le Moignic, Bourges, Sarailhé, Lasserre.

Écoles de médecine. — *Tours.* — Par arrêté en date du 20 septembre 1899, un concours s'ouvrira le 22 mars 1900 devant l'École de médecine pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Statistique. — Mortalité à Paris du 10 au 16 septembre 1899 (37e semaine), 761 décès, au lieu de 814 la semaine précédente (moyenne 805). La fièvre typhoïde a causé 23 décès au lieu de 21 la semaine précédente (moyenne 7), 146 cas nouveaux sont signalés. La rougeole a causé 10 décès, la scarlatine 1, la coqueluche 7, la diphtérie 4. La diarrhée infantile diminue, de 0 à 1 an elle a causé 58 décès, au lieu de 77 la semaine précédente (moyenne 83). En outre 17 enfants sont morts de faiblesse congénitale. Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 49 décès au lieu de 60, chiffre moyen. Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 35 décès. La phtisie 186 décès (moyenne 168). La méningite tuberculeuse 16, les méningites aiguës 23. L'hémorragie et le ramollissement cérébral 48 décès. Les maladies organiques du cœur 47 ; le cancer 55. Enfin 20 vieillards sont morts de débilité sénile.

Fondation Hirsch. — Au fronton du nouvel Institut biologique de la rue Dutot, que vient de construire, en face de l'Institut Pasteur, M. Brébant, architecte de ce dernier édifice, on vient de graver au-dessous de l'inscription : « Institut Pasteur — Chimie biologique, » la mention suivante : « Fondation baronne M. de Hirsch. »

C'est en effet, on le sait, avec le don de 2 millions fait peu de temps avant sa mort par la baronne de Hirsch à l'Institut Pasteur,

qu'a été construite et sera entretenue cette importante annexe.

Tous les travaux extérieurs du monument, très coquet, de style Louis XIII, pierre et brique, avec grands toits en ardoises, sont terminés et l'Institut biologique, où doivent se réunir, l'an prochain, plusieurs congrès scientifiques, sera en pleine activité au moment de l'Exposition.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Defalle (de Liège), Gastinel pacha (de Marseille).

Cas de fécondité phénoménal. — Le docteur Gorgon rapporte dans la *Chronique médicale* l'histoire suivante qu'il a trouvée dans une vieille chronique slave :

« L'an 1313, la comtesse Marguerite de Hollande a accouché le même jour de 364 petits enfants tous vivants, avec une figure humaine parfaite et des membres bien conformés ; mais ces enfants étaient aussi petits que des polypes. Tous, tandis qu'ils étaient en vie furent aspergés d'eau, et reçurent ainsi le baptême.

On rapporte que ce phénomène eut lieu parce que la femme d'un militaire avait été, par la comtesse Marguerite, mise à la question, sous l'inculpation d'adultère, pour avoir mis au monde deux enfants jumeaux. La comtesse très affirmative disait :

— Avoir deux enfants jumeaux, d'un seul père, est aussi possible à une femme qu'il m'est possible à moi-même d'avoir eu, en une seule fois, un nombre d'enfants égal au nombre des jours d'une année.

Et voilà que la comtesse se mit à concevoir et plus tard à mettre au monde cette quantité d'enfants. »

Erratum. — Dans le nº 79, p. 733, se trouve une erreur typographique que nos lecteurs auront certainement rectifiée d'eux mêmes en lisant les lignes qui précédaient.

Les deux formules de M. Renaut (de Lyon) pour l'administration du cacodylate de soude par la voie rectale doivent être lues de la façon suivante :

1º Solution faible :

Eau distillée........ 200 grammes.
Cacodylate de soude. 0gr25 centigrammes.

2º Solution forte :

Eau distillée........ 200 grammes.
Cacodylate de soude. 0gr40 centigrammes.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 109. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 26 SEPTEMBRE 1899. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

GROSSESSE UTÉRINE

APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE; ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PAR LA CICATRICE ABDOMINALE AU SEPTIÈME MOIS; GUÉRISON

Par M. le docteur JABOULAY (de Lyon).

Le fait exceptionnel, qui est ici consigné, a bien trait à une grossesse ayant évolué presque à terme, dans le rudiment du conduit utérin que j'avais laissé dans une hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe pratiquée un an et demi avant.

Cette opération avait été faite pour un fibrome interstitiel pesant, une fois enlevé, 5 kilos et demi. C'était en janvier 1898. Les suites avaient été très simples. Une première particularité qui, aujourd'hui, renseigné comme nous le sommes, a un véritable intérêt : c'est que la malade perdit, quinze jours ou trois semaines après, une certaine quantité de liquide louche, soit par sa plaie abdominale, soit par le vagin; et depuis, régulièrement, elle eut tous les mois un suintement sanguin des deux côtés, à l'abdomen, par un petit pertuis qui, disait-elle, ne voulait pas se boucher, et à la vulve, comme quand elle était bien réglée. Le suintement sanguin par l'abdomen précédait de deux jours environ le suintement vaginal, qui durait trois jours. Cette circonstance fait penser que probablement c'était l'extrémité d'une trompe sectionnée ou les deux trompes enlevées dans leur partie juxta-utérine et conservées dans leur portion juxta-ovarienne, qui s'était mise en adhérence dans la cicatrice abdominale et donnait au dehors l'écoulement menstruel avant (deux jours environ) l'utérus.

La malade, une jeune femme de vingt-cinq ans, avait quitté le service avant qu'une véritable menstruation se fût produite, telle que nous venons de la relater; elle l'a eue régulièrement chaque mois, de mars 1898 à janvier 1899, époque où elle devint enceinte. Elle avait interrogé tout le personnel du service, sur la possibilité de cette éventualité, avant de sortir de l'Hôtel-Dieu, et tous lui avaient assuré son impossibilité.

Aussi quelle ne fut pas notre surprise de voir revenir notre malade au mois de juillet dernier, et de constater une grossesse de six mois et demi. Elle nous raconta la cessation de sa menstruation au mois de janvier dernier, le développement progressif du ventre et des seins, la perception des mouvements de l'enfant depuis déjà deux mois. La cicatrice de la laparotomie avait une teinte noire, avec des *varicosités* en bas; de chaque côté, elle s'était élargie et s'étalait sur un espace de deux travers de doigt; le sein gauche était plus développé que le sein droit, et, au dire de la malade, seul il contenait du lait; cependant nous pûmes constater l'existence de la sécrétion lactée du sein droit. Mais il est à noter que le sein gauche était plus développé et que, en même temps, le ventre était plus gros à gauche également. En le palpant, on arrivait à constater la présence d'un fœtus couché à peu près transversalement dans une portion d'utérus véritable, incliné à gauche (car il y avait du ballottement de la tête et des contractions de la poche), l'extrémité céphalique étant dans le flanc gauche; on entendait le souffle utérin et les bruits du cœur fœtal, les mouvements de déplacement qu'on pouvait imprimer à l'enfant étaient des plus rudimentaires et donnaient des douleurs à la mère. Le toucher vaginal permettait avec peine d'atteindre le col, qui était remonté en arrière, très haut; il faisait percevoir une paroi antérieure de l'utérus, cerclée comme un dôme au-dessus du vagin et fixée en avant à la cicatrice abdominale. Cette cicatrice avait elle-même une sensation de mollesse spéciale; elle se laissait écraser comme si elle était doublée d'une masse musculaire; nous avons déjà signalé les varicosités qui sillonnaient la peau.

Le diagnostic était donc : grossesse dans le restant de l'utérus amputé dix-sept mois avant, mais non pas une grossesse extra-utérine, comme c'était notre première idée en apercevant cette malade et en nous remémorant son observation.

La malade fut mise au courant de sa nouvelle situation, de l'impossibilité probable d'un accouchement par les voies naturelles, et fut prévenue qu'elle devait revenir au moindre accident et même au moindre événement nouveau qui pourrait arriver.

C'est ainsi qu'elle revint, quinze jours après cet examen, pour me montrer une très petite et superficielle ulcération qui venait de se former sur sa cicatrice abdominale, au milieu des varicosités, à l'endroit où devait siéger jadis le pédicule externe. Un simple pansement y fut appliqué. Elle revint brusquement une nuit de la semaine suivante, parce

que cette écorchure avait grandi, qu'elle avait perdu par là 3 litres de sang dans la journée, et qu'un médecin n'avait pu arrêter l'hémorragie qu'avec des pinces hémostatiques encore en place. Les pinces furent enlevées et remplacées par un pansement au pengavaar. Le lendemain, nouvelle hémorragie dans la nuit, puis une autre le surlendemain, dans la soirée, qui fut particulièrement difficile à arrêter, et si abondante que l'interne du service crut la malade perdue; il avait, dit-il, placé des pinces hémostatiques sur un tissu qui se déchirait de suite. Prévenu, je décidai de faire l'opération césarienne le lendemain matin; l'hémorragie recommençait une demi-heure avant l'heure fixée pour l'opération. A ce moment, en enlevant les tampons que les internes avaient placés pour faire de la compression hémostatique, je constatai, non sans surprise, l'issue par le milieu de la cicatrice, au lieu et place de l'ancienne petite ulcération, de petits cotylédons placentaires larges comme une pièce de 5 centimes : c'était sur eux que les pinces hémostatiques avaient dû être appliquées la veille. Et c'était le placenta qui saignait à l'extérieur, après avoir rongé, comme il le fait dans les grossesses tubaires pour les parois de la trompe, la cicatrice abdominale. C'est lui, d'ailleurs, qui, fixé à cette cicatrice de la laparotomie, donnait la sensation de mollesse particulière au toucher de ce point spécial.

Je débridai la paroi abdominale aux ciseaux au-dessus et au-dessous des cotylédons placentaires prolabés; l'épiploon vient en haut, je me rends compte que le placenta cesse immédiatement au-dessus des bourgeons procidents, et j'arrive sur les membranes de la poche des eaux à travers lesquelles j'aperçois les pieds, sur la ligne médiane. Les eaux s'étaient écoulées dans la nuit soit par en bas, soit par la cicatrice. Les membranes sont déchirées et j'attire le premier pied qui se présente et tout le membre inférieur : c'est le membre inférieur droit, dont la face regarde en haut; extraction de l'autre pied et de tout le membre inférieur gauche, puis le tronc vient et le cou. Le cordon passe en avant, je le récline à droite pour éviter qu'il ne soit serré par la tête restée dans la profondeur. Celle-ci arrive défléchie, la face en avant et en haut; quelques manœuvres de traction la dégagent. Puis le placenta est recueilli, il se détache presque seul, avec les membranes; c'est un placenta à insertion marginale; il pèse 470 grammes. L'enfant, une petite fille, pesait 2k100; elle a vécu vingt-quatre heures, bien que mise immédiatement à la couveuse; je n'ai pu en faire l'autopsie et ne sais si elle présentait quelque vice de conformation.

Quant à la portion de l'utérus restante, et qui contenait cet enfant, je n'ai pas eu à l'inciser pour en extraire le fœtus, il était ouvert sur une longue fente qui paraissait descendre sur le col. Cette fente n'était pas récente, elle ne saignait presque pas, moins en tout cas que la cavité utérine; elle devait représenter l'ancienne section que j'avais faite à la portion supra-vaginale de la matrice dans l'opération du fibrome. Cette portion restante et ouverte de l'utérus est attirée au dehors de la paroi et fixée. A cause de l'hémorragie, un gros tampon est placé dans sa cavité; on dirait qu'elle représente presque la moitié gauche de l'organe total. Il est probable que l'insertion placentaire s'est faite sur le lieu de la section utérine; que là, à une époque difficile à déterminer, l'utérus s'est déchiré ou mieux s'est écarté au fur et à mesure de la propension de la grossesse et des contractions du muscle; le placenta a, d'ailleurs, pu user peu à peu cette cicatrice utérine et filer sous la paroi abdominale, qu'il a perforée à son tour.

La malade a guéri très simplement de l'intervention et s'est vite remise de ses couches. Au moment de l'opération, je n'ai pas pu constater ce que j'avais au juste laissé d'utérus et de ses annexes dans mon hystérectomie supra-vaginale; je ne sais si j'ai laissé la trompe gauche et l'ovaire dans leurs rapports avec l'utérus, cela n'est pas impossible; on croit enlever souvent plus qu'on n'enlève en réalité; dans ce cas, la fécondation se comprendrait simplement. Mais si j'ai excisé non seulement la moitié droite de l'utérus et sa trompe, mais aussi les deux portions juxta-utérines des trompes, dont les bouts juxta-ovariens fixés dans la paroi de l'abdomen donnaient les règles, précédant de deux jours l'écoulement par le vagin, alors il faut admettre que l'ovule, arrivé par la trompe jusqu'au voisinage de la section utérine, a pu rentrer dans la matrice pour y être fécondé, ou bien que la fécondation s'est faite au niveau de la cicatrice abdominale.

Je n'ai pas trouvé d'observation analogue. Kœberlé a bien publié, en 1864, une observation de grossesse après hystérectomie supra-vaginale, mais c'était une grossesse extra-utérine. D'autre part, on connaît bien une observation de grossesse après hystérectomie vaginale (Wendler), mais c'était une grossesse tubaire.

Les enseignements qui découlent de cette observation sont : 1° la possibilité d'une grossesse dans les conditions les plus invraisemblables, et alors l'impossibilité de l'accouchement naturel; 2° la puissance rongeante des villosités placentaires, qui ont perforé la paroi abdominale et peut-être, avant elle, la paroi utérine cicatricielle; 3° la nécessité de l'hystérectomie complète pour fibromes anciens, au moins chez les jeunes femmes, et en même temps l'ablation des annexes. Pour cela, nous recommandons d'employer notre procédé d'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale, que nous venons de décrire dans le *Lyon médical* du 10 septembre 1899).

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

XXVIIIe session, tenue à Boulogne-sur-Mer, du 14 au 21 septembre 1899.

Le Congrès qui vient de se tenir à Boulogne-sur-Mer, sous la présidence du professeur Brouardel, s'est terminé par l'excursion organisée à Douvres sur l'invitation de la British Association for the Avancement of Sciences. Trois cent cinquante congressistes s'y sont rendus, et il est inutile de dire l'excellente impression qu'ils ont rapportée de leur visite à Douvres, où ils ont été reçus avec la plus grande cordialité.

A une époque où les congrès médicaux spéciaux se succèdent presque sans interruption, il eût semblé naturel que dans ce Congrès la médecine cédât le pas aux sciences générales. Il n'en a rien été, et les sciences médicales ont tenu à Boulogne une telle place que, pour la première fois, on a vu fonctionner une sous-section d'*électricité médicale*.

Nous allons tâcher d'analyser très sommairement les communications les plus saillantes apportées au Congrès.

MÉDECINE

M. LIVON (de Marseille), étudiant l'**action des sécrétions internes sur les centres vaso-moteurs**, conclut de ses expériences antérieures qu'une des actions des sécrétions internes c'est d'agir sur la pression sanguine pour produire

tantôt de l'hypertension, tantôt de l'hypotension, et qu'à l'état physiologique l'effet de ces diverses sécrétions s'équilibre et maintient la pression sanguine dans une moyenne convenable. Mais cette moyenne n'est pas stable, comme le démontre entre autres le phénomène de Traube que de Cyon explique par une lutte égale entre l'excitation des centres vaso-constricteurs et l'intervention du nerf dépresseur. Les expériences de l'auteur démontrent que les agents de cette excitation sont les sécrétions internes. En effet, l'injection dans le torrent de la circulation d'extrait de corps pituitaire ou de capsules surrénales détermine une hypertension très nette. Si pendant cette hypertension l'on vient à exciter le nerf dépresseur au lieu d'obtenir la chute qui caractérise l'excitation de ce nerf sur le lapin, on voit l'hypertension persister ou ne faire que se modifier légèrement si la dose injectée a été légère. Si l'on commence par exciter le bout central du dépresseur et que pendant l'hypotension on pratique l'injection intra-vasculaire d'extrait hypertensif, immédiatement on voit se produire l'effet hypertensif ordinaire comme si le dépresseur n'était pas excité. Ces expériences démontrent donc l'inhibition du nerf dépresseur par des extraits organiques.

M. E. FÉRÉ (de Bordeaux), continuant ses recherches sur les rapports qui existent entre la **diphtérie humaine et la diphtérie aviaire**, et faisant remarquer qu'il a compris sous cette dernière désignation les affections pseudo-membraneuses de la volaille, a retrouvé les différents microbes qu'il a déjà signalés. Il a corroboré ses recherches à propos de la présence du bacille de Löffler dans les membranes en montrant que le sérum anti-diphtérique ordinaire neutralise *in vitro* l'action de la toxine de ce bacille de Löffler aviaire et qu'il agit préventivement contre cette toxine.

M. Féré, en insistant sur la possibilité de transmission des affections pseudo-membraneuses de la volaille à l'homme et prenant texte de ses expériences personnelles et des résultats plus récents obtenus par M. Lang, insiste sur le bénéfice qu'on peut retirer, dans certains cas, de l'emploi du sérum antidiphtérique ordinaire dans le traitement et la prophylaxie de la diphtérie aviaire.

M. FERRAND, **sur la médication euphorique**, communique une note relative à l'administration de la morphine, dans le cas de syncope, d'asphyxie et en général d'agonie ou de mort imminente, selon la formule qu'il en a donnée, à ce sujet, dans une communication faite cette année à l'Académie de médecine.

Pour écarter les dangers de collapsus ou de syncope, et aussi ceux d'asphyxie, il suffit d'ajouter, à la solution de morphine, un agent capable d'une stimulation rapide et sûre, ce qui réalise alors la médication euphorique.

Parmi ces agents de stimulation, l'éther est le plus apte à remplir ce but. Mais on pourrait obtenir encore une action euphorique en s'adressant à une autre catégorie d'agents : c'est-à-dire les anti-spasmodiques excitants, les anti-spasmodiques modérateurs et même les contro-stimulants. Ces agents, en effet, jouissent de cette particularité qu'ils sont à la fois, et dans des proportions variables, des modérateurs de l'activité fonctionnelle en même temps qu'ils respectent ou même qu'ils stimulent l'activité nutritive.

Or, c'est que réalise au mieux l'association de l'éther avec la morphine. Et c'est ainsi qu'on peut intervenir, dans beaucoup de circonstances graves, avec grande utilité et sans rien compromettre.

M. BETTREMIEUX (de Roubaix) conclut de différentes observations que la meilleure conception des **névralgies et des tics de la face** est celle qui consiste à les considérer comme des réflexes pathologiques ; et avant de recourir aux moyens chirurgicaux ayant pour but d'interrompre le circuit réflexe, il faut rechercher avec soin, notamment du côté des voies lacrymales, le point de départ de ce réflexe.

M. S. BERNHEIM (de Paris) rappelle les avantages du **traitement de la tuberculose d'après la méthode de Landerer**, par le cinnamate de soude en injections intra-musculaires ou intra-veineuses. Il conclut de la façon suivante :

1° L'acide cinnamique et ses composés peuvent être considérés comme des produits absolument innoffensifs, n'exerçant aucune action sur l'organisme de l'homme sain. Ces agents n'ont également aucune influence sur d'autres maladies. Seule la tuberculose est sensible à son action.

2° Cette action se traduit par les manifestations suivantes : dès les premières injections, il s'établit une hyperleucocytose et on trouve surtout dans la circulation un grand nombre de leucocytes polynucléaires et éosinophiles. Autour des foyers tuberculeux même, il se produit un processus inflammatoire qui se termine par une production de tissu conjonctif et de jeunes vaisseaux. Cette transformation scléreuse s'étend par rayonnement à travers les tubercules qui présentent bientôt l'aspect d'un tissu cicatriciel.

3° Ces injections de cinnamate de soude, qui peuvent être glutéales ou intra-veineuses, doivent être toujours commencées avec des doses très petites, débutant à 1 milligramme et allant jusqu'à 50 milligrammes, dose qu'il est inutile de dépasser. On se guide pour augmenter la dose sur l'état général du malade, sur la fièvre, les hémoptysies et enfin sur la leucocytose. Suivant les cas plus ou moins graves, on continue plus longtemps cette méthode. Mais il faut compter un minimum de trois mois et le traitement peut atteindre une durée d'un an. Le malade doit être placé dans les meilleures conditions d'hygiène.

4° MM. Landerer et Bernheim ont réuni 284 cas de différentes formes de tuberculoses et il résulte de leurs observations expérimentales, microscopiques et cliniques, qu'on possède dans l'acide cinnamique et ses dérivés des agents capables d'exercer une influence énergique contre la tuberculose. Les deux auteurs citent un très grand nombre d'améliorations et de guérisons obtenues exclusivement par cette méthode.

5° D'après M. Landerer, l'acide cinnamique pourrait être considéré comme un antidote du bacille (théorie de Buchner). En se combinant avec les toxines tuberculeuses, il produirait une substance inoffensive. Au contraire, d'après Bernheim, le produit agirait comme agent phagocytaire. Le grand nombre de leucocytes mettent l'organisme en bon état de défense et les bacilles de Koch ne sécréteraient plus ou sécréteraient moins de toxines.

6° L'action curative du cinnamate de soude peut être contrôlée de visu dans les formes chirurgicales où l'on assiste sur place à une hyperleucocytose, à une production de jeunes bourgeons et à une cicatrisation scléreuse.

Après une deuxième communication sur l'**ectopie cardiaque**, le même auteur lit un mémoire sur la **fièvre des tuberculeux**.

D'après ses recherches expérimentales et les observations cliniques il peut se produire dans les différentes manifestations tuberculeuses trois variétés d'hyperthermie :

1° la fièvre bacillaire pure ; 2° la fièvre septique ; 3° la fièvre hectique.

On peut créer expérimentalement la forme bacillaire pure, qui s'observe aussi dans la tuberculose miliaire, dans la méningite, dans certaines variétés de pleurésie, de péricardite et de péritonite tuberculeuses.

La fièvre septique due aux toxines de bactéries autres que la bacille de Koch, s'observe dans la phtisie subaiguë, dans la pneumonie tuberculeuse, à la deuxième période de la phtisie commune et dans un grand nombre de formes chirurgicales de tuberculose à lésions multiples.

La fièvre hectique est due à l'association des bactéries de la suppuration et du bacille de Koch, dont les toxines sont résorbées sur place et produisent ainsi une intoxication générale aiguë de tout l'organisme qui en est imprégné.

Cet empoisonnement produit rapidement la cachexie et entraîne fatalement la mort.

Au point de vue du traitement, M. Bernheim recommande le repos absolu et de bonnes conditions hygiéniques et diététiques dans toutes les manifestations tuberculeuses. Il combat la fièvre bacillaire pure par des injections glutéales de cinnamate de soude ; dans la fièvre septique, il recommande l'acide salicylique et l'antipyrine ; enfin, tous ces médicaments associés à une bonne hygiène ont quelquefois, mais exceptionnellement, raison de la fièvre hectique.

M. LOIR (de Tunis) montre la **rareté de la tuberculose en Tunisie**, d'après une enquête faite par la Société médicale française de Tunis. De cette enquête il ressort que la région du cap Bon jouit d'un climat marin des plus favorables, en particulier sur sa côte occidentale.

M. LE NOIR (de Paris) communique deux observations de **phlébite syphilitique survenue dans la période secondaire de la syphilis**. L'auteur insiste sur la rareté de cet accident chez la femme, sur la précocité de l'accident et sur le rôle étiologique de la fatigue.

Les **badigeonnages de gaïacol** constituent, d'après M. LEDUC (de Nantes), pour combattre l'hyperthermie de la fièvre typhoïde, un moyen efficace, d'une action constante et d'une grande facilité d'application.

Pour éviter la transpiration et les frissons, et pour obtenir, malgré la courte durée de l'action du médicament, un effet persistant avec des doses minima, il faut employer, pour chaque application, un petit nombre de gouttes, quatre à huit pour un adulte, et répéter les badigeonnages toutes les trois heures environ, si la température l'exige.

En suivant ces préceptes, il ne saurait se produire d'accidents d'hypothermie.

Cette médication semble exempte de toute action nocive sur les reins et sur la diurèse.

Le même auteur étudie les **effets psychiques de la caféine**. Pour lui, la caféine n'est pas seulement susceptible de produire un délire aigu et violent chez des malades auxquels on l'administre à hautes doses, mais, employée à doses faibles et prolongées, elle peut produire un état très pénible de mélancolie à forme spéciale, avec crises de désespoir et de larmes, pouvant conduire au suicide, et susceptibles de persister longtemps après la cessation du médicament.

Enfin, M. CLAUDE (de Paris) lit un mémoire sur les **ulcérations au cours d'une cirrhose**, s'accompagnant de gastrorragie, et les **ulcérations de l'estomac avec hémorragie**, dans l'inanition expérimentale.

CHIRURGIE

Gibbosités expérimentales. — M. MÉNARD (de Berck-sur-Mer) et M. GUIBAL rapportent que leurs expériences leur ont démontré que la conformation des arcs vertébraux postérieurs et la mobilité propre du rachis, exercent dans chaque région une influence notable sur le mécanisme, la forme et le degré de la gibbosité pottique. Ils ont enlevé successivement des arcs vertébraux au cou, au dos et aux lombes. Au cou, à la suite de cete opération, l'inflexion est incomplète à cause de la présence des apophyses transverses, qui suppléent partiellement au rôle des corps vertébraux disparus ; de plus, elle est corrigée par le tassement du rachis postérieur ; pour ces deux raisons, l'inflexion du rachis à la région cervicale est beaucoup moindre que ne le fait prévoir la perte de substance produite dans la série des corps vertébraux.

Au dos, au contraire, après la suppression d'un ou de plusieurs corps vertébraux, on voit l'inflexion s'effectuer assez complètement, malgré un certain obstacle opposé par la cage thoracique ; le degré de la gibbosité est en rapport direct avec l'étendue de la destruction des corps vertébraux. A la région lombaire, les résultats obtenus tiennent une place intermédiaire à ceux du cou et à ceux du dos.

Aussi on peut conclure que, de la comparaison faite entre les résultats des expériences des auteurs et les pièces recueillies dans le mal de Pott, qu'au cou et aux lombes la gibbosité n'est pas en rapport avec l'étendue de l'altération des corps vertébraux, qu'elle est atténuée, qu'au dos, région des grandes bosses, il y a une relation directe entre les deux termes : destruction somatique et inflexion rachidienne.

Pathogénie et traitement de la scoliose. — M. PIERRE (de Berck) remarque qu'on constate dans la scoliose, au début, l'inflexion du rachis, l'asymétrie du sternum et du thorax, l'inégal développement des deux moitiés du bassin et à peu près constamment l'inégalité de longueur des membres inférieurs, qui, pour l'auteur, est, dans la grande majorité des cas, la cause première de la scoliose. L'auteur distingue trois degrés de scoliose : le premier, qu'il traite par le repos relatif ; le deuxième, par le port d'un appareil plâtré jusqu'à ce que l'attitude générale soit ramenée au premier degré, et, enfin, le troisième, par une série de redressements progressifs obtenus par les deux modes de suspension verticale et latérale. Le traitement est complété par la gymnastique suédoise.

Un cas de tuberculose herniaire. — M. FAGUET (de Périgueux) relate le cas d'une tuberculose primitive, circonscrite au fond d'un sac herniaire, tuberculose qui s'est généralisée malgré une intervention qui paraissait avoir été précoce et complète. Il s'agissait d'un cultivateur de dix-huit ans, opéré sept mois après l'apparition de la hernie ; l'opération avait été simple, et les suites opératoires avaient été bonnes ; néanmoins, six mois après l'opération, le sujet revint à l'hôpital avec tous les signes d'une tuberculose péritonéale et pulmonaire dont il mourut.

La bicyclette dans le traitement des hernies. — M. LOIR (de Tunis) rappelle l'observation du mois d'octobre 1898, qu'il a publiée en son temps, où il faisait part de la guérison d'une hernie par la bicyclette. Il vient aujourd'hui confirmer ses conclusions.

Môle vésiculaire. — M. DELORE (de Lyon), après avoir rapporté les opinions contradictoires des auteurs sur la cons-

titution de la môle, explique comment, de ses études histologiques, il est arrivé à l'idée absolue que la môle est une néoplasie, un enchondrome du placenta.

De l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien dans certaines variétés de torticolis chronique. — M. REBOUL (de Nîmes). « Dans le traitement du torticolis chronique, la section tendineuse sous-cutanée et surtout la ténotomie à ciel ouvert suivie d'un traitement manuel ou orthopédique, donne généralement des résultats suffisants. La déviation est corrigée définitivement et complètement. Toutefois, dans certaines variétés de torticolis chroniques congénitaux invétérés, le redressement opératoire ne peut être complet, quoique l'on ait sectionné les deux tendons du sterno-mastoïdien et les brides fibreuses aponévrotiques. Le sterno-mastoïdien est réduit à une masse fibreuse rétractée et adhérente à l'aponévrose ; l'on ne peut, par la ténotomie simple et la section des brides fibreuses, corriger l'attitude vicieuse et redresser la tête.

Dans ce cas, il devient nécessaire de pratiquer l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien, extirpation préconisée par Volkmann, Hadra et J. Mikulicz (de Breslau).

Dans deux cas (jeune garçon de dix ans, jeune fille de vingt-trois ans) où la ténotomie à ciel ouvert et la section des brides fibreuses aponévrotiques, suivies du traitement orthopédique, ne m'avaient pas permis de corriger l'attitude vicieuse et de redresser la tête, j'ai dû pratiquer ultérieurement l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien au tiers inférieur et j'ai obtenu le résultat désiré.

Je ne pense donc pas comme Redard que « l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien ne donne pas de meilleurs résultats que la ténotomie ou la myotomie à ciel ouvert ».

Je crois au contraire que, dans certains cas de torticolis chronique rétracté et adhérent, l'extirpation partielle peut être nécessaire pour corriger l'attitude vicieuse contre laquelle la ténotomie à ciel ouvert avait été impuissante.

Cette question de l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien fera d'ailleurs le sujet de la thèse inaugurale de mon interne, M. Coste. »

Un cas d'exostoses ostéogéniques multiples. — M. J. REBOUL (de Nîmes). Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui était entré à l'Hôtel-Dieu de Nîmes en octobre 1898, pour se faire débarrasser d'une tumeur développée sur la face palmaire de la première phalange de l'index gauche et qui gênait les fonctions des fléchisseurs et les fonctions de la main. Le père de ce malade a, eu à l'âge de vingt ans, une coxalgie terminée par ankylose; depuis sa trentième année, il tousse. La mère, nerveuse, a succombé à un cancer utérin. Le malade est souffreteux depuis sa naissance ; pendant sa première enfance, il a eu une nourriture vicieuse et prématurée. A l'âge d'un an, a apparu la première exostose à l'extrémité externe de la clavicule gauche. Progressivement les autres exostoses se sont développées ; elles sont disséminées sur tout le squelette. On en compte facilement une soixantaine. A l'aide de la radiographie faite par M. Garcin, qui est présentée, on peut voir les diverses exostoses, leur forme, leur volume, leur point d'implantation juxta-éphiphysaire; le plus souvent, ces exostoses sont symétriques. Les plus remarquables siègent sur les côtes, les omoplates, les clavicules, les humérus, les genoux (condyles du fémur, tubérosité tibiale, articulation tibio-tarsienne). La plupart de ces exostoses sont indolentes et ont passé inaperçues. Cependant certaines d'entre elles déterminent des troubles fonctionnels dûs à la compression des vaisseaux ou des nerfs. Les exostoses développées sur la face palmaire des phalanges gênent les mouvements des doigts; celles de la face interne des humérus paraissent comprimer les nerfs médians et cubitaux. De même aux membres inférieurs, il paraît y avoir des phénomènes de compression des vaisseaux ou des nerfs, se traduisant par des douleurs irradiées, des fourmillements. Les exostoses des vertèbres que révèle la radiographie menacent la moelle et les racines des nerfs rachidiens. En raison de ces localisations, du développement ou de l'accroissement des exostoses, des réserves doivent être faites pour l'avenir de ce jeune homme. D'après l'histoire de ce malade et d'après son hérédité, il y a lieu de considérer ces exostoses comme des manifestations d'une tuberculose latente, greffée sur un terrain rachitique.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Du calomel comme diurétique dans les affections valvulaires du cœur.

Le calomel, outre ses nombreuses propriétés thérapeutiques, est diurétique dans les affections du cœur avec ou sans œdème. La diurèse augmente progressivement, mais est essentiellement temporaire, c'est-à-dire qu'elle cesse avec la suppression du médicament. La quantité d'urine excrétée est très variable et sembte dépendre de plusieurs facteurs tels que : la constitution individuelle, la nature de la maladie, le degré des œdèmes; mais il est à remarquer que la polyurie est plus accentuée quand il y a hydropisie d'origine cardiaque ; toutefois, elle varie d'après la moyenne de nos observations de 500 grammes à 3 litres.

La quantité de calomel nécessaire pour obtenir des effets diurétiques varie entre 20 et 40 centigrammes par jour, que l'on peut administrer en une ou deux fois dans un peu de lait pendant deux, trois, cinq jours, suivant les circonstances. Il faut surveiller attentivement la fonction rénale, et dès que l'on verra apparaître l'albumine on rejettera le calomel. La véritable indication du calomel est que ce médicament doit être employé en dernier recours. Si la digitale, la scille, le lait, les tisanes prises en quantité ne produisent pas la diurèse, on tentera l'action du calomel. Mais il ne faut pas oublier qu'il est absolument impossible de prévoir d'avance ce qui va se passer, et l'on agira donc, pour cette raison majeure, avec une extrême prudence. (BOURGEON. Th. de Paris, 1899, et *Rev. intern. de méd. et chir.*)

Traitement prophylactique de l'avortement par l'acétanilide.

M. Harnsberger conseille de donner 1 gramme d'acétanilide, soit à dose massive, soit fractionné en deux ou quatre doses à une henre d'intervalle, dans les cas de métrorragies survenant à la suite d'un retard des règles. Ces hémorragies sont le plus souvent de véritables avortements qui passent inaperçus, la grossesse étant trop récente. On peut encore prescrire l'acétanilide seul ou associé au bromure de potassium quand il existe des symptômes faisant prévoir un avortement imminent. Les doses d'acétanilide à prescrire sont de 35 à 45 centigrammes chez les personnes qui ne sont pas habituées au médicament, elles peuvent être portées à 65 centigrammes et être renouvelées à des intervalles assez rapprochés sans inconvénients. (*Journ. of the Amer. Med. Ass.* et *Progrès méd.*)

Traitement des affections hémorragiques et spécialement des purpuras par les injections de sérum gélatiné.

On sait, depuis les travaux de Hayem, Bensaude, etc., que le sang des malades atteints de purpura est moins coa-

gulable et que le caillot sanguin est moins rétractile qu'à l'état normal. Tablant sur ces données, le docteur Costinesco a eu l'idée de traiter quelques enfants atteints de purpura, par les injections de sérum gélatineux. Il a suffi, en général, d'une seule injection, rarement de deux, pour faire cesser tous les accidents, dont quelques-uns très graves, dus à des affections hémorragiques multiples. Le sérum gélatineux (à 2 p. 100 de gélatine) a varié comme quantité, suivant l'âge de l'enfant et la gravité de l'hémorragie, de 40 à 200 centimètres cubes. Les injections ont toujours été faites dans le tissu cellulaire de l'abdomen. Elles sont plus douloureuses que les injections de sérum simple; on n'observe pas d'élévation marquée de la température après l'injection. (*Journ. de méd. int.*, n° 16, 1899, et *Rev. de thér. méd.-chir.*)

FORMULAIRE

Pansements calmants pour carie dentaire.

a. Teinture de benjoin du Codex. . 4 grammes.
— d'extrait d'opium. . . 2 —
Chloroforme. . . . . 2 —
Créosote pure. . . . . 2 —

b. Teinture de benjoin du Codex. . 6 —
— d'extrait d'opium. . . 2 —
Chloroforme. . . . . 2 —

(Rédier. In *Revue de stomatologie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Les manœuvres du service de santé en campagne auront lieu du 7 au 11 novembre au camp de Châlons pour les première, sixième et vingtième régions.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Aigre, maire de Boulogne-sur-Mer, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Weil (de Paris) est nommé officier de l'Instruction publique.

M. le docteur Gros, ancien médecin-major de première classe, est nommé officier d'Académie.

M. le docteur Cacarrié, maire de Saint-Priest-la-Roche, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Congrès. — Le Congrès des médecins du P.-L.-M. s'est tenu à Besançon du 10 au 14 septembre.

Les médecins à la Chambre. — M. le docteur Empereur vient d'être élu député de Moutiers.

La peste. — Pendant la semaine dernière on a constaté 7 cas de peste et 1 décès à Oporto, soit en tout 71 cas et 30 décès depuis le début de l'épidémie.

— On annonce de Madrid que les provenances de Calcutta sont déclarées suspectes; les passagers seront envoyés au lazaret. Les provenances de Penang et du détroit de Malacca seront, par contre, admises sans quarantaine.

— Des informations très sérieuses, quoique non officielles, venues de Saint-Pétersbourg, signalent des cas de peste à Tsaritsyne.

— Les journaux du Tonkin apportés par l'*Océanien*, courrier d'Extrême-Orient, annoncent que le port d'Amoy et l'île de Penang sont déclarés contaminés par la peste.

Le typhus en Europe. — A Lœbtau, près de Dresde, 120 cas de typhus viennent d'être officiellement constatés. Il y a eu 12 décès.

Une enquête a fait découvrir que l'aqueduc de Wœlfnitz, qui fournit d'eau une partie de Lœbtau, était contaminé. Il a été fermé immédiatement.

D'autre part, on annonce que le typhus vient de faire son apparition en Alsace-Lorraine.

Il a éclaté dans la garnison de Metz. Le 12e d'artillerie et le 98e d'infanterie sont particulièrement atteints : l'un a 170 malades, l'autre 77. Ils ont été évacués sur les forts.

La population est d'autant plus alarmée que M. de Hammerstein, président du gouvernement de la Lorraine, a fait publier un arrêté où se laissent voir les craintes de l'administration.

La fièvre jaune. — 40 nouveaux cas de fièvre jaune et 5 décès se sont produits à Key-West : il y a eu 2 décès à la Nouvelle-Orléans et 1 décès à Swinburn-Island; ce dernier décès est celui d'un soldat qui était débarqué d'un transport venant de Cuba.

Souvenir historique. — On sait que plusieurs des hôpitaux de Paris doivent être démolis. A ce sujet, une commission a été chargée de faire un rapport sur les souvenirs historiques enfermés dans ces établissements.

Elle en a déjà signalé plusieurs, notamment le pavillon Gabrielle, à Saint-Louis. Ce pavillon, construit en 1611, a gardé son cachet d'architecture primitive et caractéristique. Il avait vue autrefois sur une magnifique place ombragée de grands arbres, occupée maintenant par le service des bains. Souvenir du Vert-Galant, ce pavillon avait une issue particulière sur la ruelle Dagouri.

Détail curieux : la démolition de Saint-Louis était annoncée comme décidée par le roi dans une lettre du baron de Breteuil datée du 14 mai 1788! (*Écho de Paris.*)

La revanche de la vaccine en Angleterre. — Les antivaccinateurs ont triomphé, c'est entendu, par le vote de cette fameuse loi dite de la clause de conscience autorisant les pères de famille à soustraire leurs enfants à la vaccine lorsqu'ils croiraient cette opération dangereuse pour leur santé.

Mais ils ont gagné la première manche, ils n'ont pas encore gagné la seconde.

En effet, les Compagnies d'assurances sur la vie se sont prononcées pour l'obligation de la vaccine, et soixante-dix sur quatre-vingts ont renouvelé le dispositif de leurs contrats. Treize de ces Compagnies refusent absolument d'assurer les enfants non vaccinés; les cinquante-sept autres considèrent que l'assuré non vacciné court plus de dangers que les autres et refusent de payer les primes au décès lorsque la mort est due à la variole. Dix compagnies seulement n'ont rien modifié dans leurs traités.

D'autre part, les partisans de l'obligation ont multiplié leurs démarches auprès des administrations privées, afin de fermer autant que possible l'entrée des carrières aux personnes non vaccinées: et l'on voit aujourd'hui des membres de ce cabinet qui a voté la vaccine facultative se prononcer implicitement pour l'obligation en déclarant que les bureaux seront fermés à tous ceux en faveur desquels il aurait été fait usage de la clause de conscience. Comme ministre, le duc de Norfolk a appuyé la clause de conscience, et il l'a votée comme pair du Royaume-Uni. Comme maître général des Postes, il ne veut que des employés vaccinés. Il en est de même au département de la Guerre, par décision du marquis de Lansdowne, et de la Marine par la volonté de M. Goschen. Le premier lord de la Trésorerie vient de prendre une décision analogue.

Enfin on voit se généraliser le mouvement inauguré par les propriétaires pour l'expulsion des locataires opposés à l'obligation. On aperçoit de plus en plus nombreux dans les rues les écriteaux indiquant des appartements ou des maisons à louer *not for unvaccinated tenants;* de telle sorte que les adversaires de l'obligation se trouvent avoir obtenu du cabinet Salisbury une liberté qui les expose au vagabondage et à la famine.

(*Tribune médicale.*)

Vente du lait en Amérique. — Comment est organisée à New-York la vente du lait?

La quantité quotidienne de lait vendu dans la ville est de 1212000 litres. Il faut y ajouter 20000 litres de crème et 10000 litres de lait condensé.

On estime à 186333 le nombre de vaches laitières chargées de fournir à la consommation de New-York. Ces vaches sont réparties en cinq états: New-York, New-Jersey, Pensylvanie, Connecticut, et Massachussets.

Les fermes situées dans le voisinage immédiat de la cité four-

nissent 332000 litres de lait. Le reste, soit 880000 litres, est apporté par le chemin de fer.

Pour la surveillance et le contrôle du lait, la ville est divisée en districts, dont chacun est à la charge d'un inspecteur.

L'inspection est faite à l'arrivée des trains. Les wagons destinés au transport du lait étant spécialement aménagés à cet effet, et munis d'appareils de réfrigération ou de chauffage, pour prévenir le sûrissement en été et la congélation en hiver, et le transport se faisant à grande vitesse, le lait arrive en général dans de bonnes conditions, même des régions les plus éloignées.

Les facilités accordées par les chemins de fer aux fournisseurs, à savoir des appareils réfrigérants aux points d'embarquement et des agents qui surveillent le lait pendant son transport, contribuent surtout à assurer la conservation du lait, de façon qu'en dépit des distances souvent très grandes à parcourir, il peut être livré encore frais et en bon état pour le consommateur.

A New-York, nul n'est autorisé à vendre ou à distribuer du lait sans permis du bureau sanitaire. (*Presse méd. belge.*)

Hausse des livres. — A partir du 1er octobre, nous allons avoir une hausse sur le prix des livres. Les syndicats de la librairie se sont entendus pour ramener à 3 francs le prix de vente du volume à 3 fr. 50, que le public s'était habitué à payer 2 fr. 75. La mesure est générale, et s'appliquera à tous les ouvrages de médecine, droit, sciences, etc.

Bons pour le mariage. — Les Américains ont, dans la vie pratique, des idées de véritable vaudeville. C'est ainsi que l'État de Dakota vient de voter une mesure, risible certainement pour un jovial abonné de notre vieux Palais-Royal, mais pas ridicule du tout, dans l'intérêt d'une race neuve et qui veut vivre. C'est bien simple. Tout jeune homme et toute jeune fille désireux de convoler en justes noces seront désormais, en Dakota, astreints à passer devant un conseil de revision, qui décidera si les fiancés sont bons pour le service conjugal. Ce n'est qu'après auscultation, examen médical et certificat de bonne santé délivré, que les amoureux auront le droit de passer à la mairie. Les alcooliques, tuberculeux, chlorotiques, hystériques et autres sujets d'hôpital seront rigoureusement mis à la porte du paradis de l'hyménée, pour cette raison que les dégénérés et les morbides ne produisant que des morbides et des dégénérés, il est inutile d'encombrer le sol de l'Union de spécimens humains d'une qualité inférieure.

Bien américain, n'est-ce pas? (Dr DE F. *Journal d'hygiène.*)

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise avec le concours de l'Agence des voyages économiques :

1° *Deux excursions en Algérie et en Tunisie*, du 26 septembre au 23 octobre et du 7 novembre au 4 décembre.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1050 fr.; 2e classe, 925 fr.

2° *Une excursion en Italie et sur le littoral de la Méditerranée*, du 7 octobre au 5 novembre.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 855 fr.; 2e classe, 755 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 110. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 29 SEPTEMBRE 1899. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(26 septembre 1899)

M. Morel-Lavallée lit une communication sur les **poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de santé apparente**. Il a souvent observé, en dehors de la période secondaire, des poussées de dénutrition marquées par de la dépression, des troubles trophiques des cheveux et des ongles et de la perte du poids. Au cours de la période secondaire, il les a décrites sous le nom de « syphilis dénutritive secondaire ». On peut observer ces poussées d'amaigrissement à une période très avancée du tertiarisme. M. Morel-Lavallée nous apporte l'observation d'un médecin de ses amis, chez lequel il n'existait aucune autre cause d'amaigrissement, telle que diabète, tuberculose, etc. Notons qu'avant cette poussée dénutritive était né un enfant normal; un autre, conçu au cours de cette période, présenta du rachitisme, qui rentre, comme on sait, dans les lésions parasyphilitiques.

Ces faits entraînent une conclusion thérapeutique pratique. Il est bon de continuer le traitement en dehors de tout accident et alors que le dernier accident remonte à une date très lointaine. On peut espérer ainsi éviter l'imprégnation de l'organisme par les toxines syphilitiques.

M. Laveran lit ensuite un rapport sur les mémoires présentés pour le **prix Larrey** et M. Berger lit un rapport sur le **prix Chevillon**.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

XXVIIIe session, tenue à Boulogne-sur-Mer, du 14 au 21 septembre 1899.

(*Suite et fin.*)

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

L'innovation apportée par la création de la sous-section d'électricité médicale, coïncidant avec l'inauguration de la statue de Duchenne de Boulogne, a eu un grand succès. Avec le développement considérable pris par cette branche des sciences médicales, cette création s'imposait. On peut s'en rendre compte par le grand nombre de communications apportées au Congrès.

Variations électriques du cœur. — M. Rivière (de Bordeaux) confirme les résultats de Starleng et Waller, sur la variation diphasique du ventricule du cœur normal, tant chez les animaux à sang froid qu'à sang chaud. L'auteur démontre que les variations électriques oscillatoires, obtenues par Fredericq et invoquées par lui comme une preuve de la nature tétanique de la contraction cardiaque, sont absolument antiphysiologiques et dues à des phénomènes d'altération de l'organe prêt à mourir.

Traitement du glaucome chronique simple par la galvanisation du sympathique cervical. — M. Félix Allard (de Paris) préconise contre le glaucome l'action sédative du pôle positif d'un courant galvanique continu appliqué avec une forte intensité (15 à 20 milliampères) au niveau du trajet du sympathique cervical sur toute la longueur du cou.

L'auteur, après avoir exposé en détail sa technique opératoire, rapporte dix observations de glaucome chronique simple.

L'action sédative du pôle positif, diminuant l'excitabilité du sympathique, produit une action semblable, quoique très atténuée, à celle de la section du nerf. L'effet se traduit par une diminution nette de la tension oculaire, une diminution notable des phénomènes douloureux qui peuvent disparaître, une amélioration de la vision, variable suivant le degré d'atrophie glaucomateuse, se mesurant par une augmentation de l'acuité visuelle et du champ visuel. La vision peut même redevenir normale, si l'affection est prise au début.

Étude physiologique de la vision dans l'examen radioscopique. — M. A. Béclère (de Paris). L'étude de la fonction visuelle pendant l'examen radioscopique porte sur trois ordres distincts de phénomènes : 1° la sensibilité rétinienne à la lumière émanée de l'écran fluorescent; 2° la facilité de distinguer les limites et les contours des diverses portions inégalement lumineuses de cet écran, c'est-à-dire l'acuité visuelle proprement dite; 3° la persistance des impressions rétiniennes.

L'étude de la sensibilité retinienne à la lumière dans l'examen radioscopique, c'est en réalité l'étude de cette fonction spéciale que M. Parinaud a dénommée l'adaptation rétinienne, qu'il a localisée anatomiquement dans les bâ-

tonnets, à l'exclusion des cônes, et dont il a fait dépendre physiologiquement l'existence de la sécrétion du pourpre rétinien, la substance fluorescente qui imbibe le segment externe des bâtonnets.

L'adaptation rétinienne qui nous permet de voir encore convenablement avec des éclairages relativement faibles, comme celui du crépuscule, celui de la lune, celui des lumières artificielles qui éclairent les rues ou nos appartements, joue dans l'examen radioscopique un rôle très important.

Les recherches de M. Béclère aident à saisir l'énorme différence qui existe, en face de l'écran fluorescent, entre la rétine non adaptée et la rétine adaptée : elles permettent de mesurer l'accroissement presque incroyable de sensibilité que donne à la rétine un séjour de quelques minutes dans l'obscurité. De ces recherches il résulte que la sensibilité rétinienne à la lumière devient, après dix minutes d'obscuration, de cinquante à cent fois plus grande, après vingt minutes d'obscuration, environ deux cents fois plus grande qu'au sortir du plein jour.

De cette notion découle toute une série de conséquences pratiques, très importantes pour le médecin désireux d'avoir recours à la radioscopie comme moyen de diagnostic.

La faculté de percevoir les formes, ou acuité visuelle proprement dite, dépend principalement d'une fonction de la rétine, très distincte de la sensibilité à la lumière. Les recherches de M. Béclère montrent l'indépendance relative de ces deux fonctions pendant l'examen radioscopique. Il résulte de ces recherches, qu'au cours de l'adaptation de la rétine, l'augmentation de l'acuité visuelle est bien loin de marcher de pair avec celle de la sensibilité à la lumière. Si grand que soit l'accroissement de la sensibilité rétinienne produit par l'obscuration, chez l'observateur placé en face de l'écran fluorescent, son acuité visuelle demeure toujours notablement inférieure à celle qn'il possède en plein jour. Cette diminution, pendant l'examen radioscopique, de l'acuité visuelle normale, telle est, pour M. Béclère, la raison principale de la supériorité des images radiographiques sur les images radioscopiques, au point de vue de la netteté et de la finesse des contours. De cette notion découlent aussi d'importantes conséquences pratiques pour le médecin désireux de faire servir les rayons de Röntgen au diagnostic, en faisant appel de préférence, suivant les indications, soit à la radioscopie, soit à la radiographie, soit à l'association de ces deux procédés.

La radiographie et la radioscopie stéréoscopiques. — M. T. MARIE (de Toulouse), rapporteur. Il est des cas où les indications fournies, soit par la radioscopie, soit par une seule épreuve radiographique, sont insuffisantes, et cela pour les raisons suivantes : 1° l'image obtenue correspond à celle des corps vus par transparence et par conséquent ne donne aucune indication sur l'ordre de superposition des plans et sur les distances qui les séparent ; 2° la faible distance qui sépare le tube producteur des rayons X ne permet pas d'assimiler les images obtenues à des projections orthogonales ; 3° la superposition d'un trop grand nombre de détails sur la même surface peut rendre difficile sinon impossible la compréhension des images ; 4° les ombres souvent mal délimitées des clichés radiographiques peuvent être confondues avec les taches de développement.

Tous ces inconvénients disparaissent à la fois, si, au lieu de se contenter d'une seule perspective, on réalise deux perspectives centrales accouplées, c'est-à-dire si l'on fait de la stéréoscopie. L'inconvénient qui résultait de la nécessité d'un appareillage compliqué pour faire de la stéréoscopie radiographique disparaît de jour en jour. Le rapporteur fait couramment de la stéréoscopie du thorax et de l'abdomen chez l'adulte dans un espace de temps ne dépassant jamais quinze à vingt minutes.

On peut compléter l'examen au moyen d'un appareil construit sur les données de M. Marie et déterminer les distances en profondeur qui séparent les divers points de l'objet examiné. La technique est très simple ; l'opération stéréoscopique comprend trois parties. Pour l'obtention des épreuves la table à double entrée de l'auteur donne l'écartement nécessaire pour les deux points de vue ; pour la lecture de ces épreuves on les place sur un pupitre à côté l'une de l'autre et on déplace l'un des deux clichés jusqu'à ce que la reconstitution ait lieu par la stéréoscopie ; pour la mesure des profondeurs on place sur les épreuves le stéréomètre et on déplace les équerres porte-fils jusqu'à ce que le fil virtuel soit en contact avec un point choisi ; la distance des fils réels donne une première donnée ; en répétant la même opération, pour un autre point, la distance des fils réels dans cette deuxième mesure donne une deuxième donnée ; et ces deux distances permettent de calculer facilement la distance des deux points visés.

La radioscopie stéréoscopique est beaucoup moins facile à pratiquer que la radiographie. MM. Roulliès et Lacroix l'ont réussie par une méthode basée sur la persistance des images rétiniennes : ils profitent pour ce faire de ce que l'éclairement des ampoules n'est pas continu, mais bien constitué par une série rapide d'éclairs. Pour cela, un obturateur de forme semi-lunaire obture tantôt l'œil droit, tantôt l'œil gauche, en même temps que son axe actionne un double interrupteur envoyant le courant alternativement à deux bobines indépendantes commandant chacune l'une des deux ampoules. La sensation de relief obtenue est très nette. L'application de la radioscopie stéréoscopique serait considérablement étendue par l'emploi de bobines plus puissantes : et surtout s'il suffisait d'une seule bobine pour envoyer alternativement le courant dans chacune des ampoules.

Après avoir attiré l'attention sur les **cystites et cystalgies consécutives aux opérations sur l'utérus**, M. DESNOS (de Paris) montre quels sont les **résultats éloignés de l'électrolyse de l'urèthre.**

Deux méthodes d'électrolyse ont été employées contre les rétrécissements de l'urèthre. Dans l'une, rapide, on emploie des courants d'une intensité plus ou moins grande et on se propose de franchir le rétrécissement en une séance de quelques minutes. Dans l'autre, au contraire, les intensités du courant sont très faibles ; mais les séances sont répétées à des intervalles éloignés et la durée du traitement est longue.

La méthode rapide peut amener la guérison d'une certaine catégorie de rétrécissements ; mais dès que ceux-ci présentent une induration réelle, une grande étendue ou qu'ils sont multiples, il est nécessaire pour les vaincre d'employer des courants d'une intensité telle qu'elle offre des dangers pour l'avenir de l'urèthre.

Tout autre est la méthode lente dite de Newmann ; les résultats se maintiennent pendant très longtemps.

Après dix ou douze ans, M. Desnos a retrouvé des urèthres

électrolysés par cette méthode sans récidive et tapissés d'une muqueuse qui avait conservé son aspect normal. La longue durée de ce traitement paraît le principal obstacle à ce qu'il soit d'un usage plus répandu.

Traitement de l'incontinence d'urine. — M. LEVIS JONES (de Londres) déclare que l'incontinence d'urine peut être traitée avantageusement par l'électricité. Dans les cas qui sont purement nocturnes, les applications un peu douloureuses au périnée peuvent agir par une sorte d'éducation des centres lombaires et cérébraux, l'explication pathologique étant dans la persistance d'une condition infantile, les centres cérébraux perdant leur influence sur les centres automatiques lombaires pendant le sommeil.

Pour les cas d'une faiblesse diurne dans les cas d'incontinence nocturne, ce qui est très commun chez les jeunes filles, c'est la faiblesse relative du sphincter qui est en question, et par conséquent il est préférable d'électriser par le moyen d'une sonde de métal nu introduit dans l'urèthre.

Traitement électrolytique des angiomes graves. — M. BERGONIÉ (de Bordeaux) a vérifié que, suivant l'opinion de Broca, « nombre d'anévrysmes cirsoïdes ont pour origine un nævus ignoré; » à plus forte raison, les angiomes graves ou angiomes caverneux ont-ils la même origine. Par un rapprochement entre l'angiome grave et l'anévrysme, il montre comment, dans l'électrolyse des angiomes graves, on peut éviter des accidents constatés à la suite de l'intervention électrolytique dans les anévrysmes et quels sont les excellents résultats obtenus.

La méthode que recommande l'auteur est l'électrolyse bi-polaire appliquée au moyen de deux aiguilles courtes et isolées assez loin dans l'intérieur de la poche. Il recommande aussi l'emploi d'un porte-aiguilles spécial, qui permet d'avoir de meilleurs contacts et de modifier à chaque instant l'orientation et la pénétration des aiguilles. L'intensité du courant doit atteindre 40 milli-ampères dans la plupart des cas. Lorsque la technique recommandée par l'auteur a été suivie, on ne doit aucunement craindre les hémorragies consécutives à l'extraction des aiguilles, hémorragies qui peuvent se faire par jet, dont il explique le mécanisme. Les dégagements gazeux pénétrant dans les veines, que l'on peut observer pendant l'électrolyse, n'ont jamais produit aucun accident.

En terminant, l'auteur recommande de ne pas éloigner trop les séances d'électrolyse dans l'angiome grave, sous peine de perdre dans l'intervalle, par la désagrégation des caillots et la pénétration de nouveaux lacs sanguins dans le tissu cicatriciel formé, une partie au moins du bénéfice des électrolyses précédentes.

M. Bergonié montre ensuite l'**utilité des mesures électriques dans la pratique de la radiographie.** Celles qu'il préconise sont les mesures de l'intensité du courant dans le circuit inducteur. Pour démontrer l'utilité de ces mesures, il compare des clichés faits avec des intensités différentes, toutes les autres circonstances restant les mêmes. Cette comparaison l'a amené aux conclusions suivantes :

1° Les mesures électriques d'intensité du courant inducteur, dans une installation radiographique, peuvent s'effectuer très facilement au moyen des ampèremètres thermiques;

2° Dans la pratique de la radiographie, on ne saurait trop se rendre compte de l'intensité du courant inducteur utilisé;

3° La vigueur du cliché est bien moins augmentée par la durée du temps de pose que par l'intensité du courant employé, et l'augmentation de ce temps de pose ne compense pas, à beaucoup près, le défaut d'intensité du courant inducteur;

4° Dans une même installation de radioscopie ou de radiographie, toutes les autres circonstances restant les mêmes, l'intensité dépensée dans le courant inducteur ne dépend en rien de la dureté du tube employé.

Effluvations électro-magnétiques chaudes dans les dyspepsies. — M. BARADUC (de Paris) a eu l'idée de réunir les effets dynamiques de la chaleur, de la lumière, de l'aimantation et de l'électricité dans les dyspepsies atoniques, soit chimiques, soit motrices, grâce à un appareil qu'il emploie depuis huit ans avec d'excellents résultats, non seulement à jeun, mais durant la digestion, surtout lorsque l'estomac n'a pas la force de faire les frais de l'acte digestif et intestinal.

La réunion des modes de l'énergie, chaleur, électricité, magnétisme, fournit tous les éléments d'une réparation dynamique à effectuer sans choc ni action brusque. Un aimant puissant, une lampe à gaz, un dispositif statique permettent de projeter sur l'estomac une vraie douche de lumière chaude, d'électricité surtout, au moment d'une digestion pénible. Les gastralgies, les gastrites aiguës, les néoplasmes sont des contre-indications, car les douleurs sont surexcitées sans profit digestif. L'action est surtout dynamogène; elle est d'une réelle et progressive efficacité.

Traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur et de ses branches terminales. — M. CROCQ (de Bruxelles) déclare que la régénération des cylindraxes obtenue par Chipault, grâce à l'élongation, peut être obtenue par la faradisation du nerf. Il cite l'observation d'un homme de trente-deux ans, atteint de mal perforant sous la tête du deuxième métatarsien, traité inutilement par les procédés ordinaires et qui guérit en six semaines par la faradisation quotidienne du tronc nerveux.

M. RÉGNIER (de Paris) a traité six malades atteints de **goitre exophtalmique, par la voltaïsation stable.** Sur ces six malades, un est définitivement guéri depuis deux ans; trois, très améliorés, n'ont pas continué à se soigner; les deux autres sont en cours de traitement.

Il est regrettable que les malades hospitalisés veuillent sortir dès qu'ils se sentent mieux; néanmoins, il est permis, d'après ces observations, de conclure que le courant voltaïque stable régularise les battements du cœur, fait cesser les signes pénibles, chaleurs, sueurs, etc., et diminue plus ou moins l'exophtalmie et le goitre.

Le même auteur a traité des **névrites traumatiques par le courant alternatif à basse fréquence.** Il s'est servi du courant alternatif d'un secteur sous 110 volts, 10 ampères et 92 périodes; grâce à des rhéostats, il a pu l'utiliser pour traiter un névrome du nerf médian, une pseudo-arthrose de l'humérus et une atrophie musculaire réflexe consécutive à une fracture du radius chez un enfant de onze ans. Les deux premiers cas ont été grandement améliorés et le troisième guéri.

Sur la production de l'ozone par les courants de haute fréquence. — MM. H. BORDIER et MOREAU (de Lyon). Les expériences entreprises par les auteurs ont eu pour but de doser la quantité d'ozone produit à l'extrémité de l'ozonateur d'Oudin, afin de savoir si l'appareil à courants de haute

fréquence (dispositif de d'Arsonval) constituait une bonne source de ce gaz, dont les propriétés physiologiques et surtout thérapeutiques nous sont mal connues, par suite de la difficulté que l'on a à en obtenir des quantités notables.

Pour recueillir et doser l'ozone produit, MM. Bordier et Moreau ont recouvert la partie supérieure de l'ozonateur et le fil spiral qui le terminait d'une grande cloche en verre, dans laquelle on produisait une aspiration à travers une solution titrée d'acide arsénieux et un compteur à gaz.

Dans les premières phases de fonctionnement de l'appareil, tout l'ozone est retenu par le cuivre, et ce n'est qu'après la formation d'une couche de sous-carbonate de cuivre qu'on retrouve de l'ozone à l'analyse.

Dans les conditions où se trouvaient placés les expérimentateurs, la quantité d'ozone contenue dans 92 litres d'air aspiré en une demi-heure était de 63 milligrammes, ce qui est une proportion relativement très grande.

L'influence du volume d'air qui circule autour du fil spiral est considérable; de 63 milligrammes pour 92 litres, la proportion d'ozone formée tombe à 2 milligrammes pour 9 litres, toutes choses égales d'ailleurs. C'est là un point important à retenir au point de vue des applications. D'autres facteurs ont été également étudiés : la longueur des étincelles qui jaillissent entre les boules du détonateur, le voltage et l'intensité du courant primaire sont des éléments qui influent énormément sur le rendement en ozone de l'appareil.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Modifications des glandes salivaires dans le diabète pancréatique (H. F. Harris). — L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de diabète maigre qui lui a fait admettre la possibilité d'une relation entre les altérations pathologiques des glandes salivaires et celles du pancréas. Un fermier, âgé de quarante-deux ans, bien portant jusque-là, eut, il y a trois ans, une attaque d'oreillons. Un mois après qu'il fut guéri il s'aperçut qu'il urinait plus qu'autrefois. A partir de ce moment la polyurie augmenta, d'une façon lente mais progressive. Les autres symptômes firent leur apparition : l'amaigrissement devint extrême, le malade émettait chaque jours six litres et demi contenant 4gr6 p. 100 de sucre.

Ayant perdu ce malade de vue, l'auteur fit des recherches bibliographiques et trouva plusieurs cas de diabète consécutif aux oreillons. Il expérimenta et trouva qu'en extirpant les glandes salivaires d'un chien on pouvait produire chez lui une glycosurie légère et transitoire.

Reale avait déjà établi ce fait en 1890 au Congrès de Berlin. Dans certains cas, même, il avait pu, par cette méthode, donner de la glycosurie à des chiens chez qui l'extirpation du pancréas était restée sans effet. Schmackpfeffer, en 1817, avait bien signalé la possibilité d'une pancréatite consécutive aux oreillons, mais son observation n'était pas exempte de reproche. Tels furent les seuls résultats des investigations du docteur Harris. Mais si l'on songe que des glandes comme la sublinguale, la sous-maxillaire, le testicule, la prostate, l'ovaire, la glande mammaire, le rein, le corps thyroïde, peuvent être lésées dans les oreillons, n'est-il pas rationnel d'admettre qu'une glande qui présente avec la parotide autant d'analogie que le pancréas, puisse être atteinte dans cette maladie?

Le cas suivant mérite d'être cité pour montrer qu'au cours du diabète, on peut dans les glandes salivaires constater des lésions profondes, ressemblant de tout point à celles du pancréas. Il s'agit d'un diabétique de soixante-trois ans mort de tuberculose pulmonaire accompagnée d'une gangrène du pied. Chez ce sujet qui était profondément amaigri, le pancréas était petit (35 grammes), dur et bosselé avec nombreux tractus fibreux. Il y avait une atrophie de l'organe, secondaire à une pancréatite interstitielle ancienne. Toutes les glandes salivaires étaient diminuées de volume, et, surtout, présentaient dans leurs lésions microscopiques une analogie frappante avec les lésions du pancréas. On notait un épaississement marqué des travées fibreuses qui englobent les lobules. En certains points, tous les acini d'un lobule étaient détruits et remplacés par du tissu fibreux de néo-formation. Le diamètre des acini de la parotide était diminué de moitié. Les autres organes étaient sains. (*Boston med. a. surg. Journ.*, 18 mai 1899.) A. HOUSQUAINS.

Sur la digestion artificielle du lait, par le professeur Jemma. — Certains médecins hésitent encore à prescrire le lait stérilisé, parce qu'il ne leur paraît pas suffisamment démontré qu'il ait une valeur nutritive égale à celle du lait cru. M. Jemma s'est proposé de résoudre expérimentalement ce problème : voici quelles ont été ses conclusions :

1° Sous l'action de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, le lait cru se digère un peu plus rapidement que le lait stérilisé.

2° La digestion sous l'action de la pancréatine est beaucoup plus rapide pour le lait stérilisé que pour le lait cru.

3° La digestion par le labferment, la pepsine et l'acide chlorhydrique est plus rapide dans la première heure de la digestion avec le lait stérilisé, qui fournit de plus, par la digestion longtemps prolongée, une quantité de peptones plus considérable que le lait cru.

4° Le lait stérilisé soumis à l'action du labferment et de la pancréatine est digéré beaucoup plus rapidement que le lait cru.

5° L'action successive des divers ferments, comme dans la digestion naturelle, est plus favorable sur le lait stérilisé que sur le lait cru.

Enfin, l'auteur est arrivé à formuler ces deux propositions :

Le lait, stérilisé par la chaleur, ne perd rien de ses qualités digestibles, qui restent supérieures à celles du lait cru.

Le lait stérilisé et dilué avec de l'eau lactosée à 10 p. 100, se digère plus facilement que le lait stérilisé pur. (*La Clin. méd. ital.*, 1899, n° 6.) L. G.

Du massage vibratoire en ophtalmologie. — Ce mode de traitement, proposé pour la première fois en 1893 par Maklakov, aurait donné des résultats très satisfaisants entre les mains de plusieurs ophtalmologistes. Pour vérifier ces résultats M. Epinatiev a recouru au massage vibratoire dans 148 cas d'affections les plus variées des yeux. Il se servait de la plume d'Edison, donnant 6000 à 9000 vibrations par minute; les séances duraient une à deux minutes lorsqu'il s'agissait du globe oculaire, dix minutes si l'on massait les paupières; les séances ont été répétées, selon les cas, tous les jours ou bien trois ou quatre fois par semaine. Les résultats ont été plus que douteux et si dans certains cas on a obtenu parfois une amélioration, dans d'autres le traitement en question a amené plutôt une aggravation.

Ainsi dans le pannus granuleux, sur 16 malades 5 seulement furent très améliorés, tandis que chez les autres le massage ne fit qu'augmenter l'irritation.

Sur 15 cas de kératite parenchymateuse, 4 où le processus était déjà complètement terminé, ont été améliorés et les opacités se sont résorbées; dans les autres cas le massage augmentait ou entretenait l'état inflammatoire.

Dans les taies et taches cornéennes anciennes on n'a obtenu qu'un résultat favorable sur 35, encore a-t-il fallu ici 67 séances pour arriver à faire disparaître les taches.

Les résultats ont été un peu plus encourageants dans l'iritis et dans les cas où il s'agissait d'obtenir la résorption

des masses cristallines. De même encore dans la conjonctivite granuleuse généralement si rebelle, on obtient quelques résultats; il semble surtout que si l'on commence à la traiter pendant quelque temps par le massage vibratoire pour passer ensuite au traitement habituel, ce dernier a beaucoup plus de prise et agit bien plus efficacement que sans le massage préalable.

Dans le chalazion et le glaucome les résultats ont été douteux.

Par contre, dans les névralgies des nerfs sus et sous-orbitaires (12 cas) l'action favorable du massage est nette, car les douleurs cessent déjà pendant les séances; chez deux malades qui ont pu être observés pendant plusieurs mois, ces douleurs ne sont plus revenues après huit à dix séances. (Soc. opht. de Saint-Pétersbourg, in *Wratch*, 1899, n° 13.) S. B.

Du xéroforme comme antiseptique intestinal et dans le traitement des plaies. — M. S. A. Barsky a recouru au xéroforme dans 417 cas, dans 383 il a été employé en application externe pour le pansement de plaies de nature diverse et dans 34 cas comme antiseptique intestinal. Dans le traitement des plaies l'auteur a toujours obtenu d'excellents résultats, à tel point que depuis deux ans il a presque complètement remplacé l'iodoforme par le xéroforme en ne recourant au premier que dans les affections scrofulo-tuberculeuses où l'action de l'iodoforme est supérieure à celle du xéroforme. Comme antiseptique intestinal cette poudre a également donné de très bons résultats; M. Barsky l'a prescrite dans 17 cas de gastro-entérite aiguë, dans dix cas d'entérite folliculaire et dans 7 cas d'urticaire. La désinfection intestinale était rapide, les selles reprenaient rapidement les caractères normaux, les vomissements disparaissaient; les douleurs étaient vite calmées. En raison de l'absence de tout goût et de toute odeur le xéroforme semble surtout indiqué contre les affections gastro-intestinales chez les enfants.

A l'intérieur, le xéroforme a été administré à la dose de 20, 30 et 50 centigrammes, en julep gommeux ou en émulsion d'amandes douces.

Pour l'application extérieure, le xéroforme était employé en poudre sous forme de gaze xéroformée (à 10 ou 20 p. 100), de pommade (sous cette forme il semble être moins efficace), de bâtons ou de suppositoires. En outre l'auteur l'employait encore sous forme de pâte, analogue à la pâte d'aïrol de Bruns et ainsi composée :

Xéroforme	
Gomme arabique	} *ââ* 5 parties.
Glycérine	
Argile blanche	10 —

ou bien, pour obtenir une pâte plus ferme :

Xéroforme	5 parties.
Liniment siccatif de Pick	} *ââ* 10 —
Argile blanc	

(Le liniment siccatif de Pick se compose de trogacanthe très finement pulvérisée 5 grammes, glycérine 2 grammes et eau 100 grammes.) Cette pâte, appliquée sur la plaie suturée, pénètre dans les orifices faits par les points de suture et les protège contre l'infection. La réunion se fait aseptique comme sous une eschare. Appliqué sur des plaies sécrétantes, le xéroforme les désodorise rapidement et agit en même temps comme un siccatif.

En activant très rapidement la granulation des plaies il en amène aussi très vite la cicatrisation, il a en outre une action hémostatique et analgésique, n'est nullement toxique ni irritant. Enfin il coûte moins cher que l'iodoforme et comme il amène très rapidement la cicatrisation et qu'en raison de ses propriétés siccatives le pansement au xéroforme peut rester deux ou trois jours en place, on voit qu'au point de vue économique, comme au point de vue thérapeutique, le xéroforme présente des avantages sérieux sur l'iodoforme. (*Wratch*, 1899, n° 13.) S. BROÏDO.

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1),

Par le docteur A. CORLIEU.

COMPTE DES RECETTES

Tant ordinaires qu'extraordinaires du premier décanat de Me Guy Patin, de Beauvais, depuis le samedi 5 novembre 1650 jusqu'au 4 novembre 1651, rendu dans les écoles supérieures de médecine le vendredi 26 janvier 1652.

CHAPITRE PREMIER

Recettes des revenus annuels.

Reçu du trésorier de la ville, M...

— De Me Pierre Masurel, avocat au Parlement, pour tout ce qu'il devait à la Faculté, de toute l'année pour location mensuelle d'une maison........ 405 *liv.* 6 *sous.*

— Du marchand de vin, Pierre Bon, pour location annuelle d'une maison de l'école supérieure.. 220 *liv. tourn.*

— Des héritiers de noble personne M. Guillaume Lusson, ancien docteur de la Faculté de Paris, pour le service annuel dans la chapelle de nos école, le 18 novembre. 25 *liv. tourn.*

— De nos deux bedeaux, Louis Delaroche et Debouzeuille jeune, pour location de leurs maisons...... *rien.*

CHAPITRE II

Reçu de la corporation des barbiers-chirurgiens qui doit chaque année à la Faculté cinq livres pour l'inscription faite chaque année la veille de saint Luc, et pour l'anatomie........ 5 *livres.*

— De ceux qui l'année précédente de mon décanat ont été admis à la maîtrise en chirurgie........

CHAPITRE III

Reçu des cinq bacheliers dans les questions quodlibétaires pour les honoraires des lecteurs et pour l'inscription, savoir :

De Me François Landrieu........	4 *liv.*	12 *sous.*
De Me François Lopès........	4 —	12 —
De Me Charles Baralis........	4 —	12 —
De Me Daniel Arbinet........	4 —	12 —
De Me Antoine Desartes........	4 —	12 —

CHAPITRE IV

Reçu des mêmes bacheliers pour le Jardin botanique :

De Me François Landrieu........	3 *liv.*	4 *sous.*
De Me François Lopès........	3 —	4 —
De Me Charles Baralis........	3 —	4 —
De Me Daniel Arbinet........	3 —	4 —
De Me Antoine Desartes........	3 —	4 —

CHAPITRE V

Reçu des mêmes bacheliers pour l'anatomie et les billets non enregistrés, savoir :

De Me François Landrieu........	16 *livres.*
De Me Charles Baralis........	16 —
De Me Daniel Arbinet........	16 —
De Me Antoine Desartes........	16 —

CHAPITRE VI

Reçu des mêmes bacheliers pour les honoraires des lecteurs et pour le Jardin botanique, dans les argumentations cardinales :

De Me François Landrieu........	10 *livres.*
De Me François Lopès........	10 —

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1898, p. 989.

CHAPITRE VII

Reçu des licenciés, dans l'acte du doctorat pour la chapelle et les choses de la Faculté :

De Me Michel Delavigne.................... 180 *livres.*
De Me Robert Patin........................ 180 —
De Me Jean de Bourges..................... 180 —
De Me Germain Hureau...................... 180 —

CHAPITRE VIII

Reçu des mêmes licenciés pour la chapelle :

De Me Michel Delavigne.................... 32 *sous.*
De Me Robert Patin........................ 32 —
De Me Jean de Bourges..................... 32 —
De Me Germain Hureau...................... 32 —

CHAPITRE IX

Recettes extraordinaires.

Reçu de Me Jacques Perreau, dont le fils, Pierre Perreau, a obtenu le premier rang de licence............ 300 *livres.*

De l'argent versé pour la première thèse quodlibétaire de Me Pierre Perreau, il me reste 24 livres que j'ai versées dans la caisse.............................. 24 *livres.*

De la somme versée pour la première thèse quodlibétaire de Robert Patin, il reste...................... 20 *livres.*

De celle de Me Michel Delavigne............. 16 —

De celle de Me Jean de Bourges.............. 20 —

CHAPITRE X

Reçu des candidats pour l'immatriculation....... *rien.*

Total des recettes : *mille huit cent quatre-vingt-dix livres, quatorze sous.*

COMPTE DES DÉPENSES

Tant ordinaires qu'extraordinaires du premier décanat de Me Guy Patin, de Beauvais, depuis le 5 *novembre* 1650 *jusqu'au* 4 *novembre* 1651.

CHAPITRE PREMIER

Dépenses ordinaires.

Payé à Me Jean Piètre, ancien doyen, pour honoraires de son décanat, accordé par la Faculté....... 150 *liv. tourn.*

Au même pour ce qui lui était dû... 440 *liv.* 9 *sous* 11 *den.*

Payé, par ordre de la Faculté, le jour où Me Jean Piètre a rendu les comptes de son décanat, le lundi 30 janvier 1651, à chaque docteur 4 livres tournois, à l'ancien et au doyen le double, autant aux bedeaux. Il y avait 115 docteurs, ce qui fait la somme de......................... 482 *livres.*

Payé à Mme Louise Prevost, veuve de Me Michel Delavigne, pour deux années qui lui étaient dues, savoir 1650 et 1651, soit.............................. 333 *liv.* 6 *sous* 8 *den.*

Payé à Mme Anne Bergeret, veuve de Me Jacques Cornuti, docteur en médecine, mort récemment, pour Marie Germain, 300 livres tournois pour deux années 1651 et 1652, échues le 13 janvier courant, savoir 150 livres chaque année.................................... 300 *livres.*

— A Louis Delaroche, premier bedeau, pour jetons et autres dépenses dans la reddition de comptes de Me Jean Piètre, ancien doyen, le lundi 30 janvier 1651..... 8 *livres.*

— Au même pour surplis, nappes d'autel et linge des prêtres....................................... 2 *livres.*

CHAPITRE II

Dépenses ordinaires (fo 470).

Payé à Me Jean de Bourges, professeur de pathologie. .... 90 *livres.*

— A Me Gibert Puylon, professeur de physiologie. .... 90 *livres.*

— A Me François Blondel, professeur de botanique. .... 90 *livres.*

— A Adrien Bourgeois, parfumeur, pour les cierges distribués, à la fête de la purification de la sainte Vierge, aux membres du Parlement et aux grands personnages de la ville.............................. 162 *liv.* 12 *sous* 6 *den.*

— A la fête de saint Luc payé à chaque docteur 21 sous tournois et 3 deniers, le double au doyen, aux bedeaux. .... 122 *livres.*

— Payé à Me Pierre Lecomte, l'aîné, pour toute l'année, d'après la libéralité de la Faculté, 12 livres tournois 10 sous par mois, soit................................ 150 *livres.*

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Les jurys des concours de l'internat et de l'externat qui s'ouvriront lundi 2 et mardi 3 octobre prochain à l'hôpital Saint-André, sont ainsi composés :

Internat. — MM. Davezac, Auché, Lagrange, Piéchaud, du Magny, Villar, Arnozan. — Juges suppléants : MM. Rousseau Saint-Philippe, Verdalle, Boursier, Hirigoyen, Hobbs, Denucé, Durand.

Externat. — MM. Pousson, Cassaët, Hobbs, Chavannaz, Villar. — Juges suppléants : MM. Lefour, Mongour, du Magny, Bégouin, Princeteau.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 2 octobre prochain devant la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques, se compose de :

MM. Lanelongue, président; Masse, Jolyet, Viault et Ferré. — MM. Coyne, Boursier et Denucé, juges suppléants.

Écoles de médecine. — *Dijon.* — M. le docteur Zipfel est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Dijon.

Marseille. — M. le docteur Chapplain, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Rennes. — MM. les docteurs Delacour, professeur de clinique interne, et Aubrée, professeur de clinique externe, sont mis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

M. le docteur Perrin de La Touche, professeur d'histologie, est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Delacour, nommé directeur honoraire.

Des concours s'ouvriront le 30 janvier 1900, devant la Faculté de médecine de Paris, pour les emplois de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales et de pathologie et clinique obstétricales à l'École de médecine de Rennes.

Exercices spéciaux du service de santé en 1899. — PROGRAMME DES EXERCICES. — *Première journée*, mardi 3 octobre, sept heures et demi du matin : chargement des voitures des formations sanitaires aux docks du service de santé (53, boulevard Latour-Maubourg). Pendant cette opération le matériel du service de santé en campagne sera exposé dans un des magasins des docks. Un médecin-major de première classe, assisté au besoin d'un ou plusieurs médecins, donnera toutes les explications qui seront demandées.

Onze heures : départ des formations sanitaires pour Saint-Denis. Exercices de fonctionnement des formations pendant la marche.

Deuxième journée, mercredi 4 octobre : fonctionnement du service de santé pendant le combat d'une division; l'engagement aura lieu, sur la rive droite de la Morée et vers l'Orme de Morlu. Stations du Bourget (Nord) ou de la Courneuve-Dugny, grande ceinture.

Troisième journée, jeudi 5 octobre : service de santé après le combat. Exploration du champ de bataille; dispersion des blessés sur les points d'hospitalisation. (Gîte d'étape : Gonesse.)

Quatrième journée, vendredi 6 octobre : service de santé dans un détachement de toutes armes chargé de la poursuite, le long de la route de Paris à Lille.

Cinquième journée, samedi 7 octobre : évacuation des blessés à la gare du Bourget ; organisation du service sur le champ de bataille et sur les routes.

Organisation de la gare d'évacuation.

Embarquement de l'ambulance.

N. B. — Les médecins et officiers d'administration de la réserve et de la territoriale sont autorisés, par décision de M. le gouverneur militaire de Paris en date du 23 septembre, à assister à ces exercices en tenue militaire. (Tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard réservés aux officiers prenant part à la manœuvre.)

Marine. — La désignation de M. le médecin de première classe Aubry, du port de Brest, pour embarquer sur le *Surcouf* est annulée, ce croiseur devant être placé en réserve deuxième catégorie à son retour à Brest.

La peste. — La mission française de l'Institut Pasteur quitte aujourd'hui Oporto, se rendant à Lisbonne et de là à Paris.

Le succès de la mission française a été complet; presque tous les malades traités à l'aide de la méthode pastorienne ont été sauvés.

Le vaccin de Yersin, après les expériences de la mission, semble devoir triompher définitivement du terrible fléau.

M. Calmette, chef de la mission française et rapporteur de la commission internationale, conclut à la généralisation de la vaccination; il ajoute que les mesures de prophylaxie appliquées aux individus dans les villes contaminées seraient de nature à suspendre bientôt la propagation de l'épidémie.

La Commission des industriels a remis à Mme Calmette une adresse accompagnée de deux objets d'art en or.

Le docteur Salimbani restera à Oporto quelques jours encore.

La fièvre jaune. — On a constaté six nouveaux cas de fièvre jaune et un décès à Key-West. Il y a eu un cas à Miami, et trois cas et un décès à la Nouvelle-Orléans.

Bel exemple pour la repopulation. — Dans une propriété du comte Potocki, en Pologne, vivait, tendrement unie, une nombreuse famille composée de trois générations. Un jour la fille devint enceinte. La mère aussi. Et aussi la grand'mère. Toutes les trois à la fois. Lorsque les temps furent accomplis, la fille, la mère et la grand'mère donnèrent chacune le jour à un gros et beau garçon. — La fille eut ainsi un fils, un frère et un oncle; la mère eut un fils, un petit-fils et un frère, et la grand'mère devint bisaïeule, aïeule et mère.

Lehrbuch der Kinderkrankeiten (*Traité des maladies de l'enfance*), par le docteur A. Baginsky. 6e édition. Un vol. in-8o raisin. — Prix : broché 20 marcs, relié 21 marcs 80. — Braunschweig, Friedrich Wreden, éditeur.

Le paludisme à Paris, par le docteur Manuel Vicente. Un vol. in-8o. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

La levure de bière et la levurine en thérapeutique, par G. Vitoux. Une brochure. — Prix : 1 franc. — Paris, Chamuel.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17.

N° 111. — SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1899. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La Peste (1).

Par M. Louis DELHERM,
Interne des Hôpitaux de Paris.

IV. — SYMPTOMATOLOGIE

Les manifestations cliniques qui traduisent l'infection pesteuse sont multiples et variées, aussi est-il impossible d'en faire un exposé d'ensemble.

Nous décrirons :

1° La forme ordinaire : la peste à bubons de moyenne intensité ;

2° Des formes cliniques.

A. *Forme ordinaire.*

Incubation. — Dans certaines épidémies graves la durée de l'incubation est seulement de 48 heures, mais dans la majorité des cas elle est plus longue. Aubert Roche, Carbonaro, qui ont étudié les épidémies de 1845, Lowson et Aoyana, qui ont assisté à la peste de Hong-Kong, ont fixé à 10 jours l'incubation. Il faut remarquer aussi que, dans les foyers où la peste est atténuée, l'incubation peut durer plusieurs semaines. Néanmoins, les statistiques suivantes montrent qu'on n'est pas tout à fait d'accord sur ce point très important : la maladie aurait pour Duvignaud 3 jours d'incubation, pour Volmann 4, pour Valée 7, pour Dupeyron 8, pour Russel 8, pour Bulart 12, pour Verdoni 13, pour Siraud 14, pour Edwards 15, pour Maurice 15. M. Proust conclut que la période de 8 à 10 jours est celle qui se rapproche le plus de la réalité. Durant cette période, dans la majorité des cas, il n'y a aucun symptôme qui puisse faire soupçonner l'éclosion de la maladie. Mais souvent, vers la fin de ce stade, il existe une sorte de malaise général, des étourdissements, des troubles digestifs, des nausées, de la prostration des forces, des palpitations de cœur; bientôt aussi le facies s'altère. Enfin, aux aines et aux aisselles, le malade ressent une légère douleur : on entre alors dans la période d'invasion.

Début. Invasion. — Le début est brusque. La maladie éclate d'une façon soudaine, par un frisson violent et prolongé, ensuite le patient commence à percevoir une sensation de chaleur intense. D'après Surmont, toutes les cavités semblent être le siège de véritables brûlures, cette sensation est particulièrement pénible à la gorge et au creux épigastrique; le malade est en proie à une soif ardente. La température augmente rapidement, le thermomètre s'élève à 40, 41 degrés et même à 41°5, le soir du deuxième jour. D'habitude il existe néanmoins une rémission matinale peu marquée, mais pouvant aller jusqu'à 2 degrés; cette rémission se produit d'ordinaire le troisième jour.

Le système nerveux est atteint dans une large mesure; il existe du délire, de l'insomnie, une céphalalgie intense : tous les symptômes que nous allons détailler à la période d'état apparaissent et s'accusent.

Les troubles gastriques se manifestent à leur tour, la langue se sèche, se recouvre de fuliginosités et présente une raie bleue en son milieu. On a attribué cette raie à Heine; mais cet auteur a décrit non pas une raie bleue, mais une rouge; ses observations sont d'ailleurs confirmées par des recherches récentes.

On trouve à l'auscultation du poumon des signes de congestion pulmonaire; quelques hémorragies nasales ou pulmonaires peuvent apparaître.

Ces symptômes peuvent tourner court au bout de quelques jours ou, au contraire, s'étendre : le malade entre alors dans la période d'état.

État. — Deux grands symptômes caractérisent cette période : les *bubons* et les *charbons*. Nous étudierons d'abord ces deux signes, nous parlerons ensuite des phénomènes pathologiques qui se produisent dans les différents appareils.

1° BUBON. — Le bubon est le principal signe de l'infection pestilentielle. Laveran et Tessier l'ont comparé comme importance, aux plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde.

Le *siège* est variable, et cette diversité de situation est très explicable. Le bacille pesteux peut pénétrer dans l'organisme par la voie cutanée; les lymphatiques s'engorgent, et le bubon satellite augmente de volume. Ce fait a été constaté d'une façon très nette par le rapport allemand. Dans 31 cas, on a pu voir le point d'entrée au niveau d'une lésion locale. La lésion occupait 18 fois les membres inférieurs, et 18 fois ce furent les ganglions inguinaux qui furent pris les premiers.

Pour les lésions occupant le bras, les ganglions axillaires furent les premiers engorgés par le bacille de Yersin.

Le plus souvent, l'adénopathie pesteuse occupe le ganglion

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 993.

de l'aine, de l'aisselle, du cou, rarement le creux poplité. La situation n'est pas sans importance au sujet du pronostic. Sa gravité est moindre pour les bubons inguinaux, que pour les bubons cervicaux; particularité, dit M. Netter, qui rappelle ce qui se passe pour la rage et le tétanos. Sur 300 cas, Wilne a vu 42 p. 100 de bubons mono-inguinaux, 3 p. 100 de ganglions bi-inguinaux, 11 p. 100 de mono-axillaires, et 2 p. 100 de bi-axillaires. Ces chiffres ont été confirmés par Durante.

Date d'apparition. — La date d'apparition est un point assez discuté. Yersin fait commencer le bubon avec le début de la maladie. Pour un grand nombre d'auteurs, l'apparition est plus tardive : du deuxième au quatrième jour (Deschamps), du deuxième au troisième jour (Mahé). On peut concilier les deux opinions en disant que, avant de pouvoir, à la palpation, constater la présence du bubon, il existe auparavant une phase de douleur plus ou moins vive, indice certain de l'inflammation de la glande.

Pour Durante, à ce moment existe parfois une rémission passagère, le pouls est meilleur, la fièvre cède, il y a des sueurs abondantes. Parfois, au contraire, l'apparition du bubon est le signe d'une recrudescence dans l'état général du malade, et l'état typhoïde peut ne se développer qu'à cette période de l'infection.

Le *volume* est variable, comme un haricot, une amande (ganglions mésentériques). Il n'est pas rare que les ganglions de l'aine arrivent à atteindre la grosseur d'un œuf.

La *douleur* est en général très vive, spontanément et à la pression. Pour la calmer, le malade prend une attitude spéciale : si les ganglions inguinaux sont pris, il plie la cuisse sur l'abdomen, si ce sont ceux de l'aisselle, il étend le bra. La tête est rejetée en arrière quand les bubons siègent au cou.

Consistance. — Les adénopathies sont d'abord très dures et elles le restent si la mort se produit vite. Dans les cas plus prolongés, il se forme autour des ganglions et dans leur intérieur une exsudation donnant lieu à une tuméfaction foncée ou brunâtre, qui peut même déterminer de l'œdème du membre correspondant. Dans 10 p. 100 des cas, ils ne suppurent pas et persistent alors durant de longs mois. D'ordinaire, vers le septième ou le huitième jour, la peau qui a rougi se sphacèle, et un pus jaunâtre pouvant contenir les microbes pesteux et contenant surtout des microbes de la suppuration, s'écoule de la plaie. Les bords de l'ulcère sont saillants, déchiquetés, le fond est grisâtre, le pourtour enflammé. Ils guérissent très longtemps après, laissant à leur place des cicatrices épaisses. La suppuration des ganglions internes est toujours très grave de conséquences.

2° Charbons. — Les charbons sont des accidents cutanés très caractéristiques, consécutifs le plus souvent, pour M. Landouzy, à des morsures de mouche.

Leur nombre est variable, il oscille en général entre 3 et 12 (Grisolle). Dans certaines épidémies, ce phénomène est très rare, dans d'autres on le voit dans 40 à 50 p. 100 des cas (Surmont).

Au niveau du point où doit apparaître le charbon, se produisent des démangeaisons et une sensation de chaleur et de douleur. La peau rougit ensuite sur une petite zone, qui bientôt se recouvre de vésicules et s'entoure à son tour d'une auréole rouge brun.

Le centre ne tarde pas à se sphacéler et à se creuser. Du pus sanieux s'écoule par l'ouverture. Le charbon creuse toujours, gagne en profondeur et peut atteindre parfois l'os sous-jacent. Le pronostic des charbons est en général sombre, leur apparition est l'indice d'une altération profonde du sang. On n'en a pas vu sur les muqueuses soumises à l'examen (Surmont). Leur siège le plus ordinaire est le tronc et les membres.

Tels sont les signes capitaux de la peste, mais les différents appareils sont intéressés par l'infection pesteuse, nous allons les étudier à leur tour.

a. Peau. — A côté des charbons existent d'autres lésions cutanées. La peau est chaude, brûlante, elle se couvre de sueurs, si la température s'abaisse. Dans certaines épidémies, ces sueurs peuvent parfois devenir hémorragiques.

Pour Matignon, ce phénomène se produit seulement au moment de la mort.

Souvent existent des éruptions pouvant revêtir soit le type morbilleux, soit le type scarlatiniforme, soit le mode vésiculeux, soit la forme pustuleuse ou miliaire.

Les pétéchies, qui apparaissent du septième au huitième jour, se rapprochent beaucoup du purpura, elles sont d'un pronostic très sombre (Deschamps) on en voit toujours sur les parois abdominales quelques heures avant la mort.

L'anthrax a la forme d'une tache rouge siégeant soit dans le dos, soit dans les épaules; il peut se terminer par la gangrène.

b. Appareil digestif. — Les lèvres sont fuligineuses, l'aspect de la langue est typique, au début elle est grosse et laisse voir des dépressions correspondant aux dents, elle est couverte d'un enduit blanc, sauf sur la pointe et les bords. Plus tard, le dos de la langue se sèche, se couvre d'un dépôt jaune brun, les bords demeurant toujours un peu rouges. D'après Heine, au contraire, elle serait humide. La bouche est sèche, la salive rare. La soif est souvent intolérable.

Les vomissements du début peuvent persister pendant tout le cours de la maladie, ils sont accompagnés de nausées intenses. Le malade rejette de la bile ou des aliments, parfois aussi du sang. On a aussi noté de l'épigastralgie.

Très souvent il y a des coliques, et si la constipation se voit parfois, l'entérite n'est pas rare. Par vingt-quatre heures, il y a six à huit selles bilieuses et fétides; le météorisme abdominal est de règle. Pour Taptus, au début il y aurait de la diarrhée, et ensuite de la constipation.

La *rate* est grosse.

Le *foie* également, il peut remplir les deux hypocondres; li est douloureux à la percussion : parfois même l'ictère peut apparaître (Durante).

c. Appareil circulatoire. — Les phénomènes cardiaques ont une importance capitale : *ils sont, pour ainsi dire, la clef du pronostic.*

Le malade perçoit souvent une douleur précordiale très intense. A la palpation, on sent parfois un frémissement au niveau de la pointe. Au début on sent le cœur battre en un point déterminé, fixe et bien limité. Peu à peu le point s'élargit, devient une surface étendue sur laquelle on peut sentir l'expansion, non pas seulement de la pointe mais du ventricule en entier (Bonneau).

L'auscultation perçoit faiblement les bruits. Le premier est, il est vrai, un peu plus clair et bref, le second est sourd et très difficilement perceptible. Il n'y a que très rarement des bruits de souffle.

Des palpitations, des sensations d'étouffement et d'angoisse s'observent aussi fréquemment.

Les carotides battent au début avec force. Le pouls est petit, irrégulier, lent (Archambault) ou au contraire accéléré, et peut battre à 120 ou 140. Les tracés sphygmographiques montrent que la pression est diminuée, qu'il existe du dicrotisme pouvant aller à l'anacrotisme et indiquant la paralysie des muscles de la paroi artérielle : ces effets seraient dus à l'action de la toxine produite par le bacille pesteux.

Le sang pris à la pulpe du doigt ne se coagule que très lentement (Netter), le sérum sanguin possède à un certain moment des propriétés agglutinantes : nous le verrons plus tard.

Les extrémités se cyanosent de très bonne heure : cet état est surtout marqué aux avant-bras, aux bras, aux mains (Matignon).

d. Appareil respiratoire. — Nous ne parlerons ici que des accidents pulmonaires se produisant au cours de la peste à bubons, réservant pour une description à part la forme pulmonaire de la peste.

Dès le début de la maladie, la respiration s'accélère très rapidement. Le patient perçoit une sensation de constriction circulaire, qui rend l'inspiration très pénible, l'expiration bruyante. Souvent se produisent des hémoptysies abondantes, succédant à des accès de toux, fréquente et douloureuse.

L'*examen physique* du poumon permet de constater l'existence de congestion des bases coexistant avec des signes de bronchite généralisée à tout le poumon. Plus tard, l'œdème pulmonaire vient encore assombrir le tableau.

La *plèvre* est souvent le siège d'épanchements, parfois même le liquide est purulent.

e. Système nerveux. — Les phénomènes *psychiques* occupent une grande place. Si l'intelligence reste complète au début, il est rare qu'il en soit ainsi quand la maladie est en pleine évolution. Le sujet est parfois indifférent et stupide, et l'on ne peut lui arracher que des monosyllabes.

Dans d'autres cas, la mémoire est totalement absente, et le malade questionné sur son état ne répond que par monosyllabes. Souvent le délire existe, tantôt le délire revêt une forme aiguë, hallucinatoire, avec surtout des hallucinations visuelles pouvant amener le suicide.

Le patient se plaint d'une faiblesse extrême. Il lui est impossible de marcher, de se tenir debout, et même de s'asseoir sur son lit. La parole est lente, embrouillée, rappelant celle de l'ivrogne (Netter), ce trouble est dû à l'incoordination des muscles de la langue : cette dysphonie peut, du reste, aboutir à l'aphonie complète.

Les bras et les mains s'agitent de mouvements désordonnés, parfois enfin, existe de la carphologie (Netter).

Les troubles de la *sensibilité*, quoique pouvant être assez marqués, le sont beaucoup moins que les phénomènes moteurs. On a noté de la rachialgie, des douleurs vagues le long des trajets des nerfs. Quand tous ces phénomènes tendent à s'aggraver, le coma survient, la mort arrive.

f. Appareil urinaire. — L'urine est rendue en quantité moindre, elle est dense, très acide, sa coloration est brune. Dans certains cas, elle est rougeâtre et contient du sang provenant de la vessie. Souvent il y a aussi de l'albumine. Matignon, pendant l'épidémie de Formose, a vu de nombreux cas d'anurie.

g. Température. — La température s'élève brusquement à 40 degrés et même davantage, le premier jour; le second elle atteint son maximum, et le soir de ce jour elle peut aller jusqu'à 41°5. Parfois, le troisième jour, il existe une rémission matinale pouvant aller à 2 degrés, mais cette rémission n'est que temporaire, la température se relève, mais atteint rarement le maximum des premiers jours (Netter).

Pour Wilm, au contraire, le thermomètre remonte rapidement, et le cinquième jour atteint de nouveau son acmé.

Vers la fin de la maladie, les complications influent sur la marche thermométrique.

Au moment de la mort, la température monte de plus en plus, atteint 42 degrés et continue à monter après. — Si la maladie évolue vers la guérison, la température s'abaisse en lysis et la chute complète se fait entre cinq et sept jours. Disons enfin que, pour Bonneau, la défervescence n'est pas le criterium d'une guérison certaine.

h. Aspect général. — Durant cette période d'état, le malade est pâle, les yeux sont injectés, les lèvres fuligineuses, les narines pulvérulentes, le ventre météorisé. Il est étendu immobile dans le décubitus dorsal, les traits sans expression, le regard vague, dans un état de somnolence et de stupeur.

Évolution, terminaison. — L'évolution de la peste normale se fait en huit ou dix jours, et d'après Durante, si le malade passe le sixième jour, le pronostic devient bien moins sombre. Si le pronostic doit être favorable, la température s'abaisse comme nous l'avons dit plus haut, la transpiration devient abondante, le malade qui urinait peu a une crise polyurique, la respiration devient plus naturelle et le malade entre peu à peu en convalescence.

Si la mort doit se produire, la température monte de plus en plus, la peau devient brûlante, il y a des pétéchies sur l'abdomen, quelquefois il paraît des plaques rouges qui peuvent être recouvertes par des phlyctènes et donnent lieu à une ulcération ou même à une eschare (anthrax pesteux) [Netter].

La respiration s'accélère, les inspirations sont moins profondes, les yeux se creusent, le coma se produit, le malade meurt.

La cause la plus fréquente de la mort est, ou bien le *coma*, ou la *syncope brusque* due à une paralysie cardiaque.

Convalescence. — Vers le huitième ou le dixième jour la convalescence se produit.

Elle est annoncée souvent par la suppuration des ganglions qui s'ouvrent et laissent une plaie très longue à cicatriser. Les phénomènes graves cessent graduellement, sauf dans les cas très sérieux où la rémission se fait spontanément. Il résulte des recherches de Zabolotny et Wyssokowitz que le sérum sanguin agglutine. L'expérience se fait avec des bacilles cultivés sur gélose et une solution de chlorure de sodium. On ajoute à la solution 1/10, 1/12, 1/50 de sérum.

La convalescence peut être compliquée. Il peut y avoir des *suppurations interminables du système lymphatique*, des *hydropisies*, des *paralysies des membres* à type paraplégique ou hémiplégique. On a pu voir parfois de la *paralysie faciale*, de l'*aphasie*. La *perte de la mémoire* peut persister longtemps. Surmont signale aussi des *otites purulentes* se terminant par surdité.

Les rechutes « sont fréquentes et dangereuses » (Mahé). Elles se caractérisent par l'apparition, au déclin de la maladie, d'un nouvel accès de fièvre, avec tout le cortège symptomatique déjà observé.

Les récidives existent aussi, mais sont bien moins fréquentes (Evagrius-Dimerbrœk). Il y en eut beaucoup dans l'épidémie de Provence en 1721, d'Égypte en 1834, où plusieurs cas mortels furent observés chez des personnes ayant échappé à une épidémie antérieure. En général une première atteinte confère l'immunité. Aussi en Orient se sert-on, pour soigner les pestiférés, de gens ayant été antérieurement contaminés.

B. *Formes cliniques.*

Les formes de la peste sont nombreuses; comme l'a dit Chenot : « La peste est un vrai Protée qui prend en peu de temps différentes formes. » Nous les passerons rapidement en revue, nous étendant seulement sur quelques-unes d'entre elles.

La plupart de ces variétés étaient connues des anciens, et la grande division en peste à bubons et peste sans bubons a été faite par Cantacuzène (1347) et par Guy de Chauliac. Forestier, dès 1558, avait décrit lui aussi une peste Comitata (à bubons) et Incomitata (sans bubons).

a. **Formes bénignes.** — Ces formes sont basées sur la description qui a été faite par Brayer, Clot bey, Duthieul, etc. Ces auteurs décrivent des états pathologiques où les ganglions sont douloureux et engorgés, où les phénomènes généraux sont très peu marqués, où on n'a constaté parfois qu'un peu de prostration des forces, un peu d'inappétence. Ces formes sont extrêmement dangereuses parce qu'elles sont méconnues. On ne prend aucune mesure de défense, aucune précaution; elles sont aussi la cause de la propagations rapide du fléau.

Il existe une forme *ambulatoire*, surtout fréquente chez les enfants de 10 à 12 ans : on note de la tuméfaction ganglionnaire, de l'endolorissement, de la fièvre qui ne monte jamais plus haut que 39°5 et ne dure que deux ou trois jours, enfin un léger état gastro-intestinal des phénomènes nerveux peu marqués. Le bubon ne suppure pas. La convalescence commence au bout de trois ou quatre jours et se termine en huit jours (Netter).

La forme *fruste* ne doit pas être confondue avec les engorgements ganglionnaires pesteux ou forme ambulatoire, elle aboutit rapidement à une convalescence rapide.

La forme *larvée*, assez rare, ne nécessite pas une description à part.

Dans la forme *bénigne*, tous les phénomènes indices d'une peste grave apparaissent, puis tout à coup la maladie tourne court, et parfois même quelques heures après le début la crise sudorale et urinaire se produit.

Dans certaines formes, le bubon est pour ainsi dire tout: l'état général reste bon. Nous insisterons un peu sur cet aspect clinique de la peste, parce qu'il est souvent méconnu. Cette forme a été relevée depuis longtemps. Sydenham l'avait vue à Londres (1665), Chicoyneau à Marseille (1721), Brayer à Constantinople (1845), Doppner à Tetlianka. Ce médecin trouva les malades « debout, ayant bon appétit, le sommeil normal, et des ganglions lymphatiques engorgés, qui suppurèrent plus tard ».

On peut observer des cas nombreux de bubons simples dans certaines localités des régions envahies par la peste.

Toutes ces formes se rencontrent surtout au début et à la fin des épidémies.

b. **Formes graves.** — α. Forme septicémique. — C'est une forme très grave. Son début est brusque. La fièvre y est élevée, atteint rapidement 41 degrés. Les phénomènes nerveux sont très marqués, il peut y avoir du délire aigu ou hallucinatoire; mais la prostration est rapide et aboutit très vite au coma. La diarrhée, le tympanisme sont habituels, souvent on note de la rétention d'urine. La mort arrive au bout de deux ou trois jours.

β. Forme pulmonaire. — Cette forme, bien qu'étudiée et décrite par les anciens, n'est bien connue que depuis peu. Cette variété a été observée dans le cours de ce siècle dans le Khoraçan, le Kurdistan, dans la région avoisinant le Sindh et le Gujerat (1815), Pali (1836), etc. A une époque plus récente elle a été laforme prédominante dans l'épidémie de Wetlianka (1878); elle a été vue à Bombay ou Childe, Zoboloty et Wyssokowitz, Gaffky l'ont signalée dans la Mongolie (1897), dans la petite épidémie d'Alexandrie (1899) et d'Oporto.

Sa description clinique la plus récente est due à Childe. « Cet auteur part de ce fait que les cas de peste à bubons ne suffisent pas à justifier l'énorme mortalité à Bombay, et il se demande si la peste méconnue ne serait pas en cause » (Netter). Childe fit *a priori* l'autopsie de tous ceux qui mouraient à l'hôpital, avec le diagnostic de pneumonie. En décembre 1894, il constata qu'il s'agissait bien de peste, il rencontra des bacilles dans le poumon, et dans la rate (Netter). En six mois, il observa 12 cas auxquels on peut joindre celui du docteur Muller et de Barisch, morts lors de l'épidémie de Vienne.

Le début est d'ordinaire brusque et se fait par un frisson, de la fièvre, un point de côté, puis par des troubles de l'état général.

Le thermomètre monte rapidement à 40 degrés, le pouls bat à 120, 130; ces phénomènes se produisent sans qu'il y ait de bubon.

La respiration est peu accélérée, il n'y a pas de dyspnée intense. Une toux légère qui aboutit à l'expulsion d'un crachat séro-muqueux se produit bientôt, puis le crachat devient rosé, mais il n'est ni rouillé, ni adhérent, il est plus séreux que muqueux; ce n'est pas un vrai crachat de pneumonie. Galeotti et Polverini ont pu voir néanmoins des crachats pneumoniques absolument typiques.

A la percussion, on note de la submatité ou de la matité à l'une des bases ou aux deux bases, on y perçoit des râles crépitants fins. *Il y a disproportion manifeste entre la petitesse du foyer et la gravité de l'état général.* Rapidement le poumon s'infiltre et en quatre ou cinq jours la mort arrive. Rarement la survie se poursuit jusqu'au neuvième jour. La mortalité est de 89 p. 100. Choksey a vu une guérison sur 88 cas.

γ. Forme nerveuse. — Cette forme est caractérisée par la prédominance des accidents nerveux.

D'après Chenot, il y a des cas de peste où les bubons et les charbons sont absents, où le pouls est seulement un peu plus rapide qu'à l'ordinaire, puis tout à coup apparaissent des vertiges, de l'anéantissement des forces, de l'aphonie, du coma. Parfois il se produit une prostration rapide des forces, du délire violent, des phénomènes ataxiques, la mort ne se fait guère attendre.

Chez l'enfant, on peut voir encore des crampes, des convulsions, des accès d'éclampsie (Grohmann).

δ. Forme hémorragique. — Cette forme se confond un peu avec la pneumonie pesteuse décrite plus haut. C'est elle qui constitua la peste noire du XIVe siècle, la peste de Russie au

xve, l'épidémie de Leipzig (1680), etc. Tholozan l'a observée en Perse, Forbes aux Indes.

On décrit plusieurs formes : 1° une forme bénigne avec bubons et quelques hémorragies peu importantes.

2° Une forme commune, s'accompagnant de toux sèche suivie de crachats rouges, il s'agit alors non pas de la pneumonie pesteuse primitive que nous avons décrite plus haut, mais bien d'une peste ordinaire compliquée d'accidents pulmonaires. Ivo Bandi pense, en se basant sur des expériences de laboratoire, que cette variété est bien plus fréquente que la pneumonie pesteuse primitive.

3° Une forme très grave dans laquelle il n'y a pas de fièvre, où le malade vomit des matières bilieuses ou couleur de café noir. Il existe aussi des hémorragies gingivales, uréthrales, nasales, utérines, le pouls devient rapidement incomptable, et le malade meurt parfois en un jour et demi à deux jours.

ε. Forme gastro-intestinale. — On ne peut guère accepter la peste bilieuse de Chenot, la peste pituiteuse de Seele, vermineuse de Grohmann, mais dans certains cas, comme dans l'épidémie de Recht (1877), on voit se produire des vomissements muqueux, bilieux ou même sanguinolents.

Hojel admet, lui aussi, une forme gastro-intestinale dans laquelle il y a des vomissements, de la diarrhée, du ballonnement du ventre ; avec douleur des reins en même temps qu'on constate les accidents généraux de la peste et l'engorgement ganglionnaire.

Il existe aussi des *pestes foudroyantes* dans lesquelles l'évolution est si rapide que le bubon n'a pas le temps de se produire, le coma survient et la mort arrive en quelques heures.

Enfin, il nous reste à dire un mot des *pestes prolongées* qui peuvent durer quinze à vingt jours, et des *pestes chroniques* caractérisées par une induration chronique des ganglions lymphatiques, alors que l'état général reste bon.

Marche d'une épidémie de peste. — En général les épidémies de peste humaine sont précédées d'une épidémie de peste chez les rats. Quand la peste attaque l'homme, elle n'est pas en général grave au début.

Pendant un certain temps ce sont des formes frustes qui prédominent : bubons avec peu d'état général.

Ensuite la forme classique s'observe, c'est aussi le moment où se voient les formes graves.

Enfin, peu à peu, la virulence du microbe s'affaiblit, les formes redeviennent bénignes, et la peste disparaît.

V. — Diagnostic

a. **Diagnostic clinique.** — 1° Diagnostic positif. — Le diagnostic positif ne repose sur aucun signe absolument pathognomonique. On se basera sur l'habitus de la face, la céphalalgie frontale intense, l'attitude chancelante (Mahé), les douleurs lancinantes précédant l'apparition du bubon, les charbons : tous ces signes ont une assez grande importance quand ils sont groupés.

A Vetlianka on regardait comme pathognomonique la triade suivante : céphalalgie, fièvre intense, prostration des forces (Petresco).

2° Diagnostic différentiel de la forme normale. — Le *bubon* pesteux peut être confondu avec un certain nombre de maladies à réaction ganglionnaire. Il faut citer certaines variétés de dengue maligne, dans lesquelles on a vu même parfois la mort se produire. Quelques formes se compliquent de bubons, et il n'est pas étonnant que dans les pays où les deux maladies existent il soit possible d'hésiter. Nous ne mentionnerons pas la scrofule, citée par quelques auteurs ; nous passerons aussi très rapidement sur certaines syphilis à forte réaction ganglionnaire. Le bubon du chancre mou, à cause de la rapidité avec laquelle il se développe, à cause de la douleur dont il est le siège quand on le palpe, pourra à un examen superficiel laisser croire à la peste. Le cas s'est vu à Vetlianka. Mais l'évolution de la maladie permettra de suite de faire le diagnostic.

Les *charbons* peuvent être confondus avec la pustule maligne, d'autant plus que l'aspect des deux lésions est pour ainsi dire absolument identique. En outre, dans la pustule maligne les phénomènes généraux se rapprochent assez de ceux de la peste. L'examen microscopique s'impose souvent.

3° Diagnostic des formes bénignes. — On ne saurait trop insister sur l'importance capitale qu'il y a à reconnaître ces formes ; en effet, si on ne pense pas à la peste, on ne prend pas les précautions nécessaires, et la dissémination se fait aussi avec plus de facilité.

Or, en général, au début de chaque épidémie de peste, ces formes sont très fréquentes. Dans l'épidémie de Marseille (1720), Chicoyneau signale 15 à 20 000 habitants qui se sont trouvés dans ce cas. Dans l'épidémie de Vetlianka il en fut de même, et de nombreux faits de ce genre ont été observés à Bombay et à Hong-Kong.

On peut dans ces formes se heurter à des difficultés presque insurmontables, et même l'examen bactériologique sera insuffisant à trancher la difficulté.

A Calcutta, en 1891, Simpson et Cobb signalèrent un certain nombre de cas de « peste bubonique atténuée » qui furent reconnus par une commission pour être des bubons simples et non vénériens (Netter). Rien ne prouve de quel côté se trouve la vérité.

4° Diagnostic des formes graves. — α. *Forme septicémique.* — Cette forme peut être confondue avec la fièvre intermittente paludéenne. L'*accès paludéen* commence par un malaise général, un frisson violent, des battements ; dans le stade chaleur, le pouls est moins fréquent, la température moins élevée, l'abattement général moins marqué que dans la peste. L'intelligence est conservée. Enfin l'accès se termine rapidement.

La *fièvre récurrente*, qui est très fréquente à Bombay, a, comme la peste, un début brusque avec vomissements, mais l'état général est moins mauvais, l'examen du sang montre la présence du spirille (Netter).

Le *typhus* est souvent cause d'erreurs. Les mêmes conditions extérieures, agglomération, misère, famine, se retrouvent dans les deux cas. Les phénomènes sont à peu près identiques (céphalalgie, ivresse typhique, pétéchies, exanthème, délire, coma). Dans le typhus il n'y a pas de bubons et de charbons, enfin l'évolution des deux maladies n'est pas la même.

La fièvre typhoïde ne débute pas avec cette brusquerie.

La variole, la scarlatine ne méritent pas qu'on s'y arrête longuement.

β. *Formes pulmonaires.* — Dans ces formes le diagnostic doit être fait avec la *pneumonie* et la *broncho-pneumonie.* En général, le début de la pneumonie est plus brusque, et l'état général est bien moins atteint. Il y a dans la pneumonie pesteuse une disproportion considérable entre les signes physiques constatés à la percussion et à l'auscultation, et

l'état général qui est toujours très grave. La langue, au cours de la pneumonie pesteuse, reste humide et nette, contrairement à ce qu'on voit dans la pneumonie banale.

Muller a attiré l'attention sur l'existence constante d'une hypertrophie splénique, qui, jointe à l'absence d'herpès labial, peut faciliter le diagnostic. En outre, les crachats ne sont pas rouillés et adhérents au vase comme dans la pneumonie, ils sont au contraire rosés et fluides, au moins dans la majorité des cas.

La *pneumonie grippale* doit, elle aussi, être différenciée. Muller, qui avait pourtant étudié la peste, confondit pendant trois jours la pneumonie pesteuse de Barisch avec une pneumonie grippale.

γ. *Formes nerveuses.* — Ces formes doivent être séparées des différents délires, surtout du délire alcoolique.

b. **Diagnostic bactériologique.** — Ce diagnostic peut se faire : 1° par l'examen microscopique, 2° par la culture, 3° par l'inoculation aux animaux.

1° Par l'examen microscopique. — Pour l'effectuer on pique, avec une seringue de Pravaz, la région empâtée qui entoure le bubon, on met une goutte du liquide sur une lamelle, on l'écrase, on fixe à l'alcool, on colore à la thionine et on porte la lamelle sur l'objectif du microscope. Lorsqu'il s'agit d'une pneumonie pesteuse et que le malade expectore des crachats, on prend une parcelle de crachat. Il est bon de faire deux lamelles, dont une par la méthode de Gram. En général, on voit un très grand nombre de microbes; il ne faudra pas être étonné de voir le bacille se présenter sous des aspects différents : le polymorphisme est de règle. Les médecins allemands de la mission aux Indes ont eu un résultat positif neuf fois sur onze. Galeotti et Polverini ont rencontré les bacilles dans tous les examens.

Les résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'on examine le bubon à une date plus rapprochée du début; quand le bubon est suppuré, il n'y a en général plus de bacille, mais seulement les agents ordinaires de la suppuration.

Le microbe de Yersin peut aussi se trouver dans le sang. Kitasato l'y a toujours vu, Wilm seulement dans 83 p. 100 des cas. D'après Durante, il serait souvent associé au staphylocoque.

Pour Yersin le bacille serait dans le sang plus rare que ne le pensent les auteurs précités; dans les cas graves il y en a beaucoup, dans les cas bénins on ne le voit que d'une façon transitoire. L'examen bactériologique peut aussi porter sur les humeurs, les déjections, les vomissements, l'urine, la salive (Wilm).

2° Par des cultures. — Ces cultures doivent se faire sur gélose. Si l'on examine des crachats, il y a avantage a les faire développer dans des boîtes de Petri. Pour Durante, quand les cultures sont épaisses la peste serait peu dangereuse.

3° Par inoculation aux animaux. — Pour cette inoculation, on prend de la pulpe de bubon, qu'on injecte soit à un cobaye soit à une souris. Le cobaye meurt en trois ou quatre jours, la souris entre un et trois jours; les ganglions, le foie et la rate sont bourrés de bacilles.

4° Diagnostic par l'agglutination. — L'agglutination a été constatée, pour la première fois, par Wyssokowitz et Zabolotny.

Pour la faire, on prend une émulsion de bacilles recueillis sur gélose, une solution physiologique de chlorure de sodium (10 centimètres cubes pour une culture). On ajoute à l'émulsion une certaine quantité de sérum sanguin.

La propriété agglutinante n'existe pas dans les cinq à sept premiers jours, elle se manifeste à la deuxième semaine, elle devient plus marquée au commencement de la troisième, elle l'est encore davantage à la quatrième.

Leumann a vu l'agglutination le cinquième jour; elle est très marquée dans les cas graves. Il faut dire néanmoins que ce procédé n'a pas, au point de vue du diagnostic, et surtout du diagnostic précoce, une grande valeur, puisqu'on ne le constate en général que trop tard, en tout cas à une période où le diagnostic clinique est suffisant.

Pronostic. — La peste est une des maladies infectieuses les plus meurtrières que l'on connaisse.

On s'accorde à regarder comme favorables les phénomènes suivants : la normalité des urines, la constipation, les sueurs abondantes, l'apparition des bubons au troisième ou quatrième jour, une tendance graduelle vers la suppuration.

Les phénomènes défavorables seraient les vomissements incoercibles, la diarrhée profuse, la non-apparition des bubons, leur développement au cou, à la fosse iliaque, la manifestation des charbons à la tête, au cou, la cyanose, les hémorragies. D'après Bonneau, la chute même de la température n'est pas le signe de la guérison, c'est l'état du cœur et l'état des ganglions qui règlent le pronostic. A un degré moindre, entrent aussi en ligne de compte les hémorragies et les phénomènes cérébraux.

Pour Yersin la présence de bacilles dans le sang est d'un pronostic fatal. En tout cas, la maladie est très grave quand on les y rencontre.

La forme pneumonique est extrêmement grave, pour ne pas dire toujours mortelle.

La forme septicémique est aussi terrible.

Le pronostic de la peste a été de beaucoup diminué depuis la découverte de la sérothérapie. Les formes buboniques guérissent en général, et sont d'autant moins dangereuses qu'on a pratiqué l'injection de sérum de plus bonne heure. Les formes septicémiques et pulmonaires, presque réfractaires à l'action du sérum, sont le plus à redouter.

Enfin, il faut savoir qu'au début des épidémies le pronostic général est moins grave que dans la suite.

La mortalité est de 70 à 90 p. 100 environ. Pour ne prendre que quelques statistiques, nous signalerons : la peste de Cyrénaïque (70 p. 100), de Vetlianka en 1877 (95 p. 100), de Hong-Hong en 1894 (95 p. 100). Depuis la découverte du sérum, elle a été abaissée à 40 p. 100 environ.

Prophylaxie. — Avec la notion de contagiosité peut-être connue plus tôt mais proclamée au XIVe siècle, apparaissent en Europe les premières mesures contre la peste. On peut diviser en deux périodes les mesures prises contre la maladie. Dans l'une on fait surtout de la prophylaxie locale et régionale. Dans l'autre, on fait de la prophylaxie internationale.

Au XIVe siècle et au XVe les villes commencent à organiser des mesures défensives; en 1403, Venise crée un lazaret de santé, et bientôt Reggio, Gênes, Marseille suivent cet exemple. Au XVIe siècle, à Paris, on construisit des baraquements spéciaux pour les pestiférés. Au XVIIe, on édifie les hôpitaux Saint-Louis (1611), Saint-Antoine, et la maison de santé Saint-Marcel qui leur sont spécialement affectées. Ce XVIIe siècle est le siècle « des mesures restrictives contre

la peste » (Mahé). Les bureaux de santé installés dans les villes sont maîtres absolus de la vie de la cité : leur pouvoir est discrétionnaire, ils rendent d'ailleurs de très grands services. A Montpellier, Ronchin déploie une énergie admirable et parvient à désinfecter la ville. Une ordonnance royale du 16 août 1683 réglemente l'organisation des lazarets de Toulon, Marseille, etc.

Au XVIIIe siècle, les prescriptions antérieures sont encore renforcées par deux nouvelles ordonnances de 1729 et 1743. Marseille devient le centre de la défense contre la peste. Tout navire venu d'Orient est conduit dans le port du lazaret. Passagers et marchandises sont soumis à une quarantaine pouvant aller jusqu'à trente jours. Tout est désinfecté par du soufre ou des fumigations chlorurées (ordonnance royale de 1780).

Au XIXe siècle, en France, une ordonnance du 3 mai 1822 réglemente les mesures à prendre contre la peste : les provenances sont divisées en trois catégories : 1° à patente brute, 2° à patente suspecte, 3° à patente nette, une ordonnance du 7 août de la même année complète ce règlement.

Peu après, en présence de la diminution de la peste en Orient on en vient à affaiblir et à supprimer même la quarantaine. Des médecins sanitaires sont envoyés en Orient pour suivre l'évolution de la peste et en avertir au besoin les autorités. Nous ne parlerons pas du règlement de 1852. Nous ne nous étendrons guère davantage sur le règlement du 5 juin 1876 qui, « en supprimant les vexations inutiles, maintient les précautions nécessaires. » Les navires suspects, les passagers sont soumis à une quarantaine de cinq à dix jours.

Depuis la menace d'une nouvelle marche en avant de la peste, les puissances européennes ont essayé de s'entendre en vue d'établir des mesures de prophylaxie internationale.

A Venise, en 1892, on eut pour objectif d'exercer des mesures sanitaires sur le canal de Suez.

A Dresde, en 1893, on posa les règles à observer au cas où un des États serait atteint par une maladie épidémique.

A Paris (1894), on prit des mesures à l'égard du pèlerinage de la Mecque.

Après ces conférences eut lieu en 1897 une nouvelle réunion à Venise, où MM. Brouardel et Proust représentaient la France. Deux courants se sont produits : l'un anglais, opposé aux mesures; l'autre, au contraire, demandant des règlements énergiques. On a admis que les rats peuvent transporter la maladie, qu'il en est de même pour les linges, les vêtements, les hardes, les tapis. La période d'observation fut fixée à dix jours. On a adopté un certain nombre de règlements dont la mise en vigueur a été difficile à cause du mauvais vouloir de l'Angleterre et de la Turquie.

Néanmoins à Bombay on a institué des *search parties*, qui visitent toutes les maisons d'une section, dirigent les malades sur des hôpitaux spéciaux, et les personnes qui ont entouré ces malades dans des baraques spéciales où elles prennent un bain antiseptique et y séjournent sept jours. Tous les effets sont aussi désinfectés. Un service important de surveillance a été créé sur toutes les voies ferrées des Indes.

La peste venant des Indes peut suivre deux voies pour envahir l'Europe : la voie maritime ou la voie terrestre.

VOIE MARITIME. — On prend des mesures au moment du départ et en cours de route.

α. *Avant le départ*. — On sait que la ville de Bombay est l'aboutissant des grandes voies ferrées venant de l'Hymalaya, de l'Afghanistan, de Madras, Calcutta, etc. C'est d'autre part à Bombay que viennent les grands paquebots à marche rapide, et en douze jours la peste peut être dans la Méditerranée. L'Angleterre a longtemps négligé toute précaution, pourtant elle s'est décidée à prendre des mesures. Une heure avant le départ des vaisseaux, tout le monde doit être rendu à bord. La chaloupe de santé accoste, et à ce moment il est interdit à quiconque d'embarquer. Trois médecins et une doctoresse montent à bord et la visite commence. D'abord on examine l'équipage, on palpe les aines, les aisselles, on examine le pouls, le faciès.

Les chauffeurs doivent ouvrir leurs malles, les matelots leurs sacs à effets. On procède ensuite à la visite des passagers, enfin on signe la patente. Par mesure extrême de précaution les paquebots français ne prennent à Bombay ni eau, ni provisions, en outre personne ne peut descendre à terre.

Si ces mesures sont prises aux Indes il n'en est plus de même sur le littoral du golfe Persique appartenant à la Perse. Le danger est très grand à cause du pélerinage de la Mecque, car bon nombre de musulmans s'y embarquent pour passer en Arabie.

β. *En cours de route*. — Les vaisseaux venant des Indes peuvent s'engager dans le golfe Persique où il n'existe aucune barrière, et la maladie peut par voie de terre gagner la Syrie. « Par le golfe Persique, a dit M. Proust, nous sommes à la merci d'un accident, » il n'y a en effet qu'un établissement à Bassorah. Les navires qui se dirigent vers la mer Rouge sont soumis à des prescriptions plus sévères : là est le deuxième obstacle à l'extension de la peste : c'est la Turquie qui est chargée de cette ligne de défense. Il existe aux sources de Moïse, dans la mer Rouge, un lazaret, et s'il y a eu des malades en cours de route ils y sont soignés.

Des Indes aux sources de Moïse il y a sept ou huit jours environ et comme la peste incube dix jours au plus, le vaisseau termine sa quarantaine en traversant le canal de Suez. Pendant cette traversée il ne communique pas avec l'Égypte.

Les navires qui transportent des pèlerins à la Mecque sont soumis à un règlement encore plus sévère ; il y a pour eux un régime spécial, on a interdit même en 1897 le pèlerinage annuel, et on exige actuellement que les pèlerins aient une somme d'argent suffisante pour pouvoir vivre un certain temps loin de leur pays, au cas où ils seraient contaminés. Chaque vaisseau qui transporte plus de 100 pèlerins doit avoir un médecin commissionné et un appareil à désinfecter. Ces navires doivent subir l'inspection sanitaire à Kamaran ou à Djebel-Thor. (Ces règlements sont aussi applicables aux épidémies de choléra.)

VOIE DE TERRE. — La voie de terre est évidemment plus longue, mais elle sera bientôt aussi rapide, grâce aux progrès de la civilisation. La création du Transcaspien et du Transsibérien rendront bientôt cette voie extrêmement dangereuse. C'est la Russie qui est chargée de la défense de l'Europe sur cette ligne, et il est certain que s'il le faut, comme elle l'a déjà fait plusieurs fois, elle prendra des mesures extrêmement énergiques. Il y a quelques jours, on annonçait l'apparition de la peste à Kolobowka (Astrakan). Le 15 septembre, une conférence a eu lieu à Saint-Pétersbourg. Une commission pour en faire l'étude a été envoyée sur les lieux.

MESURES A PRENDRE EN FRANCE. — Le *Journal officiel* du

10 mars 1897 a publié un décret modifiant comme suit les règlements du 27 janvier et du 9 février relatifs aux provenances des pays contaminés par la peste.

Article 1er. — Est interdite l'importation en France et en Algérie des drilles, chiffons, laines sauf les tapis, des hardes ou vêtements, des objets de literie, des cuirs verts, des peaux fraîches, des débris frais d'animaux, des onglons, des sabots venant des pays directement ou indirectement contaminés.

Art. 2. — Le transit de ces objets est interdit en France et en Algérie.

Art. 3. — Sont exceptés de la prohibition les linges de corps, les vêtements, les objets de literie, transportés par les voyageurs pour leur usage personnel. Ces objets seront désinfectés.

Art. 4. — Les tapis vieux ou neufs seront aussi désinfectés.

Art. 5. — Aucun navire provenant d'une localité reconnue contaminée de peste ne pourra pénétrer en France que par Marseille, Alger, Pauillac, Saint-Nazaire, le Havre et Dunkerque.

Art. 6. — Tout colis contenant quelques-uns des objets visés aux articles 1er et 4 provenant d'un des ports de l'Océan Indien autre que ceux reconnus contaminés de peste, depuis Mascate jusqu'au cap Cormorin, doit être accompagné d'un certificat d'un agent consulaire français.

Ces prescriptions sont encore renforcées par d'autres « Règlements contre la Peste », en vigueur dans nos ports de la Méditerranée.

A. *Navires suspects.*— Les navires suspects (n'ayant pas eu à bord de cas de peste, mais provenant d'un point contaminé) sont soumis à une quarantaine qui ne peut être purgée que dans le lazaret.

Pour les personnes, la quarantaine d'observation est de cinq à dix jours pleins, soit au lazaret, soit à bord. La désinfection des effets est obligatoire.

La quarantaine des personnes demeurées à bord ne commence qu'après la désinfection du navire.

B. *Navires infectés.* — Les malades sont débarqués au lazaret, les personnes non malades sont soumises à dix ou quinze jours pleins de quarantaine.

La désinfection est de rigueur.

D'autre part, on a édicté les lois suivantes :

1° Tout navire arrivant en France doit, avant toute communication, être reconnu par l'autorité sanitaire; 2° La présentation d'une patente de santé à l'arrivée dans un port de France est obligatoire, en tout temps, pour les navires venant de tous les pays. Les navires français doivent avoir une patente signée par le consul français du port d'où ils viennent. Les navires étrangers doivent avoir les patentes contresignées par l'agent français. La patente doit être délivrée quarante-huit heures au plus avant le départ du navire.

Du reste, tout dernièrement, le gouvernement a pris des nouvelles mesures nécessitées par l'épidémie d'Oporto. Par un arrêté de septembre 1899, il est prescrit d'exercer une surveillance toute spéciale sur les départements de l'Ouest, qui sont en communication constante avec le Portugal.

Le 11 septembre, le Comité de direction du service sanitaire s'est réuni.

Le 21 septembre, le Conseil d'État a voté 294 000 francs de crédit pour protéger la France contre la peste. Ces crédits vont être employés à améliorer les postes sanitaires existant déjà dans certains ports et à créer des postes nouveaux.

Si la maladie gagnait le territoire français, il faudrait prendre des mesures sévères, ayant surtout pour but la désinfection rigoureuse des villes, et une minutieuse application des principes d'hygiène locale et individuelle.

Ce qui serait non moins important, ce serait la destruction des rats. Loriga (1), dans une Revue toute récente, indique plusieurs moyens. On peut les asphyxier, en insufflant dans les sous-sols des habitations, des vapeurs de soufre ou de sulfure de carbone, on peut aussi les empoisonner. Mieux vaudrait pouvoir communiquer aux souris et aux rats une affection épidémique et contagieuse, comme l'a fait Pasteur pour les lapins. Lœffler a indiqué le *bacillus typhi murium*, Danys le *coco bacillus murium*, etc. Ces mesures ne seraient, du reste, complètes qu'en luttant aussi contre les puces, les moustiques, etc. (Calmette).

Traitement. — Tous les traitements ont été expérimentés : il serait fastidieux de les passer en revue. D'après James Cantlie il n'est pas de maladie où les résultats d'une thérapeutique précoce soient plus appréciables. Pour cet auteur la très grande mortalité des Hindous serait due à ce qu'ils sont réfractaires à l'idée de se soumettre à un traitement. « Il faut toujours être sous la main du malade, les changements pendant la durée de la peste sont tellement rapides et foudroyants qu'il suffit parfois d'un retard de quelques minutes seulement pour déterminer une crise mortelle. »

a. Traitement symptomatique (Archambault). — L'adynamie peut être combattue par :

Extrait de quinquina	2	grammes.
Caféine .... } *ââ*	1	—
Benzoate de soude.. }		
Vaniline	5	centigrammes.
Sirop de punch.....	50	grammes.
Eau distillée........	100	—

Pour une journée.

On fera des inhalations d'oxygène.

Contre la fièvre, on prescrira du sulfate de quinine à haute dose, de l'antipyrine, des bains froids.

Contre les hémorragies, on emploiera : l'ergotine, les toniques, l'eau de Léchelle, de Rabel, etc.

Perchlorure de fer.......	1 à 2	grammes.
Sirop de ratanhia........ } *ââ*	25	—
— de café............ }		
Eau distillée..............	200	—

Par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

Contre le délire, la glace.

Contre la diarrhée, James Cantlie prescrit :

Morphine	1	centigramme.
Cocaïne	2	—
Beurre de cacao..........	Q. S.	

Pour un suppositoire.

Contre le vomissement, boissons gazeuses, champagne frappé, glace, potion de Rivierre.

Contre l'asthénie circulatoire, l'éther, l'alcool, la digitale.

Cantlie prescrit le musc à la dose de 25 centigrammes toutes les six heures.

Il sera indispensable de désinfecter les crachoirs, les vases, etc., on désinfectera aussi les chambres.

Les bubons seront enveloppés de compresses antiseptiques, ouverts quand ils seront mûrs, et pansés.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1898, p. 897 et 922.

On tentera, enfin, de provoquer la crise urinaire et sudorale par le jaborandi, la pilocarpine, des frictions d'huile, etc.

b. Sérothérapie. — Dès 1895, Yersin rentrait à Paris pour essayer d'immuniser les animaux. Déjà Roux, Calmette et Borrel avaient par inoculation de culture pesteuse chauffée, immunisé des lapins. Ils entreprirent d'immuniser des chevaux et les expériences se poursuivirent plus tard concurremment à Nha-Trang et à Paris. Pour ces immunisations, on prend une culture pesteuse sur gélose. On racle la couche superficielle de la gélose dans du bouillon. On chauffe à 58 degrés pendant une heure. On injecte de cette culture soit dans le péritoine soit dans les veines. La voie sous-cutanée peut aussi être prise, ce procédé plus sûr est plus long. Trois à quatre injections faites de quinze en quinze jours suffisent à vacciner un lapin.

C'est du sérum de ce lapin qu'on prit pour préserver un autre lapin d'une inoculation de peste virulente : l'animal guérit rapidement. Sur le cheval, Yersin tenta la même expérience. Il injecta une dose de culture pesteuse stérilisée, et de temps à autre à espaces réguliers, il pratiqua des inoculations à dose de plus en plus forte. Le sérum de ce cheval à la dose de 1/20 de centimètre cube préserva les souris toutes les fois qu'il fut injecté douze heures avant l'inoculation virulente qui tue toujours cet animal en trois jours. A la dose de 1/2 centimètre cube il guérit la souris inoculée depuis seize à vingt heures. Ces animaux ont été choisis pour le titrage du sérum. Les singes, eux aussi, ont été immunisés par ce sérum. Wyssokowitz et Zabolotny ont guéri de ces animaux présentant des signes évidents de la maladie et ils ont conclu que : 1° le sérum de Yersin guérit le singe s'il est injecté deux jours après l'injection de peste virulente; 2° le traitement par le sérum ne donne aucun résultat, s'il est fait vingt-quatre heures environ avant la mort des singes qui servent de contrôle ; 3° il faut inoculer 20 centimètres cubes de sérum actif au dixième. Donc, d'après ces recherches, « la sérothérapie antipesteuse était absolument fondée au point de vue scientifique, et il était bon de penser qu'on pourrait en retirer des résultats thérapeutiques » (Netter).

En juin 1896, Yersin partit pour Hong-Kong avec quelques flacons de sérum, mais comme il n'y avait plus de peste à l'hôpital, il se rendit immédiatement à Canton. Un jeune Chinois de la mission catholique était à ce moment atteint de peste et considéré comme perdu. Ce jeune homme, nommé Tsé, fut inoculé par le sérum six heures après le début du mal, à la dose de 10 centimètres cubes. A six heures et à neuf heures du soir, nouvelle injection. A partir de minuit le malade fut plus calme, et à six heures du matin la fièvre était complètement tombée, le malade guérit rapidement.

Deux autres cas ayant éclaté dans le même séminaire furent immédiatement traités, et le résultat dépassa toutes les espérances. A Canton ou à Amoy, 26 malades furent traités et 24 guérirent, la mortalité descendit de 90 p. 100 à 7 p. 100. Tous les malades traités le premier jour, le deuxième jour ou le troisième jour ont guéri, et la guérison a été rapide. Des malades inoculés le quatrième jour, 2 sont morts et 2 ont guéri. A Bombay, en 1897, où la peste était très virulente (peste pneumonique et septicémique), la mortalité a été de 34 p. 100 seulement (au lieu de 90).

Certains auteurs ont contesté, d'ailleurs, la valeur du sérum de Yersin. Les membres de la mission autrichienne, allemande et anglaise sont restés dans la plus expresse réserve. Les expériences de Wigura et Jassenki ne sont pas non plus satisfaisantes. « Le sérum antipesteux est sorti moins triomphant des épreuves de Bombay que de celles de Chine et d'Annam » (Netter). Yersin en a indiqué les raisons : 1° la peste de l'Inde est plus grave; 2° les formes pneumoniques et septicémiques y sont plus fréquentes; 3° la qualité du sérum est très importante au point de vue thérapeutique, et il est difficile de lui conserver son efficacité. Néanmoins, on peut dire que le sérum augmente, dans les statistiques les plus défavorables, les chances de guérison de 15 à 20 p. 100.

M. Roux a préparé du sérum au moyen de toxines solubles, tuant la souris à 1/80 de centimètre cube. Il trouve ce sérum moins actif que le sérum de Yersin. Lustig et Galeotti ont préparé des sérums antipesteux en inoculant de la toxine pesteuse qu'ils obtiennent par un procédé basé sur l'emploi de l'acide acétique. Ils ont aussi inoculé des malades. Le traitement a d'autant plus de chance de succès qu'il est commencé de meilleure heure; ils sont parvenus à guérir plusieurs cas de forme septicémique; mais leurs efforts ont toujours échoué en présence des formes pulmonaires. La quantité de ce sérum injectée est variable. Si la maladie est prise au début, 20 à 30 centimètres cubes suffisent et la guérison se produit en vingt-quatre heures. Si l'injection est faite le deuxième jour, il faudra une dose un peu plus forte (40, 50, 60); les bubons suppurent, mais la guérison se produit. Les effets de l'injection sont donc l'abaissement de la température de 1 à 2 degrés (—). La langue devient plus nette, le délire diminue, le cœur prend de la force, le pouls se régularise.

L'Institut Pasteur prépare du vaccin antipesteux en quantité suffisante pour parer à toute éventualité. On a installé, dans les écuries de Garches, un grand nombre de chevaux qui sont soumis à l'immunisation. Des dépôts ont été créés en France, à Pondichéry, au Tonkin. En outre, par décret du mois d'août 1899, l'Institut Pasteur est autorisé à vendre ou à distribuer du sérum.

Il sera bon d'avoir un sérum de moins d'un an, car il ne conserve pas ses propriétés au delà de cette date. On pourra néanmoins employer les flacons où il y aura seulement un léger trouble.

L'injection se fait avec une seringue à injection hypodermique; elle sera de 20 à 30 centimètres cubes ou davantage si l'on arrive auprès du malade le second ou le troisième jour. Quelques heures après l'injection, la fièvre commence à décroître, le bubon diminue, etc. Si l'état général ne s'améliore pas, on devra pratiquer de nouvelles injections.

Vaccination antipesteuse. — Le sérum antipesteux a la propriété de protéger de la peste, comme le prouvent les expériences de Calmette, Borrel et Yersin. Ce dernier auteur a immunisé 500 individus, 5 seulement ont été contaminés. Simond a fait des injections à 1 600 sujets, 9 seulement ont contracté la peste : la durée de l'immunisation est courte, en général de quatorze à quinze jours.

Jusqu'ici on s'était adressé aux animaux. On les avait immunisés, et c'est leur sérum qui servait à immuniser l'homme.

Haffkine a inoculé directement l'homme. Cet auteur prend un ballon dans lequel il met du bouillon stérilisé recouvert d'une couche de beurre, et qu'il inocule avec une culture de bacille de Yersin. Plusieurs fois dans un mois on agite le ballon, il se forme ainsi un dépôt au fond. Au bout d'un mois on met la culture dans des tubes scellés, on porte ces

tubes à 70 degrés durant une heure. Au moment de se servir du tube on l'agite, on y puise avec une seringue de Pravaz, on injecte sous la peau. Quelques heures après l'injection la température monte, il y a des frissons, un malaise général, de l'abattement, de la prostration des forces, souvent les ganglions se tuméfient. Haffkine, autrefois, faisait encore une inoculation, il s'en abstient maintenant, pourvu que la réaction soit assez intense. A Mors, 429 personnes sont inoculées et 571 ne le sont pas. La première série fournit 7 malades et pas de décès, la seconde 26 malades, 24 décès. A Lower-Damaun 6033 sujets ne sont pas inoculés, il en meurt 1482; 2197 sont inoculés, 36 meurent. La commission allemande composée de Koch, Gaffky, Stiker, Dieudonné, a émis un avis très favorable à l'emploi du procédé de Haffkine (Netter). La durée de l'immunité est de six à huit mois. Aux Indes, les gens qui prouvent qu'ils ont été vaccinés par le procédé de Haffkine, sont dispensés de l'isolement obligatoire pour ceux qui ont touché à des pestiférés. On ne leur fait pas non plus subir de quarantaine, ils peuvent enfin, garder chez eux leurs parents atteints de la peste (règlements de Madras, du Nord-Ouest et d'Oudh) [Netter]. A Oporto, la commission française composée des docteurs Calmette et Salimbrini, a réussi à faire adopter l'emploi thérapeutique du sérum et le système des inoculations préventives. Ils ont pratiqué non seulement des injections sous-cutanées mais encore des injections intraveineuses. Le succès a été complet; avant le traitement à l'hôpital il y a eu 15 cas et 15 décès, après sur 15 malades, il n'y a pas eu un seul mort.

En résumé, la sérothérapie de la peste donne des garanties très sérieuses, elle confère l'immunité, et si le vacciné est atteint de peste, la maladie est bien moins grave. Il faut savoir, pourtant, que si ce procédé est excellent pour lutter contre la peste ordinaire, il n'a qu'une valeur bien moindre jusqu'à présent dans la forme septicémique et pneumonique, et que la durée de l'immunité est limitée.

S'il est vrai que la peste entre dans une phase nouvelle d'expansion, il est certain que, grâce à la science et à la civilisation, elle trouvera en Europe un terrain réfractaire, sur lequel loin de s'étendre, comme au moyen âge, elle ne pourra que se développer avec peine.

Nous possédons, en effet, contre elle deux armes de premier ordre : l'hygiène et la sérothérapie.

Bibliographie.

Pour la bibliographie avant l'année 1886, voir MAHÉ, *Dict. des Sc. méd.*, art. PESTE; *Méd. mod.*, 1894. — CHARCOT-BOUCHARD. *Traité de médecine*, art. PESTE. — YERSIN. Acad. des sc., juill. 1895. — RENNIE. Rapport sur l'épidémie de Canton, 1894. — PROUST. *Traité d'hygiène.* — YERSIN. La peste à Hong-Kong, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894, p. 662; *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894; C.-R. du Cong. de Buda-Pesth, sept. 1894. — AOYAMA. *Centralbl. f. Bact.*, XIX, n° 12. — YERSIN, CALMETTE, BORREL. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895. — LOWSON. *The Lancet*, 1895.

NETTER. *Sem. méd.*, 1895. — YERSIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895. — YERSIN et ROUX. *Ibid.*, p. 589. — LANGLOIS. *Précis d'hygiène*, 1896. — MAHÉ. *Arch. de méd. navale*, 1896, p. 81, 161; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896, p. 416; *Normandie méd.*, 1896, p. 314. — MONOD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896, p. 195. — FISSENGER. *Janus Amst.*, 1896. — COLLIN. Acad. de méd., 1897; *Méd. mod.*, 1897, t. VIII, p. 27. — HÉRICOURT. *Rev. scient.*, 1897. — LANDOUZY. Traitement de la peste, *Presse méd.*, 1897, p. 61; *Corresp. méd.*, fév. 1897. — LEREBOULLET. *Gaz. hebd.*, 1897, p. 129. — PROUST. Défense de l'Europe contre la peste, Acad. de méd., 1897, p. 71, et *Tribune méd.*, 1897, p. 61. — ROUX. Acad. de méd., 1897, et *Gaz. des hôp.*, 1897, p. 100. — THOINOT. Histoire et géographie médicale, *Méd. mod.*, 1897, p. 33. — YERSIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897, p. 81; Traitement de la peste, *Bull. gén. de thérap.*, 1897. — DU MESNIL. La peste à Marseille, *Ann. d'hyg.*, 1895. — HAFFKINE. *Presse méd.*, 1897, p. 384. — ABEL. Le bacille pesteux, *Arch. méd. expérim.*, 1897. — METCHNIKOFF. Peste bubonique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897; *Presse méd.*, 1897, p 137; Bactériologie et anatomie pathologique, *Sem. méd.*, 1897, p. 211. — WYSSOKOWITZ et ZABOLONTY. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897. — YERSIN. *Ibid.*, 1897. — ABEL. *Centralbl. f. Bakt.*, 1897. — HAFFKINE. *Report on the...* etc., 1897; *Experiment*, etc., 1897; *Indian. med. Gaz.*, 1897. — SIMPSON et COBB. *Ibid.*, 1896. — WILM. *Ibid.*, 1897; *Hygienische Rund*, 1897. — CHILDE. *Ibid.*, 1897. — BROUARDEL. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, p. 388. — GERMANO. *Zeits. Hyg.*, 1897. — COLIN. *Ibid.*, 1897, p. 428. — LEREBOULLET. *Rev. d'hyg.*, 1897, p. 214. — MEIGE. *Nat. Par.*, 1897. — PICK. La peste à Vienne, *Sem. méd.*, 1897. — SURMONT. *Écho méd. du Nord*, 1897, p. 67. — PORQUET. *La peste en Normandie.* — DURANTE. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1897, p. 312. — RAUZIER. *Montpellier méd.*, 1897. — VAN DER STRICHT. Anatomie pathologique, *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1897. — VALLIN. Résistance du bacille pesteux, *Rev. d'hyg.*, 1897. — ZABOLOTNY. Propriétés agglutinantes du sérum, Soc. de biol., 1897. — NEPVEU. Lésions infectieuses de la peste, Acad. des sc., 1897; *Méd. mod.*, 1897. — ROSENTHAL. *Méd. mod.*, 1897. — ROUX. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, p. 71. — NOURY bey. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897. — PICK. *Sem. méd.*, 1898, p. 433. — HOJEL. *Indian. med. Gaz.*, 1897, p. 269. — CHILDE. *Brit. med. Journ.*, 1897. — NEPVEU. *Bull. de la Soc. biolog.*, 1897, p. 606. — BONNEAU. *Ann. de méd. navale*, 1897. — WYSSOKOWITZ. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897, p. 663. — ZABOLOTNY. Agglutination du sérum, *Presse méd.*, 1898, p. 23. — PROUST. *Défense de l'Europe*, 1897; *Bull. méd.*, 1897. — NEPVEU. Causes des troubles circulatoires dans la peste, *Marseille méd.*, 1897. — METCHNIKOFF. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897. — YERSIN. *Arch. de méd. navale*, 1897, p. 366. — LUSTIG et GALCOTTI. *Centralbl. f. Bakt.*, 1897. — TAPTUS. *Gaz. méd. d'Orient*, 1897, p. 195. — FAIVRE. *Bull. méd.*, 1898. — MATIGNON. *Méd. mod.*, 1898; *Ann. d'hyg.*, 1898, p. 277. — HAFFKINE. *Presse méd.*, 1898. — MATIGNON. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1898, et *Ann. d'hyg.*, 1898. — LANDOUZY. *Presse méd.*, 1898, p. 257. — LEWIN. *Ann. de méd. et de chir. infant.*, 1898, p. 586. — LUGARO. *Presse méd.*, 1898, p. 128. — BABÈS. *Ibid.*, p. 36. — DEBOVE et ACHARD. Art. PESTE, t. VIII. — SICAR. The simptom and diagnostic, *Indian med. Record*, Calcutta, 1898. — BANDI e Stagnitta BALISTRERI. *Ann. d'Ig. sperimentale*, 1897. CHILDE. The Pathology of..., *Brit. med. Journ.*, 1898, p. 858. — GABRIELCHEWSKY. Sérum antipesteux, *Presse méd.*, 1898, p. 280. — MOSNY. *Rev. de Paris*, 1897. — THIERRY. *Rev. diplomat.*, 1897. — LANDON. *Presse méd.*, 1898. — QUEIREL. *Ann. d'hyg.* — SIMOND. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898. — HANKIN. *Ibid.*, 1898. — JOUSSET. *Méd. mod.*, 1898. — SIMOND. Propagation de la peste, *Rev. scient.*, 1898. — CRITZMANN. Peste bovine et humaine, *Ann. d'hyg.*, 1898. — GIAXA et GOSIO. *Ann. Igiene e Speriment.*, 1896, p. 261. — HAGUES. *Indian med. Gaz.*, 1898; *Bull. de thérap.*, 1898. — PRIEUR. *Tribune méd.*, 1898. — LANDOUZY. *Les sérothérapies.* — PROUST. Distribution géographique de la peste, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899. — LANDOUZY. *Rev. méd.*, 1897; Cours de l'Institut Pasteur; *Deuts. Med. Woch.*, 1897, n° 17; *Ibid.*, 1898; *Liverpool Med. Journ.*, 1898. — GALEOTTI. *Settimana med.*, 1898. — SINHA. *Indian. med. Record*, 1898. — SCHILLING. *Munsch. Woch.*, 1898. — BLANDI. *Annale d'Igiene*, Roma, 1898; Pneumonie pesteuse, *Presse méd.*, 1899, p. 144; *Sem. méd.*, 1899; *Ann. méd. de Caen*, août 1899. — LEUMANN. *Indian med. Gaz.*, 1898. — ARCHAMBAULT. *La peste*, 1898. — FABRE. *Zeitsch. f. Hyg.*, 1899. — KOCH. *Deutsch. Med. Wochens.* — BENNET et BANNERMANN. *Indian*

med. Gaz., juin 1899. — Lion. *Thérapeutique.* — Loriga. *Rev. d'hyg.*, août 1899. — Batzaroff. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1899 ; La peste à Oporto, *Sem. méd.*, sept. 1899 ; *Prog. méd.*, 2 sept. 1899. — Trekaki. *Arch. Orient. de méd. et de chir.*, mai et juin 1899. — Matignon. *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, juin 1899. — Loriga. Prophylaxie de la peste, *Rev. d'hyg.*, 20 août 1899 ; *Année méd. de Caen*, 15 août 1899. — Netter. *Presse méd.*, sept. 1899, 3 numéros. — Ivo Bandi. *Rev. d'hyg.*, 20 sept. 1899. — Vidal. Traitement, *Arch. de thérap.*, sept. 1899. — L. Cheinisse. Symptomatologie, *Sem. méd.*, sept. 1899.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Internat en médecine. — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 16 octobre à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Marine. — M. le médecin de première classe de réserve Doury, du port de Rochefort, est maintenu, sur sa demande, dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

Statistique. — Mortalité à Paris du 17 au 23 septembre 1899 (38e semaine), 698 décès ; ce chiffre, qui est le plus bas qu'on ait observé depuis le commencement de l'année est sensiblement inférieur à la moyenne des semaines de septembre (865). La fièvre typhoïde continue pourtant à présenter un chiffre relativement élevé (21 décès au lieu de la moyenne 7). Ce chiffre est voisin de celui des trois semaines précédentes ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est heureusement en sensible diminution (117 au lieu de 146 la semaine précédente). Les autres maladies épidémiques sont rares. La rougeole, toujours rare en automne, n'a causé que 5 décès ; la coqueluche 2, et la diphtérie seulement 1. La diarrhée infantile continue à diminuer. Elle n'a causé que 52 décès de 0 à 1 an, au lieu de 83, moyenne ordinaire des semaines de septembre. La fraîcheur de la température actuelle est sans doute cause de cet heureux résultat. Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 53 décès (au lieu de 49 pendant la semaine précédente et au lieu de 60, moyenne ordinaire de la saison).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Amat, médecin-major de première classe en retraite, médecin des bureaux de bienfaisance de Paris, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, décoré de la Légion d'honneur et de plusieurs autres ordres ; Barthélemy (de Nantes) ; Piéchaud, médecin du Sénat ; Renard (de Pithiviers).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 112. — MARDI 3 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 3 OCTOBRE 1899. — N° 112

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Le 10 octobre 1853, *une donation faite à la* Gazette des hôpitaux *avait eu pour but de permettre la réception du journal, à prix réduit, aux médecins et aux étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.*

Notre regretté Directeur, M. le docteur E. Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, avait pensé qu'il fallait faire mieux et substituer à la demande, toujours un peu délicate, de réduction de prix, le droit pur et simple à cette réduction.

La mort l'a empêché de réaliser lui-même ce projet, mais par suite des dispositions qu'il a prises, nous sommes en mesure aujourd'hui d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, pour tous, à dater du 1er janvier* 1900 :

FRANCE.	15 FR. PAR AN
UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs par an. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les renouvellements.*

DES ACCIDENTS DUS A L'ÉLECTRICITÉ

Soins à donner aux foudroyés (1).

Par M. C. WALCKENAER, ingénieur en chef des mines, membre du Conseil d'hygiène de la Seine.

Dans sa séance du 4 décembre 1894, l'Académie de médecine a adopté le texte d'une instruction sur « les premiers soins à donner aux foudroyés victimes des accidents électriques ». Le 19 août suivant, le ministre des Travaux publics a adressé aux préfets une circulaire, portant instructions sur les secours à donner aux personnes foudroyées par suite d'un contact avec des conducteurs d'électricité : ces instructions étaient spécialement destinées aux ingénieurs et agents des ponts et chaussées chargés du contrôle des canalisations électriques sur la grande voirie. Pour les soins médicaux proprement dits, l'instruction ministérielle du 19 août 1895 reproduit exactement les prescriptions de décembre 1894 de l'Académie de médecine. Mais, en outre, elle traite d'une question d'ordre technique qui, dans bien des cas, se pose et se pose la première, lorsqu'il s'agit de porter secours à un foudroyé : c'est celle des moyens à employer pour supprimer toute communication entre le corps de la victime et la source d'électricité : il n'y a pas un instant à perdre à cet égard, et cependant on ne doit agir qu'avec une extrême prudence, car la situation de la victime peut être aggravée par toute manœuvre maladroite et les sauveteurs risquent d'être foudroyés à leur tour, comme on l'a vu par le triste accident du 28 juillet 1898 à Puteaux.

Mesures de préservation à l'égard de la personne foudroyée et des sauveteurs. — Il est malheureusement certain que sous ce rapport l'instruction ministérielle du 19 août 1895 ne saurait suffire, et il semble que d'autre part, en elle-même, elle ait besoin d'être revisée.

Lorsqu'un accident électrique se produit, deux cas peuvent se présenter : ou bien il se trouve, parmi les personnes présentes, un ou plusieurs électriciens au courant de l'installation, et dans ce cas c'est la présence d'esprit et le savoir technique de ces professionnels qui sont les meilleures garanties d'un sauvetage habile et prudent; ou bien il ne se trouve que des personnes incompétentes, et l'on ne peut guère espérer qu'elles mettent à profit, sans danger pour elles-mêmes et pour la victime, ces instructions complexes, comportant certaines opérations qui peuvent être périlleuses si elles ne sont pas judicieusement exécutées ou si la tension électrique dépasse certaines limites. Le syndicat professionnel des industries électriques a bien voulu nous faire remarquer que ces instructions permettent au sauveteur de toucher la victime, lorsqu'elle est encore en contact avec un conducteur électrisé, après s'être recouvert les mains de gants épais, et que des gants en peau ne donneraient aucune protection. L'observation est intéressante et mérite d'être retenue; mais elle ne semble pas être la seule à laquelle prêtent ces instructions générales.

Nous avons dit que le ministre des Travaux publics s'occupait de reviser la réglementation résultant des arrêtés préfectoraux du 15 septembre 1893 : nous espérons que sa nouvelle étude portera aussi sur ces instructions relatives aux secours.

Ce qui rend, d'ailleurs, fort difficile la rédaction d'instructions de ce genre, c'est la généralité qu'on a cherché à leur donner. Les mêmes mesures ne sont pas à préconiser

(1) Extrait d'un rapport au Conseil d'hygiène de la Seine (*Rev. d'hyg.*, 20 sept. 1899).

partout. La nature et la tension des courants, les circonstances diverses de chaque installation modifient les avis à donner au public pour le cas où il se trouve en présence d'un accident. Il importe que ces avis soient simples, courts, appropriés à chaque lieu, et susceptibles d'être suivis sans péril par des personnes inexpérimentées. Ne faudrait-il pas, dans bien des cas, placer en toute première ligne les deux mesures que voici : manœuvrer d'urgence l'interrupteur du poste de coupure le plus voisin; envoyer quelqu'un prévenir en hâte l'usine génératrice. Or de ces deux mesures la première n'est pas mentionnée dans l'instruction de 1895, l'autre n'est indiquée que subsidiairement, à défaut de pouvoir employer d'autres moyens. Sur des lignes installées avec des postes de coupure suffisamment rapprochés et bien disposés, ces prescriptions constitueraient, à coup sûr, la partie la plus utile de l'affiche à mettre sous les yeux du public.

Il serait, en outre, bien nécessaire que les abonnés des usines électriques fussent avertis d'avoir, dans l'intérêt de la sécurité, à prévenir l'usine quand ils subissent une extinction ou observent un trouble dans le fonctionnement de leurs appareils. Lors de l'accident de la ligne de Saint-Denis à Épinay, l'usine d'Épinay observe un trouble, téléphone à celle de La Chapelle, fait arrêter le courant, on sauve l'homme; lors du dernier accident à Levallois-Perret, certains abonnés éprouvent une extinction de leurs lampes, mais ne disent rien : le lendemain matin, on trouve le sieur B... mort.

Soins médicaux. — Supposons maintenant la victime isolée de toute communication avec la source dangereuse d'électricité. Il faut procéder le plus vite possible aux soins médicaux, même si elle présente les apparences de la mort. Suivant la formule classique adoptée par M. d'Arsonval, un foudroyé doit être traité comme un noyé, et l'exemple d'un accident de mai 1894 montre que, même en cas d'accident très sévère, même un long temps après l'électrocution, des soins intelligents et persévérants peuvent être couronnés de succès.

L'utilité de ces soins résulte de ce que l'électricité peut agir sur l'organisme humain, comme l'ont montré Brown-Séquard et M. d'Arsonval, de deux façons différentes :

1° Par lésion ou destruction des tissus (effets disruptifs et électrolytiques de la décharge);

2° Par excitation des centres nerveux, produisant divers effets, souvent complexes, parmi lesquels l'arrêt de la respiration, la syncope (1).

C'est à cette seconde classe d'effets que des mesures ramenant artificiellement la respiration peuvent remédier, au bout d'un temps plus ou moins long, même dans des cas où il y a mort apparente.

L'idée générale que l'on se faisait des phénomènes, jusqu'à ces derniers temps, était que les courants continus n'exerçaient que le premier mode d'action, tandis que les courants alternatifs exerçaient surtout le second mode.

Des expériences récentes de MM. J.-L. Prévost et F. Battelli, exécutées au laboratoire de physiologie de l'Université de Genève, sur des chiens, des chats, des cobayes, des lapins et des rats, tendent toutefois à altérer un peu la simplicité de cette notion (2). Parmi les effets de la seconde classe, ceux qui s'exercent par excitation des centres nerveux, il y a une distinction à établir : le cœur peut être affecté de deux façons. Si l'on soumet un chien, par exemple, pendant quelques instants, à un courant alternatif à haute tension (2400 ou 4800 volts) passant de la tête aux pieds, on observe « des troubles graves du système nerveux... Le cœur offre une accélération des contractions des ventricules, avec élévation considérable de la pression artérielle, qui dure plusieurs secondes et qui est suivie d'une chute modérée de la pression avec ralentissement du cœur. Les oreillettes sont arrêtées en diastole pendant que les contractions ventriculaires persistent. L'animal est en grand danger de mort; mais il peut, dans certains cas, se remettre spontanément, et souvent être sauvé par la respiration artificielle. »

Au contraire, un courant alternatif à tension relativement basse, égale ou inférieure à 120 volts, agissant de la tête aux pieds pendant au moins une seconde, fait apparaître des trémulations fibrillaires des ventricules du cœur. Les oreillettes continuent à battre, comme lorsqu'on électrise directement le cœur mis à nu. L'animal meurt donc de cette forme de paralysie du cœur avec chute immédiate de la pression. La respiration continue pendant plusieurs minutes. La respiration artificielle est alors sans effet favorable... « Le courant continu exerce des effets analogues : les chiens meurent par paralysie du cœur avec des tensions relativement basses (50 à 70 volts), tandis que la respiration continue encore pendant plusieurs minutes. Les ventricules présentent des trémulations fibrillaires..., les oreillettes continuent à battre. Il est par conséquent inutile, en pareille circonstance, de pratiquer la respiration artificielle. » D'après ces auteurs, il est inexact que les courants continus ne soient dangereux, comme l'avait pensé M. d'Arsonval, que par l'extra-courant de rupture : « La respiration et la sensibilité se comportent de même, qu'il y ait ou non des secousses de fermeture ou de rupture. Les convulsions sont, au contraire, souvent provoquées par les secousses de rupture. Quant au cœur, les trémulations fibrillaires peuvent survenir sans que le circuit soit fermé ou ouvert brusquement. »

La paralysie du cœur est irrémédiable chez le chien, mais non chez d'autres animaux. Chez le lapin, l'état fibrillaire du cœur n'est généralement que momentané. Chez certains animaux, une excitation électrique violente peut faire cesser les trémulations fibrillaires.

Il est à souhaiter que les progrès de la science et de l'observation parviennent à rendre de plus en plus complètes nos connaissances sur les effets physiologiques des courants électriques chez l'homme et sur les moyens d'y remédier. Pour le moment, nous ne pouvons que proposer de s'en tenir aux méthodes de l'Instruction de l'Académie de médecine, en pratiquant sur les foudroyés la respiration artificielle.

Mais l'application de cette méthode comporte une observation importante. Lorsqu'un accident électrique survient, il n'est pas à prévoir qu'il se trouve souvent à point nommé un Maurice Leblanc ou un Picou pour pratiquer sur le foudroyé la respiration artificielle. Comme nous l'avons déjà dit à propos des précautions d'ordre technique, il arrivera généralement que les personnes survenant sur le lieu de l'accident seront toutes plus ou moins incompétentes. Voici un foudroyé qui pourrait peut-être être rappelé à la vie si, parmi ces personnes, il s'en trouvait quelqu'une sachant lui donner les soins nécessaires.

Mais si cette personne n'a que la connaissance théorique, pour ainsi dire, du traitement à appliquer, osera-t-elle,

(1) Communication de M. d'Arsonval à l'Académie des sciences, les 4 avril 1887 et 21 mai, 1894, *C. R.*, t. CIV, a. 378, et t. CXVIII, p. 1139.

(2) *C. R. de l'Acad. des sc.*, 13 et 27 mars 1899, t. CXXVIII, p. 668 et 812.

saura-t-elle tirer la langue de la victime, lui faire manœuvrer les bras de la manière et avec la cadence voulues? Il est à craindre qu'elle s'abstienne par timidité, par crainte de mal faire, ou qu'effectivement elle s'y prenne mal.

Jusqu'à présent, pour faire connaître au public les soins à donner, pour en assurer, dans la mesure du possible, l'administration aux foudroyés, on s'est borné à l'affichage, en divers lieux, des instructions officielles. La mesure est excellente, mais suffit-elle? Ce qu'il faudrait, c'est qu'un nombre aussi grand que possible de personnes, parmi le public, eût à l'avance la notion pratique, et, si faire se pouvait, l'expérience même de ces soins. Ne serait-il pas possible de créer, avec l'aide des principales sociétés de sauveteurs, d'ambulanciers et de secouristes (1), un mouvement dans ce sens? Les conférences qui seraient faites, les exercices pratiques qui auraient lieu à la diligence de ces sociétés, pourraient porter à la fois sur les deux ordres de mesures dont il a été successivement parlé : précautions d'ordre technique, soins médicaux. L'éducation donnée ainsi au public comblerait les lacunes que les avis affichés, les instructions écrites, laissent inévitablement subsister. Il arriverait alors qu'au moment d'un accident, il y aurait chance que, parmi le public, se trouvât plus souvent une personne compétente, qui prendrait l'initiative et la direction des secours et des soins à donner. Cette campagne profiterait aux noyés en même temps qu'aux foudroyés.

LA GLANDE THYROIDE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES (2)

Par le docteur Marcel GARNIER,
Ancien interne des hôpitaux.

I

L'appareil thyroïdien se compose, chez l'homme et chez les mammifères, de deux parties : la thyroïde proprement dite et les parathyroïdes.

La thyroïde est un organe glandulaire décomposable en lobes et en lobules, et chaque lobule est formé par l'assemblage d'un certain nombre de vésicules ou follicules. A l'état de repos, l'acinus est représenté par une sphère cellulaire pleine ; quand il entre en activité, il se dilate ; le produit de sécrétion ou matière colloïde s'accumule alors dans l'intérieur de sa cavité, et c'est cet acinus distendu qui mérite le nom de vésicule. La sécrétion glandulaire se fait par suite de la transformation de la cellule thyroïdienne qui, d'abord claire (cellule principale de Langendorff), devient bientôt granuleuse (cellule colloïde) et se fond ensuite dans le contenu vésiculaire. Quand la vésicule est trop distendue, elle laisse échapper la matière colloïde qui passe dans les lymphatiques de la glande; et sur les thyroïdes en état d'activité fonctionnelle, on surprend souvent ce temps d'excrétion.

Les parathyroïdes sont des organes épithéliaux situés à côté de la thyroïde, dont elles diffèrent complètement par leur structure. Leur mode de sécrétion n'est pas encore élucidé.

II

Dans les maladies infectieuses aiguës, l'appareil thyroïdien est souvent lésé ; les altérations sont plus fréquentes au niveau de la thyroïde que des parathyroïdes; elles le sont davantage chez l'adulte que chez l'enfant.

Au premier degré, la modification consiste uniquement en un réveil de l'activité glandulaire, toujours affaiblie chez l'adulte ; la thyroïde se met à sécréter abondamment, elle présente alors un aspect identique à celui des glandes hyperexcitées; la pilocarpine ou l'iode modifient la thyroïde de la même manière qu'une maladie infectieuse. Mais, tandis que, dans ce cas, le processus se borne à une hypersécrétion, l'infection produit parfois des désordres plus grands; les cellules n'évoluent plus selon le mode normal; la matière colloïde perd ses propriétés fondamentales, elle change d'aspect, de forme, de coloration. Enfin dans quelques cas, il y a arrêt de la sécrétion colloïde ; après l'*hyperthyroïdation* et la *dysthyroïdation*, le processus aboutit à l'*athyroïdation*.

A côté de ces altérations du parenchyme même de la glande, évoluent parallèlement des lésions interstitielles, portant en particulier sur les vaisseaux : hémorragie, artérite, phlébite.

Les parathyroïdes présentent dans quelques cas un état particulier, les cellules semblent atrophiées, comme épuisées par une sécrétion trop abondante.

Ces lésions ne diffèrent pas sensiblement, suivant les diverses maladies infectieuses que nous avons étudiées ; cependant la scarlatine s'accompagne d'une hypersécrétion souvent considérable ; la diphtérie produit plutôt la dysthyroïdation.

Chez les animaux, les lésions produites par l'injection des microbes ou par celles de toxines, sont souvent beaucoup plus profondes; il y a des nécroses cellulaires étendues avec tuméfaction du noyau. Les toxines, en particulier la toxine diphtérique, amènent d'abord une transformation colloïde complète de la glande, puis la destruction du tissu.

III

Dans l'hérédo-syphilis, la thyroïde est en général frappée : le processus normal de la sécrétion colloïde est arrêté; il y a aussi des foyers de nécrose cellulaire. Nous n'avons pas rencontré de gommes.

IV

La tuberculose peut atteindre la thyroïde soit directement, soit indirectement. Quand le bacille de Koch vient coloniser dans la glande, sa présence entraîne la formation de granulations tuberculeuses ; autour du centre caséeux, il y a une infiltration de cellules rondes, au milieu desquelles on reconnaît parfois des vestiges de formation thyroïdienne. La méthode de Ziehl y montre l'existence de bacilles de Koch.

Mais la tuberculose peut aussi agir à distance sur la thyroïde ; c'est ainsi que l'on rencontre communément chez les phtisiques une sclérose thyroïdienne avec atrophie de la glande.

Expérimentalement, nous n'avons jamais trouvé de granulations tuberculeuses chez les animaux tuberculeux. Pour en reproduire, il faut injecter des cultures de bacilles de

(1) Ces sociétés sont assez nombreuses dans le département de la Seine. Citons les suivantes :
Ambulanciers de France (Dr Frébault), 19, rue Cler.
Société nationale de sauvetage, 148, faubourg Saint-Denis.
Association philomatique, 38, rue de la Verrerie.
Hospitaliers-sauveteurs, 8, rue de la Tacherie.
Ambulanciers-brancardiers (Dr Rousseau), 57, rue des Martyrs.
Sauveteurs-ambulanciers, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.
Société parisienne de sauvetage, 71, avenue Henri Martin.
Société française de sauvetage, mairie de Courbevoie.
Secouristes français, 11, rue Honoré-Chevalier.
Société du dernier adieu, 17, avenue Niel.
Ambulanciers du XVIIIe arrondissement, 16, rue Hermel.

(2) Th. de Paris, 1899. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Koch dans l'artère thyroïdienne. On assiste alors à la formation de granulations dans la thyroïde.

V

Le rôle de la thyroïde dans les maladies infectieuses reste encore obscur ; il est sans doute efficace, et les modifications que l'on trouve dans la glande sont pour la plupart des lésions réactionnelles. Mais son influence semble être indirecte ; en effet, la résistance de l'animal ne paraît pas changée après l'ablation de la thyroïde.

MÉDECINE PRATIQUE

La cure de raisins.

Avec l'automne, voici le moment propice à la cure de raisins. Il n' est pas inutile de rappeler en quoi elle consiste. Voici donc quelques renseignements que nous fournit à ce sujet la *Gazette des eaux* :

La dose moyenne de raisins pour les vingt-quatre heures est de 3 à 4 livres, les tuberculeux s'en tiendront à un kilogramme. Ces quantités doivent d'ailleurs varier suivant les individus. On commence par de faibles quantités, puis après une durée de cinq à six semaines, durée moyenne de la cure ainsi que cela se pratique à Montreux, on diminue progressivement la quantité de raisins.

La quantité fixée sera divisée, pour la journée, en trois parts. On commencera le matin, à jeun, par une demi-livre, puis une nouvelle portion entre onze heures et midi et la troisième entre cinq et six heures du soir. Les malades qui supportent mal les raisins à jeun prendront la première portion une heure après le déjeuner. Quant au régime il doit être extrêmement modéré.

Afin de prévenir l'irritation des gencives, accident qui peut se produire pendant la cure, il est bon de se rincer la bouche avec de l'eau fraîche à laquelle on peut ajouter du bicarbonate de soude. Il est enfin préférable de prendre les raisins chez soi, ou en se promenant.

Les effets physiologiques et les indications de cette cure ont été bien résumés par M. Benno-Laquer (de Wiesbaden) dans un travail récent (1).

D'après lui, trois à quatre livres de raisin activent l'assimilation des albuminoïdes, diminuent légèrement la quantité de l'urée et l'acidité des urines. Une quantité de quatre à cinq livres provoque la diarrhée, exalte les fermentations intestinales et augmente le taux des éthers sulfo-conjugués urinaires ; elle fait diminuer le poids du corps par soustraction de liquide. Si la peau du raisin est absorbée avec le reste, l'action purgative est neutralisée par les substances tanniques qu'elle contient.

De ces données découlent les indications suivantes : dans l'obésité, l'effet déshydratant fait diminuer le poids du sujet. D'un autre côté, au cours d'une cure d'amaigrissement, le raisin est agréable au patient : il étanche la soif dont celui-ci souffre de par le fait de son régime.

Dans la goutte, le raisin est utile parce qu'il diminue l'acidité urinaire et parce qu'il est un dépuratif rénal. Pour cette même raison, il fait du bien aux brightiques. Les malades atteints de la gravelle et de lithiase rénale en bénéficient également. Parmi les affections gastro-intestinales susceptibles d'être améliorées par le raisin, l'auteur cite les dyspepsies nerveuses, avec ou sans acides, la constipation, contre laquelle il fait prendre du jus de raisin fraîchement exprimé. Il le déconseille dans les affections hépatiques, redoutant la glycosurie alimentaire.

Enfin, la cure de raisin peut être utilement associée au traitement hygiénique, climatérique et hydrothérapique des névroses, des anémies et chloroses constitutionnelles, maladies dans lesquelles la constipation occupe souvent une place importante, et où l'action suggestive de la cure de raisin joue un rôle considérable.

(1) *Zeits. f. diæt. und physik Therap.*, et *Journ. des prat.*

Traitement de l'hydrorrée nasale par l'usage interne de l'atropine associée à la strychnine.

Contre le coryza spasmodique à forme hydrorréique se produisant en toute saison (et non pas en été seulement, comme la fièvre des foins proprement dite), M. le docteur M. Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, a recours avec succès à l'usage interne de l'atropine associée à la strychnine. Le premier de ces produits modère l'hypersécrétion de la muqueuse sans modifier la vaso-dilatation nasale que diminue précisément la strychnine, d'où la nécessité d'administrer les deux médicaments à la fois pour obtenir un effet thérapeutique complet.

Notre confrère se sert de la formule suivante :

Sulfate d'atropine..........	0gr005 milligr.
— de strychnine........	0gr05 centigr.
Sirop d'éc. d'oranges amères.	400 grammes.

F. S. A. — A prendre : une ou deux cuillerées à bouche par jour, au moment des repas.

Pendant les dix premiers jours, le malade absorbe quotidiennement une cuillerée à bouche et pendant les dix jours suivants la dose est de deux cuillerées à bouche. Après vingt jours de traitement, on suspend la médication pour observer son effet, qui parfois est lent à se produire, puis, au bout de deux semaines, on administre de nouveau et de la même façon le sirop ci-dessus formulé. Localement on se borne à l'usage d'une pommade nasale anodine.

Sous l'influence de ce traitement, on obtiendrait la guérison de l'hydrorrée nasale dans la plupart des cas.

La médication dont il s'agit a été généralement bien supportée par les malades de M. Lermoyez. Deux patients seulement l'ont mal tolérée : l'un s'est plaint de congestion céphalique intense avec bourdonnements d'oreilles après les repas ; l'autre a accusé une sensation pénible de serrement à la tête. (Le Marc'hadour, in *Rev. intern. de méd. et chir.*)

Le protargol dans le traitement des affections du nez, du pharynx et du larynx (1).

Le docteur de Stella a utilisé ce médicament dans la pratique rhino-laryngologique.

Dans les affections du nez, il a obtenu des résultats éclatants, en particulier dans les rhinites purulentes aiguës avec ou sans fausses membranes, en employant la solution à 1/10 en badigeonnages quotidiens. Il a toujours guéri la blennorragie nasale dans un délai de quinze jours à trois semaines, et procède de la facon suivante : s'abstenant soigneusement de toute injection, il commence par débarrasser le nez des croûtes et du pus, et badigeonne en règle les méats tous les deux jours. En revanche, le protargol est inférieur à l'acide lactique pur dans les affections lupiques et tuberculeuses de la muqueuse nasale.

Pour les pharyngites chroniques hypertrophiques, il est plus efficace en badigeonnages que la solution d'iode iodurée ; dans les pharyngites chroniques atrophiques, il rend des services signalés à condition que le malade se badigeonne le naso-pharynx deux fois par jour. Enfin il soulage très bien de la sensation de sécheresse et de la brûlure de l'arrière-gorge que l'on observe dans les pharyngites atrophiques essentielles des vieillards.

L'auteur a systématiquement substitué le protargol au nitrate d'argent dans les laryngites chroniques, dans les nodules des cordes, dans la pachydermie ; ce nouveau médicament, à la dose de 2 p. 100 à 1 p. 10, lui a donné des résultats constants et a même, sur ce dernier, des avantages

(1) *Gaz. méd. belge*, 1899, n° 44, et *Rev. hebd. de laryngol.*, 16 septembre 1899.

réels; il ne provoque en particulier jamais comme celui-ci, même à 1/10, des spasmes violents, au cours d'un attouchement laryngé.

Pour obtenir des résultats certains, il faut employer des solutions de 5 à 10 p. 100.

Le protargol dans la thérapeutique oculaire.

Le docteur Valençon (1), étudiant l'emploi du protargol, précise les indications de ce médicament.

Il en a obtenu d'excellents effets dans les conjonctivites à bacilles de Wecks, à gonocoques, et à diplobacilles.

Dans la conjonctivite purulente à gonocoque, en particulier, on constate une très rapide amélioration par des attouchements faits deux fois par jour, et combinés avec des instillations de collyre à 5 p. 100. En huit jours, la sécrétion est tarie, en général, et la guérison est complète en quinze jours.

La conjonctivite à diplobacilles est sujette à des rechutes combattues plus sûrement par le sulfate de zinc.

L'auteur a observé de bons effets dans les blépharo-conjonctivites non spécifiques et dans les dacryocystites.

Pour les badigeonnages, employer la solution à 20 p. 100 ou à 33 p. 100; pour les collyres, celle à 5 p. 100 est le plus souvent suffisante.

L'élixir parégorique dans le traitement du mal de mer.

Le docteur Poussié, médecin de la marine marchande, a obtenu d'excellents résultats contre le mal de mer, surtout chez des femmes nerveuses, en employant l'élixir parégorique.

Rappelons que l'élixir parégorique du Codex français diffère de l'élixir anglais.

Elixir parégorique du Codex français.

Extrait d'opium sec	3	grammes.
Acide benzoïque	3	—
Camphre	2	—
Huile d'anis	3	—
Alcool à 6 degrés	650	—

Dix grammes de cette teinture renferment 0g05 centigrammes d'extrait d'opium et 0g01 centigramme de morphine.

Elixir parégorique du Formulaire anglais.

Opium brut	40 grains.	2g40
Acide benzoïque	40 —	2g40
Camphre	30 —	1g80
Essence d'anis	1/2 drach.	xxx gouttes.
Alcool	1 pint.	600 grammes.

On voit donc que l'élixir parégorique anglais est moins fort que le français. Il faut donc en donner environ un tiers en plus.

L'auteur prescrit l'élixir parégorique à la dose d'une demi-cuillerée à café dans un peu d'eau.

Ordinairement en un quart d'heure, au mal de mer, succède une douce somnolence.

L'élixir parégorique a de plus l'avantage de ne laisser aucun malaise à sa suite. Au débarquement, la personne malade se trouve immédiatement à son aise.

FORMULAIRE

Emploi des pâtes soufrées contre l'acné juvénile.

Les préparations soufrées employées habituellement contre l'acné sont des lotions additionnées de glycérine ou des pommades, contenant les unes et les autres une quantité relativement faible de soufre. Or, d'après M. le docteur Vieil (de Cannstatt), il serait préférable de se servir à cet effet d'une pâte riche en soufre et ne renfermant pas de glycérine, que l'auteur formule ainsi :

Soufre sublimé	āā 20 grammes.
Alcool	
Eau	
Mucilage de gomme arabique	6 —

Mêlez. Usage externe.

Ce mélange est appliqué matin et soir sur les parties atteintes. S'il produit une très forte irritation, on le remplace par une pâte à l'acide borique dont la teneur en soufre varie, selon la sensibilité de la peau du patient, de 1 à 50 p. 100. (*Union pharmaceutique.*)

Chute des cils.

Si les cils tombent sans rougeur, sans inflammation des paupières, soigner l'état général kystique ou arthritique et prescrire des onctions locales avec :

Vaseline	5 grammes.
Huile de ricin	2 —
Acide gallique	0,50 centigrammes.
Essence de lavande	IV gouttes.

(A. TROUSSEAU.)

VARIÉTÉS

Le décanat de Guy Patin (1),

Par le docteur A. CORLIEU.

SUITE DES DÉPENSES. — CHAPITRE III

Dépenses ordinaires pour les messes, décès et remboursements.

Pour le service annuel pour le repos de l'âme de Me Guillaume Lusson, docteur en médecine, d'après son testament, j'ai distribué aux docteurs présents .... 25 *livres.*

Pour les messes et obits du mois de novembre 1650, payé aux quatre prêtres .... 11 *liv.* 2 *sous.*

Pour les messes et obits du mois de décembre 1650, payé aux mêmes .... 15 *liv.* 10 *sous.*

Pour les messes et obits du mois de janvier 1651, payé .... 11 *livres.*

Pour les messes et obits des mois de février et mars .... 20 *liv.* 10 *sous.*

Pour les messes et obits d'avril, mai et juin... 23 *livres.*

Pour les messes et obits de septembre et octobre. .... 16 *liv.* 15 *sous.*

Pour l'obit de Me Michel De Colonia, payé à chaque docteur présent .... 8 *livres.*

(fo 471). Remboursements pour l'ancien, les six professeurs, le doyen et le censeur :

A Me Jean de Bourges, professeur de pathologie. 2 *livres.*
A Me Gilbert Puylon, professeur de physiologie. 2 —
A Me Germain Préaux, professeur de chirurgie. 2 —
A Me François Blondel, professeur de botanique. 2 —
A Me Paul Courtois, censeur .... 2 —
A Me Antoine Charpentier, professeur de pharmacie .... 2 *livres.*
A Me Martin Akakia, second professeur de pharmacie. .... 2 *livres.*
A Me Jean Riolau, l'ancien .... 4 —
A Me Guy Patin, doyen .... 4 —

Aux deux bedeaux, pour leurs fonctions aux messes et aux obits, pour fourniture du vin et des pains azymes, pour blanchissage des linges d'autel, pour le nettoyage des écoles, pour fourniture du papier et des plumes, toute l'année .... 24 *livres.*

Au nommé Deberny pour le nettoyage de notre rue et de notre maison .... 9 *liv.* 12 *sous.*

(1) Th. de Paris, 1899.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1017.

CHAPITRE IV

Dépenses ordinaires aux processions du recteur.

Le mardi 13 décembre 1650, à la procession du recteur de Saint-Landry, pour trente docteurs, le double pour l'ancien et le doyen, et pour les deux bedeaux, à chacun 20 sous, tant pour l'offrande que pour les pauvres....... 37 *livres.*

Le jeudi 21 mars 1651, à la procession du recteur de l'église Saint-Médard, faubourg Saint-Marceau, pour 26 docteurs, l'ancien et le doyen, les deux bedeaux, pour l'offrande et des pauvres de l'église..... 34 *liv.* 22 *sous* 6 *den.*

Le mercredi 21 juin 1651 (f° 472) à la procession du recteur à l'église Saint-Paul, pour 33 docteurs, l'ancien, le doyen, les deux bedeaux, pour l'offrande et les pauvres de l'église .... 41 *liv.* 4 *sous.*

Le jeudi 5 octobre 1651, à la procession du recteur à l'église Saint-Eustache, pour 18 docteurs, l'ancien, le doyen, les deux bedeaux, l'offrande et les pauvres. 25 *liv.* 5 *sous.*

CHAPITRE V

Dépenses ordinaires pour les affaires de l'Académie.

Le jeudi 22 décembre 1650, convocation chez le recteur au palais de Navarre par M. Sainctot pour les obsèques du sérénissime prince de Condé. Le doyen et le censeur, Me Paul Courtois, y assistèrent. Payé à ce dernier 3 livres et au doyen le double.. 9 *livres.*

Le lendemain vendredi, 23 décembre 1650, j'ai assisté au service pour le repos de l'âme du sérénissime prince de Condé, dans l'église des Franciscains, avec le censeur, Me Paul Courtois. Payé à ce dernier 3 livres et au doyen le double .... 9 *livres.*

Le mercredi et le jeudi 1er et 2 février 1651 pour les cierges portés avec le recteur chez notre roi très chrétien Louis XIV, chez Monseigneur le duc d'Anjou, frère unique du roi très chrétien, chez Monseigneur le duc d'Orléans, oncle du roi très chrétien, chez la reine de la Grande-Bretagne, chez l'éminentissime cardinal de Mazarin, chez Monseigneur de Chateauneuf, garde des sceaux, chez Monseigneur Molé, président du Parlement, chez M. de Nicolaï (f° 473), premier président de la Cour des comptes, chez M. Amelot, président de la Cour des aides, chez M. Longueil de Maisons, surintendant des finances; le premier jour depuis huit heures du matin jusqu'à quatre heures de l'après-midi, le jour suivant jusqu'à midi. Payé à Me Paul Courtois, censeur, et à Me Robert Patin, à chacun dix livres et au doyen le double.................................. 40 *livres.*

Le samedi 8 avril, pour l'accompagnement du recteur depuis le palais Navarin jusqu'à l'hôtel de M. Mathieu Molé, président du Parlement, que le recteur complimenta à cause de sa nomination de garde des sceaux et qui lui fit un long discours de félicitations à cause de cette nouvelle dignité, payé à Me Paul Courtois, censeur, trois livres et au doyen le double..................................... 9 *livres.*

Il est à remarquer que cette visite nous a pris presque une demi-journée.

Le mercredi 12 avril, pour avoir accompagné le même recteur chez M. Pierre Séguin, chancelier, qu'il félicita de ce que le sceau royal lui avait été rendu, payé à M. Courtois, censeur, trois livres et le double au doyen.......... 9 *livres.*

Le dimanche 10 septembre, payé aux cinq collègues, MM. Claude Levasseur, Roland Merlet, Paul Courtois, Jean-Baptiste Moreau, Robert Patin pour avoir accompagné le recteur chez le roi très chrétien, afin de le féliciter sur son heureuse majorité, savoir à chacun 3 livres 4 sous, et au doyen le double................................... 22 *liv.* 8 *sous.*

Le mercredi 24 octobre 1651, le recteur, Me Jean Courtin, se rendit chez Monseigneur Mathieu Molé, président du Parlement, et le félicita très élégamment comme garde des sceaux et pour la confirmation des privilèges de l'Université. Il alla ensuite (f° 474) chez M. Voisin, maître des requêtes, qui avait défendu les intérêts de l'Académie de Paris. Payé à Me Robert Patin 3 livres et au doyen le double. 9 *livres.*

Payé au doyen, comme c'est l'usage............ 60 *livres.*

A Nicolas Boisset, imprimeur, pour l'impression de la liste des docteurs, pour douze lettres de convocation aux processions du recteur et autres semblables et pour l'impression des deux décrets du 12 mai et du 12 juin. 40 *livres.*

Total des dépenses : *trois mille trente-huit livres sept sous et six deniers.*

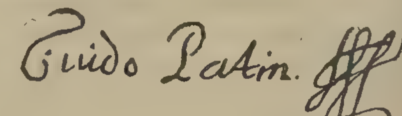
Signé : RIOLAN, R. CHARTIER.

La somme totale des recettes est de mille huit cent quatre-vingt-seize livres quatorze sous (1896 livres 14 sous), mais la somme des dépenses est de trois mille trente-huit livres sept sous et six deniers (3038 livres 7 sous 6 deniers). La somme des dépenses l'emporte donc de mille cent quarante-cinq livres treize sous et sept deniers : somme due au doyen (1145 livres 13 sous 7 deniers).

Ces comptes ont été examinés et approuvés, et il a été décidé qu'à chaque docteur il serait alloué un écu d'argent de trois livres huit sous, et enfin qu'à notre doyen il serait donné comme honoraires et gratifications pour sa bonne administration deux cents livres tournois.

Fait l'an du Seigneur 1652, le 27 janvier, dans les écoles supérieures.

(*Suivent les signatures de tous les docteurs, une centaine environ.*)



Ici se termine l'exposé de la première année du décanat de Guy Patin. Nous passons avec intention les folios 477 à 493 qui ne traitent que des affaires de l'Université de Paris et où il n'est nullement question de la Faculté de médecine.

Bien que l'exactitude des comptes de Guy Patin ait été certifiée par Riolan et Chartier, j'ai refait ces comptes et j'y ai relevé quelques inexactitudes que je signale; mais j'ai cru devoir, avant tout, respecter le texte des Commentaires.

Dr A. CORLIEU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury de l'internat est provisoirement constitué de la façon suivante :

MM. Charrin, Claisse, Duflocq, Brocq; Mauclaire, Perier, Poirier, Benjamin Anger; Budin et Bouffe de Saint-Blaise.

Concours de l'externat. — Le jury de l'externat est provisoirement constitué de la façon suivante :

MM. Roubinovitch (médecin des asiles de la Seine), Lamy, Teissier, Legry; Morestin, Launay, Auvray et Brindeau.

Hôpitaux de province. — *Lille.* — Les jurys des concours d'internat et d'externat sont ainsi composés :

INTERNAT. — MM. Dubar, Baudry, Surmont, Charmeil, Oui, juges titulaires; Wertheimer et Carlier, juges suppléants.

EXTERNAT. — MM. Combemale, Phocas, Carrière, Deléarde, Gaudier, juges titulaires; Bédart et Ausset, juges suppléants.

Lyon. — Le concours pour douze places d'internes a commencé aujourd'hui 2 octobre.

Le jury est composé de MM. Teissier, Rabot, Roque et Chatin, médecins des hôpitaux; Vincent, Rochet et Albertin, chirurgiens des hôpitaux.

Tours. — Les concours de l'internat et de l'externat auront lieu respectivement les 9 et 14 octobre.

Écoles de médecine. — *Tours.* — M. Le Normand, professeur de pharmacologie à l'École de médecine de Tours, vient d'être nommé professeur titulaire à l'Ecole de plein exercice de Rennes.

Inauguration d'hôpital. — L'hôpital d'Allègre (Haute-Loire), a été inauguré hier sous la présidence de M. Charles Dupuy, ancien président du Conseil.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Bartet, du port de Rochefort, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Toulon, le 6 octobre prochain, pour l'emploi de prosecteur d'anatomie, à l'École annexe de médecine navale de Toulon.

La fièvre typhoïde à Lyon continue à sévir avec intensité. La semaine dernière il y a eu 38 cas déclarés au bureau d'hygiène. Ce chiffre n'avait pas encore été atteint.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Gailhard, médecin principal de la marine en retraite; Girard (de Bourgueil).

Fêtes commémoratives en l'honneur d'A. Volta, à l'occasion du centenaire de la pile (Côme, 1-5 octobre 1899). — L'ouverture du Congrès international d'électro-biologie et électro-thérapie a eu lieu dans la grande salle du Breletto (place de la Cathédrale), le 1er octobre, à dix heures du matin, par un discours du professeur Casimir Mondino, sur : « Les progrès des applications de l'électricité dans la médecine. »

Emploi vacant. — L'emploi de directeur du bureau municipal d'hygiène du Havre est actuellement vacant.

Les émoluments attachés à cet emploi sont de 10 000 francs par an et peuvent s'élever jusqu'à 12 000 francs.

Les candidats à l'emploi dont il s'agit doivent être Français et pourvus de titres scientifiques leur donnant une autorité suffisante pour exercer les fonctions de directeur d'un service d'hygiène.

Les demandes sont reçues par l'administration municipale du Havre jusqu'au 1er novembre prochain.

La nomination du directeur sera faite avant le 1er janvier.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE........ 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(3 OCTOBRE 1899)

Nous entrons dans la période des rapports de prix : MM. Berger, Hallopeau et Delorme ont eu successivement la parole sur les **prix Chevillon, Ricord** et **Amussat.** Après ces lectures, la séance se traînait en longueur et, faute d'orateurs, le président allait la lever quand est apparu M. Laborde qui, convié par le bureau, s'est exécuté de bonne grâce et a fait une communication au pied levé sur de **nouveaux faits de résurrection par la méthode des tractions rythmées de la langue.** Dans ces dernières vacances, il a pu relever 14 nouveaux cas de retour à la vie après vingt, trente et quarante minutes de mort apparente. Ce qu'il faut surtout retenir de cette dernière communication de M. Laborde, c'est qu'il n'y a pas eu un insuccès et qu'il faut conséquemment qu'on sache bien que les tractions rythmées de la langue doivent être pratiquées pendant deux ou *trois* heures sans découragement. Chemin faisant, M. Laborde a rendu un légitime hommage aux douaniers, car c'est à eux que sont dus ces 14 nouveaux succès.

M. Laborde insiste particulièrement sur cette durée de l'asphyxie et de la mort apparente. Alors qu'autrefois, par les moyens habituellement mis en usage, après six minutes il n'y avait plus guère d'espoir de retour à la vie, actuellement, avec la méthode préconisée par M. Laborde, on peut aller jusqu'à trois heures et ranimer encore, après ce temps, de malheureux noyés et asphyxiés. De pareils résultats méritent qu'on les enregistre et qu'on y revienne. M. Laborde reviendra prochainement sur ces faits intéressants, la communication d'aujourd'hui n'étant en quelque sorte qu'un préambule, et il présentera deux tracteurs automatiques de la langue, l'un mû par un mouvement d'horloge, l'autre par un petit moteur électrique.

JULES SIMON

Discours prononcé à ses obsèques par M. le docteur Léon Labbé, sénateur.

Messieurs,

L'amitié qui nous a unis depuis plus de quarante années, Jules Simon et moi, est la seule raison qui m'autorise à prendre la parole sur la tombe de mon cher camarade.

D'autres plus compétents ont rappelé les grands services qu'il a rendus dans l'enseignement et la pratique de la médecine infantile.

En 1856, Jules Simon était nommé le cinquième dans une promotion d'internes très peu nombreuse, dont je faisais partie. Ce fut dans ces circonstances que j'eus le bonheur de le rencontrer et d'apprécier, dès lors, les grandes qualités de son caractère, sa droiture d'esprit, sa loyauté absolue.

Pendant son internat, désirant imposer le moins de sacrifices possible à sa famille, il se livra à un enseignement clinique qui, à cette époque, était très largement pratiqué par un certain nombre d'internes et, mettant dès lors à profit sa connaissance de la langue espagnole, il devint le jeune maître de presque tous les étudiants venus de l'Amérique du Sud; circonstance qui, plus tard, eut une influence réelle sur le développement de sa clientèle dans ce milieu étranger si nombreux à Paris.

En même temps, cet enseignement journalier au lit du malade en faisait un clinicien hors ligne dès la fin de son internat : aussi lorsqu'il se présenta au concours des hôpitaux, il marqua sa place d'une façon exceptionnelle, et trois ans à peine après la soutenance de sa thèse il obtenait, haut la main, le titre si envié de médecin des hôpitaux de Paris.

Deux années plus tard, il concourut pour l'agrégation : malgré des épreuves fort brillantes il ne fut point nommé : la fortune devait apporter bientôt une compensation à cette déception.

Peu de temps après, en effet, des malades nombreux ve-

naient réclamer ses conseils et c'est ainsi que cet échec, que ses camarades, appréciateurs sincères et désintéressés de sa science, n'avaient pu s'expliquer que par une opposition que ne justifiait pas son mérite, fut réparé par la confiance que lui montrèrent bientôt ses clients et ses confrères.

Il avait dès cette époque une clientèle de médecine générale importante : cependant, il résolut de consacrer principalement ses efforts à l'étude de la médecine infantile et, pendant les trente années qui ont suivi, il n'a cessé de marcher d'abord sur les traces de ses grands prédécesseurs les Guersant, les Blache, les Barthez, les Roger, les Bouchut, les Bergeron, pour devenir, au bout de quelque temps, presque leur égal et prendre, après la mort de la plupart d'entre eux, d'une façon incontestée, la première place de médecin consultant des enfants.

C'est au milieu de cette immense clientèle, qui s'étendait même à l'étranger, qu'il donna la véritable mesure de son vaste savoir, de la loyauté de son esprit et de son dévouement sans bornes.

Combien d'entre nous l'ont vu arriver au chevet de nos enfants, alors que tout espoir semblait perdu, combien de fois les ressources de son esprit lui ont permis d'arracher à la mort les petits êtres qui nous étaient si chers!

Les rapports incessants qu'il avait avec tant de confrères ont toujours été empreints de la plus grande courtoisie. Il savait à la fois rassurer les familles et, avec un tact exquis, ménager la susceptibilité et sauvegarder les intérêts de confrères moins expérimentés que lui.

Fier de la noble profession qu'il exerçait, Jules Simon a su toute sa vie en rehausser la dignité, et peu de médecins emportent dans la tombe une pareille unanimité d'estime et de regrets de leurs confrères.

Son service d'hôpital le passionnait, et chaque année il prenait à peine quelques jours de vacances, ne pouvant se déshabituer d'aller chaque matin rue de Sèvres. Là, au cours de chaque été, sous le simple titre de conférences, il faisait des leçons qui attiraient autour de lui une foule nombreuse et attentive, désireuse de recueillir les fruits de sa longue expérience.

Malgré l'existence fiévreuse qu'entraînait sa très grande clientèle, il s'intéressa toujours à toutes les questions scientifiques qui se rapportaient à ses études de prédilection; aussi l'un des premiers comprit-il la grande importance des travaux de notre compatriote M. Roux, et le premier de tous il lui ouvrit son service pour appliquer sur l'enfant les résultats obtenus par les recherches du laboratoire.

A cette occasion, il a donné une nouvelle preuve de la libéralité de son esprit.

Au milieu de succès qui eussent enorgueilli bien d'autres, il fut un modeste par excellence; aussi, bien des honneurs auxquels il eût été en droit de prétendre ne lui sont venus que très tardivement. Combien d'entre ses amis, membres de l'Académie de médecine, ne l'ont-ils point invité, à plusieurs reprises, à poser une candidature qui, depuis longtemps, eût été couronnée de succès!

Chevalier de la Légion d'honneur depuis de longues années, il ne reçut la rosette d'officier qu'il y a deux ans à peine, alors qu'il était déjà sorti des hôpitaux, et grâce à l'esprit de justice du grand-chancelier de l'Ordre, qui avait pu apprécier les services que, depuis de nombreuses années, il rendait aux maisons de la Légion d'honneur.

Le docteur Jules Simon a été un grand médecin : il a été un homme de bien dans toute l'acception du mot; bon, bienfaisant, accessible aux plus humbles.

Il a été l'ami par excellence et il est mort entouré de la vénération de ses élèves, de l'affection de ses collègues et de la reconnaissance de toutes ces mères que je vois aujourd'hui autour de sa tombe.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur la leucocytose dans la diphtérie, par M. MARIOTTINI. — L'auteur rapporte le résultat des recherches qu'il a faites, à la Policlinique générale de Vienne, sur 26 malades atteints de la diphtérie.

La leucocytose s'est montrée dans tous les cas, et semble n'avoir été nullement en rapport, ni avec l'âge du malade, ni avec la température. Le nombre maximum de leucocytes observé a été de 76800. L'auteur n'a pu constater un rapport constant entre la leucocytose et l'intensité du processus morbide; bien qu'à une forme légère, corresponde en général une leucocytose peu marquée, on ne peut dire qu'un chiffre plus élevé de leucocytes se montre toujours dans une forme plus grave.

La constatation de la diminution progressive de la leucocytose peut servir en clinique à confirmer l'issue favorable de la maladie. (*La Pediatria*, n° 8, 1899.) L. G.

Le traitement de l'érysipèle par l'onguent mercuriel, par le docteur Prospero DEMATTEIS. — L'auteur rappelle qu'il a préconisé l'emploi de l'onguent mercuriel dans l'érysipèle à répétition, et qu'il a publié en 1896 deux cas de guérison d'érysipèle de la face par cette méthode. Il a continué l'application de ce traitement, et de l'observation de huit cas nouveaux, il a pu tirer les conclusions suivantes :

1° L'onguent mercuriel est très efficace contre l'érysipèle de la face;

2° Il se montre surtout actif contre l'érysipèle à tendance ambulatoire;

3° Son emploi peut arrêter l'érysipèle gangréneux, et par suite peut permettre de combattre les formes les plus virulentes de l'érysipèle.

4° L'efficacité de l'onguent mercuriel doit être attribuée au pouvoir bactéricide du mercure, ainsi que les montrent les expériences de Miquel, et à sa facile diffusion à travers les tissus, qui lui permet d'exercer son action délétère sur les streptocoques situés plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

5° L'onguent mercuriel peut être employé seul, ou incorporé dans un autre onguent, suivant l'étendue et l'importance du processus érysipélateux que l'on veut traiter. (*Gazz. degli Osped e delle Cliniche*, 1er oct. 1899.) L. G.

Mode d'administration du bromoforme. — M. Cohn préconise, dans le traitement de la coqueluche, l'emploi du bromoforme sous forme d'émulsion pour éviter les symptômes d'empoisonnement que pourrait déterminer une administration défectueuse de ce médicament.

L'émulsion qu'il conseille se conserverait des journées entières sans s'altérer. Pour la préparer, mélanger le bromoforme à une égale quantité d'alcool absolu pour éviter l'adhérence aux parois du vase, le broyer à sec en le mélangeant à la gomme arabique dans la proportion de 10 parties de gomme pour 1 de bromoforme, puis additionner peu à peu ce mélange d'eau en continuant le broyage jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance d'un mucilage épais; étendre finalement de sirop.

La préparation demande à être faite rapidement si l'on veut éviter l'évaporation du bromoforme. Pour la même raison, si l'on doit prolonger son administration, il vaut mieux le faire préparer en plusieurs fois. (C. R. in *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1899, n° 34, p. 824.) P. VIOLLET.

CHIRURGIE

Nouvelle contribution au traitement de la péritonite purulente diffuse, par Barthold CARLSON. — L'auteur, qui a déjà abordé ce sujet l'an dernier (*Hygica*, nov. 1898, n° 11,

p. 478), apporte cinq nouvelles observations qui sont à joindre aux huit précédemment publiées. Elles représentent non seulement sa statistique intégrale, mais la totalité des cas qu'il a pu opérer. Sur ces 13 cas, il a obtenu 4 guérisons. Les causes étaient l'appendicite, 4 fois; un ulcère perforant de l'intestin ou de l'estomac, 1; l'ulcère, 3, et le cancer de l'estomac, 1; inconnues ou douteuses, 4. Bien que la précocité de l'opération soit une des conditions du succès, elle n'en est pas la seule. En ce qui concerne les perforations de l'estomac, il faut notamment tenir grand compte, comme l'a montré Leunander (1), de son état de vacuité ou de réplétion avant la perforation, des mouvements du blessé après, etc. L'auteur se prononce résolument en faveur de la légitimité de l'intervention; le shock n'est pas une contre-indication, au contraire, car entre l'anesthésie générale ou locale et les stimulants, on peut passer outre, et, d'autre part, la laparotomie soulage les malades en faisant cesser la dyspnée et la cyanose. L'auteur eut ainsi la satisfaction de voir guérir un malade, que tous considéraient comme perdu. Les résultats les plus favorables s'obtiennent avec les péritonites appendiculaires; les perforations stomacales ont un pronostic très sombre : l'auteur a perdu tous ses malades, opérés cependant de trois à dix-huit heures après le début apparent des accidents. Tous avaient, il est vrai, mangé ou bu avant ou après la perforation. La technique opératoire de l'auteur est la suivante : incision au niveau du point de départ supposé de la péritonite et premier examen du ventre. Les autres incisions abdominales sont faites en coupant sur les doigts de la main gauche enfoncée dans la première incision; on y gagne d'aller plus vite et de ne point s'exposer à tomber sur des adhérences à respecter. D'une manière générale, il fait au moins trois incisions abdominales : une sur la ligne médiane, deux dans les fosses iliaques (celle de gauche un peu plus haute que la droite, afin que le drainage ne comprime pas l'S iliaque). Des contre-ouvertures nouvelles sont ajoutées suivant le cas (lombaire, vaginale, etc.). Suture ou tamponnement des perforations rencontrées (résection de l'appendice, etc.). Lavage du péritoine et des viscères avec la solution physiologique de sel marin : essuyage puis drainage par les ouvertures sus-indiquées qu'on laisse ouvertes ou qu'on rétrécit simplement. Le drainage se fait à la gaze ou avec des tubes et de la gaze, mais le plus grand soin veille à son établissement le long et de chaque côté des côlons, dans les fosses iliaques, dans le petit bassin, etc. L'épiploon a été réséqué, car il est trop difficile à désinfecter et il gêne le drainage.

Les autopsies ont montré à l'auteur le fonctionnement souvent parfait et l'innocuité de ce large drainage. Quelle est alors la cause de la mort? Probablement une intoxication dont le remède reste à trouver. En finissant, Carlson s'élève contre le pessimisme de Sonnenbourg, considérant le drainage comme illusoire, ou contre la pratique peu chirurgicale qui consiste à refermer purement et simplement une cavité qui suppure. (*Hygica*, août 1899, n° 8, p. 180.)

R. DE BOVIS.

Luxations de l'épaule et syringomyélie, par N. A. SOKOLOVF. — L'auteur rapporte deux cas de luxation de l'épaule; dans le premier, la luxation se réduisit facilement, mais se reproduisit aussitôt, ce qui nécessita une immobilisation un peu prolongée; dans le second, la réduction fut plus laborieuse, mais se maintint.

Chez la première malade, paysanne de trente et un ans, les doigts des deux mains, mais surtout de la gauche, offraient des altérations caractéristiques de la syringomyélie. Les doigts étaient fléchis, les phalangettes atrophiées; les ongles atrophiés présentaient de profonds sillons. Il y avait de la thermo-anesthésie (10 degrés de différence) dans les régions humérales et sur la face postérieure des avant-bras; diminution de la sensibilité à la douleur dans les mêmes régions. Pas de scoliose manifeste. L'interrogatoire de la malade n'apprit rien d'intéressant : peu incommodée par ces altérations, elle n'y avait jamais pris garde.

Chez une seconde malade, paysanne de quarante-deux ans, l'auteur trouva une diminution de la sensibilité tactile, douloureuse et thermique sur les mains et l'avant-bras gauche. Mêmes troubles de la sensibilité au niveau des régions humérales et scapulaires, droite et gauche, mais à un degré moindre qu'à l'extrémité du membre. La malade, bien portante jusqu'ici, avait fait une chute sur le coude gauche au début de 1896. Elle séjourna près d'un an dans un hôpital de Moscou. Peu de temps après son entrée, elle avait commencé à présenter les troubles nerveux sus-indiqués du côté de son avant-bras gauche. Traitée par le massage et l'électricité, elle n'en tira pas grand bénéfice, et sa main gauche est restée incapable de gros travail. En outre, il existe une scoliose lombaire manifeste à convexité gauche, plus deux courbures de compensation, thoracique et cervicale, de sens alternant, atrophie marquée des muscles de la main et surtout des interosseux. Panaris de l'annulaire. Les doigts sont fixés dans la flexion. Sillons cutanés palmaires multiples, dus à l'atrophie du tissu cellulaire. La tête du métacarpien de l'indicateur est hypertrophiée et ce doigt est en adduction. L'ongle du médius est sillonné et incurvé vers la paume. Du côté de l'épaule gauche, on note de la gêne pour certains mouvements et un peu d'atrophie musculaire.

L'auteur, à la suite de ces deux observations, émet l'hypothèse que la syringomyélie serait cause de bien des luxations de l'épaule, grâce aux altérations produites du côté des extrémités osseuses. Ce rôle de la syringomyélie cadrerait avec la fréquence récemment constatée des luxations pathologiques de l'épaule dans cette maladie (Schrader, *Beits. z. klin. chir.*, XXIII), et avec la rareté de la luxation de l'épaule avant vingt ans. Mais, avec l'auteur, il est permis de demander d'autres observations; dans celles qu'il présente il est permis de douter de la justesse du diagnostic. En tous cas, de pareilles luxations devraient être réduites avec douceur, afin d'éviter les fractures, que facilite la fragilité osseuse syringomyélique. (*Vratch*, 1899, n° 27, p. 785.)

R. DE BOVIS.

Conduite à tenir dans les blessures de la moelle. — Bolton tire les conclusions suivantes de l'observation d'un nombre considérable de traumatismes de la moelle : l'*hémorragie extra-durale* ne donne lieu à aucune lésion de la moelle ni à aucune manifestation clinique; elle ne réclame aucun traitement actif. L'abstention est encore la règle dans un grand nombre de cas : dans les *destructions totales de la moelle*, qui sont irrémédiables; en effet, fibres et cellules nerveuses sont intéressées et la réparation ne peut se faire que par du tissu cicatriciel; dans l'*hématomyélie* où le caillot, en se résorbant spontanément, laisse à sa place une cavité ou bien est remplacé par du tissu de néoformation; les troubles de la circulation locale s'amendent d'eux-mêmes et on peut souvent noter dans les symptômes une grande amélioration, dans la *contusion* localisée de la moelle où les cellules et les fibres détruites sont remplacées par du tissu cicatriciel.

L'intervention chirurgicale est, au contraire, indiquée lorsqu'il y a une blessure ouverte. Ici, les complications à redouter sont l'infection, la présence d'un corps étranger qui peut se loger dans le tissu médullaire ou bien le comprimer; l'irritation continuelle qui en résulte peut amener des troubles importants dans la circulation et entraîner la

(1) Nous avons analysé ailleurs cet important travail (Cf. *Union méd. du Nord-Est*, 1er oct. 1898). — R. DE B.

dégénérescence progressive des cellules et des fibres nerveuses. La réparation se fait par production de tissu cicatriciel. L'opération a pour but d'enlever les corps étrangers, de faciliter la désinfection et le drainage de la plaie, de prévenir l'extension de la dégénérescence. (*Ann. of surg.*, août 1899.) A. HOUSQUAINS.

Taille hypogastrique avec suture consécutive de la vessie. — M. A. BIRSTEIN a recouru à ce procédé dans 18 cas de calculs vésicaux et a obtenu 15 fois des résultats très satisfaisants; les trois insuccès s'expliquent par la cystite catarrhale concomitante avec urines très alcalines et, dans 2 cas, par la défectuosité des sutures. Les points de suture isolés étaient généralement appliqués au nombre de 4 à 7 (selon la longueur de l'incision qu'avait nécessitée le volume du calcul), à 5 millimètres l'un de l'autre; l'angle inférieur de l'incision était laissé ouvert. Dans la plupart des cas, l'auteur introduisait la sonde à demeure et la laissait pendant deux ou trois jours; cependant les cas où elle n'avait pas été laissée, ont également évolué très favorablement; aussi l'auteur croit-il que la sonde à demeure n'est point indispensable. Les suites opératoires ont été très simples et les opérés ont pu quitter l'hôpital au bout de onze à treize jours (au lieu de trente lorsque la vessie n'était pas immédiatement fermée). [*Vratch*, 1899, n°s 11 et 12.] S. BROÏDO.

Bons effets des abcès de fixation dans un cas de pyohémie. — Menko a utilisé la méthode de Fochier (de Lyon) dans un cas de névrite infectieuse aiguë, bientôt accompagnée de pyohémie grave avec frissons et haute température, le tout vraisemblablement survenu à la suite d'un traitement gynécologique mal conduit. Le pronostic était très sombre. Menko injecta dans un des mollets 2 grammes d'essence de térébenthine; pour calmer les douleurs vives provoquées par cette injection, l'auteur dut employer la morphine. L'effet de ce traitement fut surprenant : les frissons disparurent, le pouls et l'état général devinrent meilleurs.

Cependant, l'abcès formé dans le mollet se résorbait peu à peu, rendant l'incision inutile; mais, en même temps, la température remontait, les frissons réapparaissaient. Une nouvelle injection de 2 grammes d'essence de térébenthine, pratiquée dans l'épaisseur du muscle deltoïde, détermina de nouveau une amélioration remarquable, bientôt suivie d'une convalescence complète. (C. R. in *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1899, n° 31, p. 822.) P. VIOLLET.

L'influence des anesthésiques sur la perméabilité rénale, par MM. R. GALEAZZI et A. GRILLO. — A la suite de recherches cliniques et expérimentales, les auteurs ont pu établir les conclusions suivantes :

1° La méthode d'Achard et Castaigne donne des indications certaines sur l'état fonctionnel du rein, et, comme telle, peut être d'une très grande utilité pour le chirurgien dans les infections des voies urinaires.

2° L'emploi des anesthésiques généraux diminue la perméabilité rénale; cette diminution se manifeste par un retard de l'élimination du bleu de méthylène.

3° Le chloroforme altère la fonction rénale, à un degré plus élevé que l'éther.

4° La diminution de la perméabilité au bleu de méthylène est liée à une élimination incomplète de la substance toxique. Les anesthésiques et en particulier le chloroforme, par leur action sur le rein, rendent d'autant plus grave pour l'organisme les intoxications et les infections bactériennes. (*Il Policlinico*, n° 18, 1899.) L. G.

MALADIES DE L'ENFANCE

La lithiase rénale chez les enfants. — Dans une très intéressante étude sur cette affection, M. Comby montre que la lithiase rénale est très commune chez les enfants. En deux ans il en a observé 100 cas sur 600 autopsies, et pas un seul cas de lithiase biliaire.

Les infarctus uriques, bien étudiés par Parrot, sont communs chez les nouveau-nés (Budin). Chez les enfants athrepsiés, mal nourris, la poussière uratique peut se changer en graviers et calculs du rein, du bassinet, de l'uretère, de la vessie.

On a décrit, sous le nom de *fièvre d'inanition*, des accès fébriles survenant chez les nouveau-nés privés de lait, et disparaissant quand on donne du lait ou de l'eau. Cette fièvre serait en relation avec la lithiase rénale par déshydratation. Mais en général, rien ne traduit la présence des concrétions dans les voies urinaires.

D'après les 48 observations de son mémoire, M. Comby montre la prédisposition du sexe masculin.

La lithiase des nourrissons n'est pas héréditaire, mais acquise, elle résulte de la mauvaise alimentation, de la misère physiologique.

Outre la poussière jaune des pyramides, on trouve souvent des graviers et des calculs durs, à base d'urate de soude. Ils peuvent séjourner dans les bassinets et les calices ou descendre dans l'uretère et la vessie et s'éliminer par l'urèthre. Ils provoquent parfois la pyélite, l'hydronéphrose.

Symptômes obscurs ou nuls à cause de l'âge ; la colique néphrétique est rarement reconnue; on trouve parfois dans les langes des graviers jaunâtres. Les cris, l'agitation, les convulsions, la dysurie, la rétention d'urine peuvent être parfois rapportés à la lithiase rénale.

Le *pronostic* doit être réservé. Si les enfants échappent à l'athrepsie et aux infections associées, ils peuvent ultérieurement être exposés à tous les accidents de la lithiase rénale. La lithiase de l'adolescent et de l'homme fait remonte souvent à la première enfance.

La *prophylaxie* consiste dans une bonne alimentation du premier âge, allaitement naturel ou artificiel bien réglé; éviter les surchages alimentaires et les mets indigestes, le sevrage prématuré. Dans les affections fébriles, donner à boire aux enfants, ne serait-ce que de l'eau, pour laver leur tissu et faciliter l'émonction rénale. En cas d'intolérance de l'estomac, grands lavements d'eau bouillie, injections de sérum artificiel. En cas de lithiase confirmée, et quand les enfants sont assez grands, prescrire une cure à Contrexéville, Évian, Vittel, Capvern, peut-être aussi Pougues et Vichy. (*Arch. de méd. des enf.*, oct. 1899.)

Examen des crachats chez les nourrissons. — Les jeunes enfants n'ayant pas l'habitude et ne sachant pas expectorer, on est généralement obligé de se passer, chez eux, de l'examen bactériologique des crachats. Cependant cet examen peut dans certains cas être très important pour le diagnostic et pour le traitement, notamment dans certains cas de broncho-pneumonie tuberculeuse. Pour remédier à cet inconvénient, M. Morkovitine recommande une chose très simple : d'aller chercher les crachats dans le larynx, à l'aide d'un tampon. Voici comment il procède : on place un petit tampon d'ouate hydrophile dans une pince dont on se sert pour les badigeonnages de la gorge. L'index gauche, lavé à l'eau boriquée, est introduit dans la bouche de l'enfant et va, en suivant le dos de la langue, à la recherche de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes. On place alors le doigt explorateur sur le côté du larynx, tandis qu'avec l'autre main on introduit la pince avec le tampon jusqu'au larynx même, en suivant la face palmaire de l'indicateur gauche. Le moindre attouchement d'une corde vocale par le tampon suffit pour provoquer immédiatement une toux réflexe et le rejet des crachats qui sont aussitôt recueillis par le tampon placé tout près de l'entrée du larynx. On n'a ensuite qu'à examiner bactériologiquement ce tampon. Ce procédé est facile et rapide. (*Vratch*, 1899, n° 16.) S. BROÏDO.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Un nouvel agent hémostatique : la stypticine.

La stypticine est un produit d'oxydation de la narcotine, alcaloïde de l'opium. C'est une poudre jaunâtre, facilement soluble dans l'eau, sans odeur, très amère.

On la prescrit sous la forme de tablettes sucrées, contenant 5 centigrammes de stypticine; on peut en donner 5 à 6 tablettes par jour. Elle n'est nullement toxique. Quand il s'agit de combattre des hémorragies sérieuses, on peut employer le médicament sous forme d'injections hypodermiques, ou plutôt intra-musculaires, à la dose de 2 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100.

La stypticine agit comme spécifique dans les métrorragies liées aux inflammations pelviennes. Par contre, elle ne donne aucun résultat dans la métrite hémorragique fongueuse où seul réussit le curetage.

C'est dans les hémorragies menstruelles virginales, sans substratum anatomo-pathologique, que la stypticine a la meilleure action. Parfois encore, on obtient d'assez bons résultats dans les hémorragies dues aux myofibromes.

Comme la stypticine n'a aucune action sur la contraction utérine, on peut l'employer dans les hémorragies de la grossesse. M. le docteur Freund en pareil cas a souvent obtenu de bons résultats de la stypticine.

En cas de ménorrhagie, il est bon de prendre les tablettes un peu avant l'apparition des règles.

La phénalgine.

La phénalgine est au point de vue chimique un corps de la série amido-benzine ($C_6H_5NH_2$)ammonium, autrement dit une « ammonio-phénylacétamide ».

La phénalgine se présente sous forme d'une poudre blanche que l'on peut donner soit directement, soit en tablettes ou en capsules. Elle est insoluble, mais n'est pas désagréable au goût.

M. le docteur Hofheimer l'a employée dans de nombreux cas de névralgies diverses, dans la malaria, dans la grippe, dans le rhumatisme, dans la dysménorrhée, dans la pleurodynie, en somme, dans tous les cas où la douleur était le principal symptôme. (*Nouveaux remèdes.*)

L'anémonine.

L'anémonine est le principe actif de plusieurs anémones; elle a été isolée par M. Dupuy, de la sylvie ou anémone des bois, anémone nermorosa (renonculacées).

Ce produit est recommandé comme anticatarrhal, bronchique et calmant de la toux; il agit également comme emménagogue; son emploi est cependant très restreint, probablement à cause des dangers qu'il présente à dose élevée et des précautions que nécessite son administration.

L'anémonine est constituée par de petits cristaux en aiguilles, blancs, grisâtres, inodores, peu solubles dans l'eau, mieux dans l'éther et surtout l'alcool et le chloroforme.

Dose : 5 à 10 centigrammes au plus par vingt-quatre heures. (*Journ. de méd. de Paris.*)

FORMULAIRE

Traitement de l'eczéma séborréique.

1° Faire des applications le soir avec la préparation suivante :

Carbonate de potasse	1 gramme.
Soufre précipité et lavé	10 —
Baume du Pérou	2 —
Vaseline benzoïnée	12 —
Eau de laurier cerise }	Q. S.
Alcool de menthe }	
Huile de ricin	50 grammes.

2° Le lendemain appliquer la préparation suivante :

Huile végétale fraîche	70 grammes.
Eau de chaux	30 —
Résorcine	3 —
Vaniline	0g05 centigr.

puis faire des lotions naphtolées (naphtol β, 0,30 pour un litre) et enfin des lotions boro-boratées.

(Barthélemy. In *Ann. de dermat.*)

Emploi du tannoforme.

Le tannoforme est un produit de condensation de l'acide gallique et de formaldéhyde. Il a été employé avec succès dans une foule d'affections diverses.

Contre l'ozène :

Tannoforme en poudre	1 partie.
Poudre de talc	2 —

(Fasano.)

Contre les affections génitales de la femme :

Tannoforme	5 grammes.
Paraffine blanche solide	10 —
Paraffine liquide	90 —

(Frank.)

Contre l'eczéma de la face :

Tannoforme	5 grammes.
Onguent à la résorcine	50 —

(Landau.)

ou :

Tannoforme	3 grammes.
Vaseline blanche solide	10 —
Lanoline	20 —

(Ullmann, d'après les *Nouveaux remèdes.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jury de l'internat. — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Charrin, Claisse, Duflocq, Brocq, Mauclaire, Legueu, Poirier, B. Anger, Pinard et Bouffe de Saint-Blaise. — MM. Claisse, B. Anger et Bouffe de Saint-Blaise ont accepté.

Jury de l'externat. — Le jury est provisoirement oonstitué de la façon suivante : MM. Roubinovitch, Legry, Lamy, Teissier, Morestin, Launay, Auvray et Brindeau. — MM. Roubinovitch, Legry, Morestin et Brindeau ont accepté.

Guerre. — Par décret, en date du 26 septembre 1899, M. Chauchard a été nommé au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.

Marine. — M. Aubry, médecin de première classe du cadre de Brest, précédemment désigné pour embarquer sur le *Surcouf* et dont la désignation a été annulée, embarquera sur le *Fleurus* (escadre du Nord), au lieu et place de M. le docteur Chové, nommé professeur à Brest.

— Par décision ministérielle, en date du 29 septembre 1899, M. le médecin de première classe Chové a été nommé, après concours, pour cinq ans, à l'emploi de professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine de Brest, en remplacement de M. le médecin principal Vergos, rattaché au port de Brest.

— M. Roux, médecin de première classe du port de Toulon, est désigné pour embarquer le 16 octobre courant, sur le *Latouche-Tréville* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Clavel.

— MM. Badet, médecin de première classe du cadre de Toulon, et Moulinier, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, sont désignés pour remplacer, le premier M. le docteur Hutre, au régiment de tirailleurs annamites en Cochinchine, le second M. le docteur Hervé, au 2e régiment de tirailleurs tonkinois, au Tonkin.

— M. Réjou, médecin aide-major de deuxième classe, au 2e ré-

giment d'artillerie de marine à Cherbourg, sera réintégré au service général dans ce port, à compter du 17 octobre courant.

Manœuvres du service de santé. — Les manœuvres du service de santé pour le gouvernement militaire de Paris ont commencé avant-hier par des conférences techniques qu'a faites M. le médecin principal Bénech, directeur de ces manœuvres.

Hier matin, après une conférence d'ordre militaire de M. le commandant Kopp, chef d'état-major du commandant du département de la Seine, le personnel et le matériel d'une ambulance divisionnaire, d'une ambulance de corps d'armée, d'un hôpital de campagne et d'un hôpital d'évacuation, ont quitté à onze heures les docks du service de santé, avenue de Latour-Maubourg, et se sont dirigés sur Saint-Denis pour y cantonner.

Les troupes désignées pour la manœuvre d'aujourd'hui sont allées prendre leurs cantonnements à Drancy et au Bourget.

M. le général Dalstein, commandant les troupes mises en mouvement, s'est également rendu à Saint-Denis avec M. le médecin principal Bénech.

C'est dans la direction du Blanc-Mesnil à l'Orme de Morlu qu'a eu lieu ce matin le simulacre de combat pendant lequel les formations sanitaires ont fonctionné.

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'or vient d'être décernée à M. le docteur Sisco, médecin de deuxième classe de la marine, pour son rapport médical sur la campagne de l'*Eure* en Nouvelle-Guinée.

Congrès international des sourds-muets (Paris, 6, 7 et 8 août 1900). — Les questions d'éducation occupent une grande place dans l'esprit de ceux qui se préoccupent de la défense des intérêts des sourds-muets et qui aspirent à leur donner le rang légitime qui leur appartient dans la société moderne.

Les questions d'assistance méritent une égale sollicitude.

Pour répondre au désir exprimé par le plus grand nombre des instituteurs et des philanthropes étrangers, et par un certain nombre de personnes en France, qui ont fait à la proposition d'un Congrès un chaleureux accueil, une commission s'est formée, qui a reçu de M. le commissaire général de l'Exposition de 1900 le mandat d'organiser un Congrès international pour l'étude des questions d'éducation et d'assistance des sourds-muets.

Ce comité s'est divisé en deux sections, celle des entendants et celle des sourds-muets.

Chacune des sections a le devoir de rechercher quelles sont les questions les plus importantes. Celles qui seront soumises par le plus grand nombre d'adhérents au comité avant le 1er novembre 1899, seront l'objet de rapports qui seront discutés.

La cotisation pour faire partie du Congrès est de 10 francs. Chaque adhérent recevra en temps utile le règlement intérieur du Congrès.

Les communications doivent être adressées à MM. le docteur Ladreit de Lacharrière, quai Malaquais, 3; Henri Jeanvoine, rue du Commerce, 77, à Épernay (Marne).

Les communications concernant le programme de la section des sourds-muets devront être envoyées à M. Henri Gaillard, 111 ter, rue d'Alésia, Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gilbert Tirant, résident de France au Tonkin.

Faculté de médecine de Paris. — ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900. — I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

L'immatriculation a lieu soit d'office, soit sur demande :

L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office; il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Doivent se faire immatriculer : 1° les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue; 3° les docteurs français et étrangers; 4° les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. — A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs.

Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. — Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par tiers.

II. *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1899-1908, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à trois heures :

Premier trimestre 1898-1899 : 1° inscriptions de première année (voir l'affiche); 2° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, du 4 au 21 octobre (lundis et mardis excepté).

Deuxième trimestre 1899-1900 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 10 au 27 janvier 1900 inclus (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre 1899-1900 : 1° les inscriptions des quatre années seront délivrées du 28 mars au 28 avril inclus (excepté les lundis et mardis);

Quatrième trimestre 1899-1900 : 1° inscriptions de troisième et quatrième années (officiat), le 21 juin; 2° inscriptions de première année (doctorat), en juillet : les 2, 3, 4 et 5; 3° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années (doctorat), du 6 au 16 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Intérêts professionnels. — *Emploi illicite d'un mémoire médical pour la publication de spécialités.* — Plusieurs feuilles médicales, publiées par des pharmaciens en spécialités, et envoyées gratuitement à tous les médecins de France, insèrent des leçons cliniques, donnent les conclusions d'un mémoire scientifique qu'ils font suivre de l'indication de produits pharmaceutiques de façon à laisser croire qu'ils sont conseillés par les auteurs de ces leçons ou mémoires. D'autres se contentent d'agir ainsi dans des prospectus distribués au public. Cet emploi d'un mémoire médical transformé en réclame pour la publication de spécialités est illicite.

Un pharmacien de Lyon, M. J. M..., vient d'être condamné à tous les dépens et à payer au docteur L..., chevalier de la Légion d'honneur, 300 francs de dommages intérêts pour avoir ajouté à un mémoire scientifique un aphorisme composé par lui et par lequel il préconise divers produits de sa fabrication. (*Lyon médical.*)

Certificat de mort et secret professionnel. — Un médecin, délivrant un certificat constatant la nature véritable de la maladie dont son client est mort, commet-il une violation du secret professionnel?

Ainsi a jugé la cour d'appel de Besançon, qui a refusé de faire état d'un certificat médical produit au cours d'une instance en nullité de rente viagère, sous prétexte qu'une telle production constituait une violation du secret professionnel. (*Lyon médical.*)

La purification de l'eau par les anguilles. — Voici un procédé original indiqué par le professeur Sobrero (de Turin), pour maintenir en bon état l'eau des citernes : « Vous mettez dans votre citerne, quelques semaines avant de savourer son

eau, deux ou trois anguilles, pas trop grosses, mais bien vivaces. Dès qu'elles y sont logées, elles dévorent avec un merveilleux appétit tout ce que l'eau contient comme animalcules, infusoires, excréments d'oiseaux provenant des toitures, végétations quelconques; rien n'échappe, paraît-il, à leur voracité reptilienne. Lorsque les anguilles ont terminé leur service d'assainissement, on peut ou bien les manger à la tartare, ou bien les mettre en réserve à la portion congrue pour assainir de nouveau quelque temps après le liquide incriminé. » Assurément c'est un procédé anodin, ayant un principe logique, et sa mise en œuvre n'exige pas la formation d'un procédé spécial. (*Le Temps.*)

Recommandé à la Ville de Paris.

La première maison en aluminium. — On construit à Chicago la première maison de ce genre. Elle aura 84 mètres de hauteur et 17 étages.

Elle sera formée d'un bâti en fortes poutres de fer garnies en plaques d'un bronze formé de 20 parties d'aluminium et de 10 de cuivre. La façade sera recouverte de plaques de 5 millimètres d'épaisseur soigneusement polies.

Imperméabilisation de la chaussure. — Un moyen bien simple pour imperméabiliser rapidement les chaussures suspectes, sans les envoyer chez le cordonnier, à la veille d'une excursion sujette à marécages, nous est donnée par la *Revue linnéenne :* Enduire les joints (de la tige et de la semelle par exemple) d'une solution de caoutchouc, comme pour les pneus de bicyclistes. Les manteaux de caoutchouc peuvent être réparés, au moins provisoirement, de la même façon. La solution de caoutchouc se vend en tubes de 50 centimes, ou en flacons de contenances variées, chez tous les fournisseurs de caoutchouc ou de bicyclettes.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

REVUE GÉNÉRALE

L'opothérapie ovarienne.

Par Prosper MOSSÉ, ancien interne des hôpitaux de Toulouse.

I

Sécrétion interne de l'ovaire. — L'ovulation est la fonction essentielle de l'ovaire. La physiologie actuelle assimile cette fonction à une sécrétion externe. Mais à côté de l'ovulation, un second rôle moins important, moins connu, est dévolu à cette glande génitale : c'est l'élaboration du produit spécial, qui, versé directement dans l'économie, constitue la *sécrétion interne* de l'ovaire. Ce produit n'est point indispensable à la vie ; il est cependant utile à la régularité du fonctionnement et du développement de l'organisme féminin.

Nos connaissances sur la *sécrétion interne de l'ovaire* ont pour origine la communication de Brown-Séquard, à la Société de biologie (juin 1889). L'illustre physiologiste émit là, en effet, l'idée que le suc ovarien avait sur l'organisme féminin une influence dynamogénique considérable, et pouvait pour cette raison faire ranger l'ovaire dans la catégorie des glandes à *sécrétion interne vivifiante*.

A la suite de cette communication, les travaux de Mme Brown, ceux de Villeneuve, de Régis, de Muret, de Jayle, vinrent confirmer l'existence de la sécrétion interne de l'ovaire, et la célèbre proposition de Brown-Séquard : « Toutes les glandes, pourvues ou non de conduits excréteurs, versent dans le sang des principes utiles, dont l'absence se fait sentir, lorsqu'on extirpe ces glandes ou qu'elles sont détruites par la maladie », devint évidente pour l'ovaire comme elle l'était déjà pour la glande thyroïdienne ou pour les capsules surrénales.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA SÉCRÉTION INTERNE. — D'après Curatulo et Tarulli (1), l'ablation des ovaires aurait pour conséquence, une diminution notable de l'acide phosphorique éliminé par les urines. En opérant sur des chiennes d'âge, de taille et de race différentes, nous avons obtenu des résultats absolument inverses à ceux qui ont été énoncés par Curatulo et Tarulli. Nous avons régulièrement observé, chez nos animaux, une augmentation sensible de l'acide phosphorique urinaire suivre la double ovariotomie et nous avons vu cet acide revenir à un taux voisin de celui qui avait été noté avant toute intervention, lorsqu'on faisait ingérer, à l'une de ces chiennes châtrées, une quantité suffisante d'ovaires crus. Les matières extractives réductrices urinaires présentent des variations parallèles à celles de l'acide phosphorique, elles augmentent après la castration, et reviennent à la normale par l'ingestion d'ovaires crus. Nous n'insisterons pas davantage sur ces expériences que nous avons décrites en détails ailleurs (2).

Ferré et Bestion (3) ont cherché à déterminer l'activité et la toxicité du suc ovarien. Ils ont constaté que l'injection de ce suc, pouvait à certaines doses (au-dessus de 4 p. 100 du poids de l'animal) provoquer des accidents graves ; l'action toxique de ce suc est surtout marquée chez le mâle, et chez la femelle pleine sur laquelle il a, en même temps des effets abortifs.

M. Livon (4) a étudié l'influence de ce suc sur la tension sanguine. Il a vu l'injection intra-veineuse, d'extrait ovarien glycériné, provoquer une chute manifeste de la pression sanguine, phénomène analogue à celui que l'on détermine en injectant de l'extrait glycériné testiculaire. Cette raison a permis à M. Livon de classer ces deux organes dans la catégorie des glandes hypotensives. Pour le professeur Fédoroff (5) au contraire, l'ovaire est une glande hypertensive, et il aurait obtenu, en injectant le produit de la

(1) CURATULO et TARULI. Secrezione interne delle Ovaie, *Ann. di ost. e gynec.*, 1896.

(2) PROSPER MOSSÉ et OULIÉ. Soc. de biol., 9 juin 1899. (Travail du laboratoire de psychologie de l'Université de Toulouse.)

(3) FERRÉ et BESTION. Cong. de méd., Montpellier 1898.

(4) LIVON. *Bull. de la Soc. de biol.*, janv. 1898, et Cong. de physiol., août 1898.

(5) FEDOROFF. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897.

sécrétion ovarienne à des lapins, une augmentation de la pression sanguine et le ralentissement du cœur. La théorie de Fédoroff semble avoir contre elle, au moins dans bien des cas, l'observation clinique. Il est, en effet, bien connu qu'au moment de la ménopause, c'est-à-dire au moment où la sécrétion interne de l'ovaire cesse par suite de la régression de cet organe, les femmes présentent de nombreux signes d'hypertension artérielle.

Nature et siège de la sécrétion interne. — Armand Gautier (1) identifie cette sécrétion à celle du testicule. « Sous l'action des sucs de l'ovaire et du testicule l'on voit, dit-il, une série de phénomènes d'excitation générale. La nutrition et les échanges paraissent s'accélérer, les produits fixes de déchet diminuent, les forces s'accroissent, la circulation se régularise. » L'analogie absolue que l'on enregistre dans les effets de ces deux glandes, peut s'expliquer par la présence dans leur tissu d'un même alcaloïde, la spermine, dont les propriétés ont été étudiées et décrites par le professeur Pochl. M. Guérin (2), qui a fait l'analyse chimique de l'ovarine de Merk, y a décelé la présence d'un corps qui se rapproche par la plupart de ses réactions de la spermine. « Il ne faut cependant pas se hâter de conclure, il peut y avoir ressemblance chimique, sans qu'il y ait ressemblance physiologique. D'ailleurs, il est permis de supposer qu'il existe dans l'ovaire des produits complexes, comme ceux que de récentes recherches ont découverts dans la glande thyroïde, produits que l'on n'est pas encore parvenuà isoler, mais à chacun desquels doit revenir un rôle dans la sécrétion interne » (Demange).

Quel est, dans la substance de l'ovaire, le tissu dont le suc possède des propriétés mises en œuvre dans l'opothérapie? Déjà Richard Mond s'était préoccupé de rechercher dans l'ovaire quelle était la partie la plus active et, dans ce but, il avait prescrit à ses malades tantôt la substance totale de la glande, tantôt la substance médullaire, tantôt la substance corticale. Mais cet auteur reste muet sur le résultat de ces recherches. D'après M. le professeur Prenant [de Nancy (3)], la sécrétion interne ovarienne serait le fait du *corps jaune*, que ce professeur ne considère plus comme un bouchon destiné à oblitérer le follicule rompu, mais comme un véritable organe glandulaire. « L'aspect général du corps jaune au microscope est celui d'une glande; les cellules de cet organe ont des caractères indiscutablement glandulaires. La présence exceptionnelle de divisions cellulaires dans le corps jaune est encore en faveur de sa nature glandulaire. Le corps jaune, de plus, se caractérise histologiquement comme glande à sécrétion interne, par l'absence de canal excréteur comme par son abondante vascularisation. A cet égard sa coupe ressemble tellement à celles d'organes reconnus pour être des glandes à sécrétion interne exclusive ou prédominante, tels que le lobule hépatique, les glandules thymique ou thyroïdienne, la glande pituitaire qu'un histologiste même exercé pourrait les confondre avec le corps jaune. » Les idées que Prenant a été le premier à émettre en France sur la valeur du corps jaune, semblent d'ailleurs avoir été rapidement admises. Mathias Duval considère le corps jaune comme une glande, dont les cellules élaborent des produits, qu'elles n'utilisent pas pour leur

(1) A. Gautier. *Toxines et poisons microbiens.*

(2) Guérin. In Th. de Demange, Nancy 1898.

(3) Prenant. Valeur morphologique, action physiologique et thérapeutique possible du corps jaune, *Rev. méd. de l'Est*, juillet 1898.

compte. Belloy (1), Le Breton (2) et tout récemment Keiffer (3) ont confirmé cette façon de voir.

Greffes de l'ovaire. — Un des meilleurs moyens de démontrer l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire et de ses effets sur l'organisme féminin est certainement celui qui consiste à greffer cette glande sur un organisme dépouillé par le physiologiste ou le chirurgien. Ce procédé, maintes fois employé pour le corps thyroïde, les capsules surrénales, le testicule, a fait l'objet de quelques expériences pour l'ovaire. Les premières greffes de l'ovaire paraissent avoir été pratiquées par Knauer (4), qui choisit comme animaux d'expériences, trois lapines. Une de ces lapines fut sacrifiée six mois après l'opération, et l'examen histologique démontra alors que l'ovaire avait continué à fonctionner, puisqu'il y avait de récentes hémorragies folliculaires. L'organe était bien nourri et richement vascularisé. Les follicules contenaient des ovules aux différentes phases de leur évolution depuis les plus jeunes jusqu'aux plus mûrs. Sur une autre lapine à laquelle il avait transplanté les ovaires, Knauer (5) obtint, seize mois plus tard, une grossesse normale avec mise à bas à la fin de cette grossesse.

M. W. Grigoriew (6) a repris ces expériences sur un plus grand nombre d'animaux et il a vu que l'ovaire, greffé ou transplanté dans un lieu convenable (corne utérine, ligament large, mésentère, replis péritonéaux), subissait d'abord un certain degré d'atrophie, pour reprendre un peu plus tard ses caractères habituels. L'ovaire greffé fonctionne normalement, il donne naissance à des vésicules de Graaff, qui se rompent, laissant à leur place des corps jaunes, tandis que les ovules passant dans les trompes et l'utérus continuent leur évolution, toujours aptes à la fécondation.

R. T. Moriss (7) a effectué la transplantation des ovaires, chez la femme, dans deux cas différents. Dans le premier, il greffa sur la paroi utérine d'une femme de vingt ans, qui n'avait jamais eu ses règles, un morceau d'ovaire provenant d'une autre femme. Les règles apparurent. Dans le second cas, Moriss greffa, chez une femme à laquelle il avait dû enlever les ovaires et les trompes, un fragment d'ovaire à la base d'un oviducte. La femme put devenir enceinte, mais elle avorta avant terme.

Plus récemment Glass (8) a donné l'observation d'un cas de transplantation de l'ovaire d'une femme à une autre qui avait subi une double oophorectomie, et qui pour ce fait éprouvait tous les accidents d'une ménopause anticipée, à trente-neuf ans. L'ovaire transplanté fut emprunté à une femme de dix-sept ans, qui après un accouchement avait eu des lésions cicatricielles du vagin rendant tout accouchement ultérieur impossible. L'ovaire fut suturé chez la première femme à la place de l'ovaire normal. L'opération réussit et la malade fut réglée deux fois. Les accidents qui

(1) Belloy. Communication au Cong. des anatomistes, Paris 5-6 janvier 1899.

(2) Le Breton. *Opothérapie ovarienne. Rôle du corps jaune*, Th. de Paris, 1899.

(3) Keiffer (de Bruxelles). Recherches nouvelles sur l'ovogénèse chez la chienne et chez la femme, Soc. obst. de France, avril 1899.

(4) Knauer. Einigüe Versuch über Ovariantransplantation bei Kaninchen, *Centralbl. f. Gyn.*, 1896, 29.

(5) Knauer. *Ibid.*, 1898, 8.

(6) N. W. Grigoriew. Th. de Saint-Pétersbourg, 1897, et *Vratsch*, 1897, p. 656.

(7) R.-T. Moriss. *New-York Med. Rec.*, 1895.

(8) Glass. *Med. News*, in *Médecine mod.*, 31 mai 1899.

avaient nécessité cette intervention disparurent et la malade recouvra une santé parfaite.

Tels sont les faits expérimentaux antérieurs, que nous avons pu recueillir sur les greffes ovariennes, pratiquées soit chez la femme soit *in anima vili*. Nous avons cru devoir les rapporter avec quelques détails, la question des greffes ovariennes ne tenant qu'une place des plus des plus restreintes dans la littérature médicale française. Nous ajouterons, qu'au cours des recherches que nous avions entreprises, pour déterminer l'influence de l'ovariotomie sur quelques éléments de la sécrétion urinaire, nous avons constaté que, lorsque l'ovariotomie est suivie de la greffe sous-péritonéale des ovaires, on ne constate aucune modification dans la sécrétion urinaire.

II

Opothérapie ovarienne. — La communication de Brown-Séquard, à la Société de biologie (juin 1889), fut, comme nous l'avons déjà dit, le point de départ de nombreux travaux sur l'opothérapie ovarienne. Cette communication fut suivie de près par la publication d'un travail de M. Villeneuve (1), qui rapporta les heureux résultats obtenus dans trois cas différents traités par des injections de liquide ovarique. Un peu plus tard, Mme Augusta Brown (2), en Amérique, eut recours à cette méthode et traita ainsi, avec le plus grand succès, un certain nombre de femmes atteintes de débilité extrême, provoquée soit par l'âge, soit par des lésions utérines. En 1893, Régis et Ferré (3) eurent recours aux injections de suc ovarien, chez une malade qui présentait des signes de folie consécutifs à une ovario-salpingectomie. Dès ce moment, l'opothérapie ovarienne a pris pied grâce à ces quelques faits, sinon dans la pratique tout au moins dans la science médicale. A partir de 1896, les travaux se multipliant, nous nous contenterons, dans une rapide nomenclature qui constituera la bibliographie de ce travail, de citer ceux de Chrobak (4), Mainzer (5), Richard Mond (6), Kleinwächter (7), Senator (8), Bernstein (9), Latzko et Schnitzler (10), Saafeld (11), Seeligman (12), Fideli (13), Jacobs (14), Muret (15) *à l'étranger*; et ceux de Jayle (16), Jouin (1), Touvenaint (2), Maurange (3), Dalché (4), Delaunay (5), ainsi que les communications de Spillmann et Étienne (6), Toulouse et Marchand (7), les rapports de Cérenville, Gilbert et Carnot, et A. Mossé (8) et les thèses de Lissac (9), Gomès (10), Demange (11), Lebreton (12), Gilbert (13), *en France*.

(1) VILLENEUVE. *Marseille méd.*, août 1889.

(2) Citée par BROWN-SÉQUARD. *Arch. de physiol.*, 1890, t. V, p. 457.

(3) RÉGIS et FERRÉ. Soc. de méd. de Bordeaux, juin 1893.

(4) CHROBAK. Ueber Einverleib. von Eierstock, *Centralbl. f. Gyn.*, 1896.

(5) MAINZER. Zur Behandlung Castration, *Deut. med. Woch.*, 1896; — Zur Behandlung Amenorrhœ und klimacten frauen mit Ovariol-substanz, *Id.*, 1896.

(6) MOND (R.). Behandlung der Beschwerden bei natürlicher oder durch operation veranlasster Amenorrhœ mit Eierstoks conserven, *Munch. Med. Woch.*, 1896.

(7) KLEINWACHTER. Opotherapie f. Gynäk., *Zeits. f. Geb.*, 1897, Bd. 37.

(8) SENATOR. Zur Kentniss der Osteomalacie und der Organotherapie, *Berlin. klin. Woch.*, 1897.

(9) BERNSTEIM. Oophorin Behandlung bei Osteomalacie, *Munch. med. Woch.*, 1897, Bd. 37.

(10) LATZKO et SCHNITZLER. Beitrag zur Organotherapie bei Osteomalacie, *Deut. med. Woch.*, 1897.

(11) SAAFELD. Beitrag zur Oophorin Behandlung, *Berlin. klin. Woch.*, 1898.

(12) SEELIGMAN. Ueber Behandlung des Basedow mit Ovariolsubstanz, *Allg. med. cent. Zeit.*, 1897.

(13) FIDELI. *Riforma med.*, 1896, p. 244, 245.

(14) JACOBS. *Policlinique*, Bruxelles 1896; — *Journ. d'accouch. de Liège*, 1897; — IVe Cong. de la Soc. belge de chir., Gand 1898.

(15) MURET. *Rev. méd. de la Suisse romande*, juillet 1896.

(16) JAYLE. Opothérapie ovarienne dans la ménopause artificielle post-opératoire et la ménopause naturelle, *Presse méd.*, 1896, et *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1898.

Pharmacologie. Posologie. — Les ovaires peuvent être administrés soit crus *en nature*, soit préparés, sous forme de poudre ou d'extraits fluides.

1° GLANDE FRAICHE. — On se procure facilement, dans les abattoirs, de ovaires de vache, de brebis et de jument. Ces glandes doivent être très fraîches et provenir d'animaux en parfaite santé, exempts de toute affection contagieuse. Pour administrer les ovaires crus, on peut les hacher, en faire des bols de poids variable, que l'on enveloppe ensuite dans des pains azymes. On peut encore étendre ce *hachis d'ovaire*, sur des tartines de pain, on peut le mélanger à du bouillon ou de la confiture. Il nous parait plus simple de couper simplement les organes en tranches fines, et de faire ingérer ces tranches saupoudrées de sel ou de sucre. Les malades acceptent facilement la médication présentée sous cette forme.

Doses. — La dose moyenne d'ovaire, doit être de 10 à 20 grammes par jour, mais on peut aller bien au delà de 20 grammes sans danger. Il n'y a pas à redouter avec l'ovaire les troubles parfois graves qui peuvent survenir avec les capsules surrénales ou la glande thyroïde. L'activité thérapeutique et par suite la toxicité du suc ovarien est en effet bien moindre que celle du suc de ces glandes (14).

Inconvénients. — Nous signalerons, parmi les inconvénients que l'on adresse à la méthode par ingestion d'organes frais, la difficulté que l'on peut éprouver en certaines circonstances à s'approvisionner; la facilité avec laquelle ces glandes s'altèrent, la répugnance qu'elles peuvent déterminer chez certaines malades et surtout la possibilité de la contagion par des ovaires provenant de vaches tuberculeuses.

2° GLANDE SÈCHE. POUDRE D'OVAIRE. — Cette poudre est désignée par un abus de langage sous les noms d'ovarine, ovairine, ovareine, oophorine, ovigenine, etc. Cette terminaison en *ine* laisse supposer que ces produits organothéra-

(1) JOUIN. *Bull. de la Soc. obst. et gyn.*, oct. 1896.

(2) THOUVENAINT. *Bull. de la Soc. obst. et gyn.*, 1896.

(3) MAURANGE. *Bull. de thérap.*, 1897.

(4) DALCHÉ. *Bull. de thérap.*, 1898.

(5) DELAUNAY. *Presse méd.*, 27 janv. 1899.

(6) SPILLMANN et ÉTIENNE. Communication au Cong. de méd. de Nancy, 1896.

(7) TOULOUSE et MARCHAND. Thérapeutique ovarienne chez les épileptiques, *Bull. de la Soc. de biol.*, fév. 1899, et *Rev. de psychiatrie*, mars 1899.

(8) CÉRENVILLE, GILBERT et CARNOT, A. MOSSÉ. De l'état actuel de l'opothérapie, Rapports au Cong. de méd., Montpellier 1898.

(9) LISSAC. *Troubles consécutifs à la castration chez les femmes. Opothérapie ovarienne*, Th. de Paris, 1896.

(10) GOMÉS. *Action physiologique et thérapeutique de l'ovaire*, Th. de Paris, 1898.

(11) DEMANGE. *Pathogénie de la chlorose. Opothérapie ovarienne*, Th. de Nancy, 1898.

(12) LEBRETON. *Opothérapie ovarienne. Rôle du corps jaune*, Th. de Paris, 1899.

(13) GILBERT. *Contribution à l'étude de l'opothérapie ovarienne (aménorrée et dysménorrée)*, Th. de Paris, 1899.

(14) A. MOSSÉ. Prophylaxie des accidents de l'opothérapie, Cong. des Soc. savantes (Toulouse 1899), *Journ. officiel*, 8, 9 avril 1899.

rapiques contiennent un principe défini ou le ferment de la sécrétion interne de l'ovaire, alors que la composition de préparations portant le même nom peut différer sensiblement des unes aux autres.

La préparation de cette poudre est des plus simples : on recueille les ovaires dans des flacons stérilisés : on débarrasse ces organes des enveloppes, de la graisse et du sang qui les entourent; on les coupe alors en tranches fines ou bien on les réduit en pulpe. On porte ensuite à l'étuve (38 à 40 degrés) et vingt-quatre heures plus tard on obtient un produit facilement pulvérisable qui ne représente plus que 22 p. 100 du poids d'ovaires qu'on a introduit dans l'étuve. La dessiccation fait donc perdre aux ovaires 78 p. 100 de leur poids. Cette proportion est restée constante dans les divers essais que nous avons faits avec M. Arnaud, interne en pharmacie à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Pour ramener la masse au poids primitif on ajoute à la poudre desséchée 78 p. 100 d'un mélange de bicarbonate de soude et de sucre de lait. De cette façon chaque gramme de la masse correspond à 1 gramme de glande fraîche.

Doses. — La poudre d'ovaire est le plus souvent prescrite par petites doses. Il est important de savoir que dans les capsules, ovules, tablettes, d'ovarine du commerce, la richesse en substance active varie suivant la marque de fabrique. Il faut donc connaître le rapport en poids qui existe entre les divers produits et la glande qui a servi à les préparer. Il est bon, au début, de tâter la susceptibilité du malade : d'une façon générale, nous avons pu prescrire, pendant un temps assez long, 6 à 7 grammes de poudre d'ovaires, récemment préparée, sans avoir jamais encouru à ces doses le moindre désagrément.

Inconvénients. — Cette poudre s'altère avec la plus grande facilité elle contient alors des ptomaïnes toxiques, des bactéries et des micro-organismes pathogènes dont la présence peut déterminer des accidents sérieux. Toutefois, à cause de la facilité avec laquelle cette poudre s'administre (cachets, capsules, pilules, tablettes, etc.), elle est d'un usage courant.

3° Extraits fluides ou sucs ovariens. — L'extrait fluide le plus communément employé est l'extrait glycériné, préparé d'après la méthode générale de Brown-Séquard. On hache les ovaires, on les réduit à l'état de pulpe, que l'on place dans un flacon stérilisé contenant un poids donné de glycérine neutre. On laisse macérer pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on filtre à la bougie Chamberland sons pression de plusieurs atmosphères. L'extrait fluide ainsi obtenu peut être administré par la voie hypodermique, ou par la voie gastrique : dans ce dernier cas on lui donne comme véhicule le lait, le vin ou bien une potion au rhum ou au sirop. Ce suc ovarien peut également être administré par voie rectale.

4° Peptonisation des ovaires. — D'après Denaeyer (1) et Maurange (2), la peptonisation des ovaires rendrait ces organes moins facilement altérables et beaucoup plus assimilables. Voici un procédé qui nous a été indiqué par M. Arnaud pour préparer de l'extrait fluide ou de l'extrait sec d'ovaires peptonisés :

Prendre 125 grammes d'ovaires que l'on mettra à macérer pendant trente-six heures à 50 degrés dans 600 grammes d'eau additionnée de 4 grammes d'acide chlorhydrique et de 5 grammes de pepsine amylacée du Codex (titre 20). Laisser refroidir, filtrer, et mettre le liquide à évaporer dans l'étuve chauffée à 50 degrés. Au bout de quelques heures on obtiendra 30 à 35 grammes d'un liquide sirupeux, jaune doré, limpide, qui est l'extrait fluide d'ovaires peptonisés, administrable par les voies supérieures ou par la voie rectale. Cet extrait fluide, évaporé à siccité, laisse en résidu 12 à 15 grammes d'une poudre blanche, qui est l'extrait sec. Comme on le voit, 25 centigrammes du premier extrait ou 10 centigrammes du second représentent environ 1 gramme de glande fraîche. L'extrait sec, additionné de 90 p. 100 d'un mélange de bicarbonate de soude et de sucre de lait, fournit une poudre pouvant être prescrite en cachet et correspondant sensiblement à son poids de glande fraîche.

(1) Denaeyer. Cong. intern. de pharm., Bruxelles, août 1897.
(2) Maurange. Soc. de thérap., nov. 1897.

L'opothérapie ovarienne a été employée contre les affections les plus diverses. Nous étudierons seulement cette thérapeutique dans les cas suivants :

A. Opothérapie directe	I. Troubles de la ménopause. II. Aménorrhée. III. Dysménorrhée.
B. Opothérapie indirecte	IV. Chlorose. V. Goitre exophtalmique.
B. Opothérapie empirique	VI. Ostéomalacie.

I. Troubles de la ménopause. — 1° *Ménopause physiologique.* — La ménopause s'accompagne généralement de quelques troubles. Le plus souvent ceux-ci se réduisent à quelques bouffées congestives, jointes à un état de nervosité particulier. Mais dans quelques cas ils peuvent être plus accentués : les phénomènes congestifs ne se traduisant plus par de simples vapeurs, mais par des bouffées de chaleur incessantes et insupportables, par de la paresse intellectuelle, par des bourdonnements d'oreilles, de l'excitation psychique, etc. Les manifestations cutanées de la ménopause ne sont pas rares non plus, et consistent en éruptions acnéiques ou eczémateuses. Exceptionnellement les troubles de la ménopause atteignent un haut degré de gravité. Dans ce cas, le goitre exophtalmique peut apparaître avec tout son cortège symptomatique, et les troubles psychiques peuvent aller jusqu'à la folie.

Jusque dans ces derniers temps le traitement de ces troubles comprenait l'usage des douches, des toniques : fer, quinquina, arsenic ; de l'iodure de potassium et du régime lacté, quand il existait des signes évidents d'hypertension artérielle. Mais à l'heure actuelle, nombre de médecins tendent à combattre cette affection par l'opothérapie ovarienne, et de fait cette tendance est rationnelle, puisque ces troubles ne tiennent pas seulement à la suppression du flux hémorragique mensuel, mais surtout à la déficience d'une sécrétion interne, utile à l'équilibre hygide, et qu'on est naturellement incité à y remédier, en restituant cette sécrétion interne à l'organisme ; d'où l'utilité de l'opothérapie ovarienne. Cette médication a d'ailleurs *fait merveille* dans nombre de cas publiés par Mond, Mainzer, Landau, Jacobs, Muret, etc.

Pour notre compte personnel, nous avons expérimenté ce mode de traitement chez une malade ayant cessé d'être réglée à l'âge de cinquante-cinq ans, et conservant encore trois ans après cette époque divers troubles (suffocations, céphalalgie, bouffées de chaleur, efflorescences cutanées, eczéma,

excitation nerveuse, insommie). Chez cette malade l'opothérapie ovarienne prescrite à petite dose est restée sans effet, a produit une amélioration à dose moyenne et a déterminé enfin la guérison avec de fortes doses. L'effet de la glande en nature, dans ce cas, a été nettement supérieur à l'effet produit par la glande sèche.

Dans un second cas, qui nous a été communiqué par M. le professeur Mossé, l'opothérapie ovarienne (glande fraîche) a été souveraine chez une malade âgée de quarante-huit ans, et présentant, en dehors des troubles nerveux, un eczéma rebelle aux moyens thérapeutiques ordinaires.

2° *Ménopause artificielle.* — Les troubles de la ménopause chirurgicale sont assez nombreux et assez graves pour que Chroback ait pu dire avec apparence de raison « qu'ils lui avaient gâté toute la joie de ses succès opératoires, et l'avaient amené à constater qu'après les opérations qui paraissaient les mieux réussies l'état de la femme était plus mauvais qu'avant l'opération ». D'une façon générale les troubles de cette ménopause sont constitués par des bouffées de chaleur, jointes à un état neurasthénique plus ou moins grave (lassitude neuro-musculaire, céphalalgie, insomnie, irritabilité du caractère, anorexie, dyspepsie, constipation). Cet état n'est en somme que « l'exagération poussée jusqu'à l'insupportable des symptômes observés pendant la ménopause physiologique » (Chroback).

Leur fréquence est très grande; ils paraissent même être de règle chez les ovariotomisées, mais leur intensité est variable; très légers chez les unes, très graves chez les autres. L'âge semble jouer un rôle important dans leur production. Chroback pense que les femmes les supportent d'autant plus mal qu'elles sont opérées plus jeunes. Ce sont surtout chez celles-ci que surviennent les troubles psychiques, tandis que les phénomènes congestifs dominent, chez celles qui sont opérées au voisinage de la ménopause.

Les moyens thérapeutiques dont disposait le médecin, en présence de ces troubles, étaient peu nombreux et incertains. La suggestion, les douches, les bains, le bromure de potassium et la saignée constituaient toutes ses ressources. Aussi l'introduction dans la pratique de l'opothérapie ovarienne a-t-elle été particulièrement précieuse dans ces cas. La statistique de Jacobs (1) en paraît la meilleure preuve. Sur 244 femmes ayant subi des mutilations plus ou moins graves des organes génitaux, cet auteur a obtenu les résultats suivants, par l'emploi du vin oophoriné : 116 guérisons définitives, 48 guérisons passagères, 61 améliorations, 19 insuccès.

Dans un travail antérieur (2), nous avons réuni 41 observations détaillées de troubles de la ménopause artificielle, traités par la médication ovarienne, observations empruntées à Mainzer, Mond, Lissac, Bestion, Muret, et, sur ces 41 cas, nous relevons 6 guérisons complètes, 25 améliorations rapides, marquées et persistantes, 5 améliorations passagères et 5 insuccès. Cette statistique, pour être moins brillante que celle de Jacobs, n'en est pas moins des plus encourageantes, et permet d'attribuer une supériorité marquée à l'opothérapie ovarienne sur toutes les autres médications, dans le traitement des troubles de la ménopause artificielle.

II. Aménorrhée. — L'aménorrhée est la suppression temporaire de la menstruation pendant la vie sexuelle de la femme.

(1) Jacobs. IVe Cong. de la Soc. belge de chir., Gand 1898.

(2) Prosper Mossé. *État actuel de l'opothérapie ovarienne*, Th. de Toulouse, 1899. — Paris 1899, J.-B. Baillière.

En dehors de la grossesse et de l'allaitement, dans lesquels elle est physiologique, l'aménorrhée a toujours une signification pathologique. On désigne enfin, sous le nom d'aménorrhée, le retard qui survient dans l'instauration menstruelle chez certaines jeunes filles ayant depuis longtemps dépassé l'âge de la puberté.

Le traitement de cet état doit avant tout être symptomatique et répondre aux indications spéciales qui peuvent se présenter. Dans certains cas, on a recours à toute une série d'excitants que l'on désigne sous le nom d'emménagogues. Le nombre et la variété de ces agents montrent que la plupart du temps leur action est incertaine. L'opothérapie orarienne compte sa part de succès dans le traitement de cas d'aménorrhée indépendants de lésions génitales définies. Nous avons notamment vu une jeune fille de seize ans qui, à la suite d'une chorée (guérie d'ailleurs sans difficulté par l'isolement, la balnéation et les toniques), eut une longue période aménorrhéique, avec hémorragies nasales mensuelles (règles déplacées). L'opothérapie ovarienne prescrite à cette jeune fille, sous forme de glandes fraîches (ovaires de vache d'abord, de brebis ensuite), a déterminé le retour complet et régulièrement périodique de l'écoulement génital avec disparition des règles déplacées. Chez une seconde malade, âgée de trente-six ans, névropathe à un haut degré, aménorrhéique depuis six mois, présentant tous les mois des phénomènes pénibles de molimen cataménial, le traitement opothérapique (sous forme de poudre d'ovaires de vache, en cachets) a amené au bout de dix jours une très légère hémorragie génitale, avec disparition de tous les phénomènes douloureux que nous avions notés. Par contre, le même traitement s'est montré dépourvu de toute efficacité chez deux chlorotiques aménorrhéiques. L'une de celles-ci avait cependant pris, dans l'espace d'un mois, 133 grammes de poudre d'ovaire de vache, ce qui correspondait très sensiblement à 650 grammes de glande fraîche.

Touvenaint, Jacobs, Mainzer, Dèmange ont cité des cas dans lesquels l'opothérapie ovarienne avait réussi à provoquer la menstruation chez des jeunes filles de quinze, dix-huit, vingt-deux ans, qui n'avaient pas encore été réglées. Nous avons été moins favorisé chez une jeune fille de seize ans, non encore reglée, mais présentant tous les attributs de la puberté, à laquelle nous avons fait ingérer sans effet, dans l'espace d'un mois, 358 ovaires de brebis (295 grammes en poids). Il en a été de même chez une malade, en traitement dans le service de notre ami M. Baylac, médecin des hôpitaux. Cette fille, qui avait atteint l'âge de vingt-sept ans sans jamais avoir été réglée, fut soumise, pendant deux semaines, à l'opothérapie ovarienne à très hautes doses (65 *grammes par jour de glande fraîche*). Le résultat fut nul. En définitive, nos observations personnelles nous portent à penser que, sous l'influence de la médication ovarienne, l'écoulement menstruel supprimé reparaîtra souvent.

L'instauration menstruelle, chez des jeunes filles non encore réglées, quoique pubères, sera difficilement provoquée par la même méthode.

III. Dysménorrhée. — Par ce mot dysménorrhée, on entend le trouble morbide résultant de l'accomplissement difficile, douloureux ou incomplet de la fonction menstruelle.

Parmi les conditions qui entraînent la dysménorrhée, les unes paraissent en partie sous la dépendance d'un trouble, d'une insuffisance de la fonction ovarique, les autres résultent plutôt d'un obstacle à l'excrétion des menstrues. Dans le pre-

mier cas, l'emploi des préparations ovariques destinées à combattre les troubles provoqués par la déficience de la sécrétion interne semble rationnel et doit être tenté. Dans le second, l'opothérapie relève de l'empirisme et paraît, sinon interdit *à priori*, du moins peu susceptible d'amener l'amélioration spontanée.

D'une façon générale, la dysménorrhée est rebelle aux moyens thérapeutiques ordinaires, sutout dans les cas où elle est dite idiopathique. Elle coexiste d'ordinaire alors avec un trouble du système nerveux (hystérie, névrose) ou de l'hématopoièse (chlorose, anémie). Elle a paru dans ces cas pouvoir bénéficier, dans une certaine mesure, de l'opothérapie ovarienne. Personnellement, nous n'avons aucune expérience de cette médication dans la dysménorrhée; toutefois nous avons eu l'occasion de lire certaines observations de Kleinwächter, Muret, Gomés, qui nous laissent penser que l'on peut fonder quelque espoir sur le traitement ovarien, dans quelques formes de dysménorrhée.

IV. Chlorose. — Le premier travail publié en France sur le traitement de la chlorose par l'opothérapie ovarienne, est la communication déja citée de Spillman et Étienne, au Congrès de médecine en 1896. Presque au même moment Carlo Fideli en Italie, Muret en Suisse, Jacobs en Belgique avaient recours à l'ovariothérapie chez les chlorotiques. Un peu plus tard, Touvenaint, Maurange, Bestion et Demange ont apporté les plus intéressants documents sur cette médication.

Demange, en particulier, a étudié cette méthode à la clinique du professeur Spillmann, sur un grand nombre de chlorotiques (une vingtaine environ); chez toutes il a cru constater l'excellence de l'ovariothérapie, qui a rapidement déterminé chez elles : 1° l'augmentation du nombre des globules rouges et du pouvoir colorant du sang; 2° l'amélioration de l'état général avec augmentation de l'appétit, du poids et des forces; 3° la disparition des troubles menstruels si fréquents dans la chlorose etc., etc.

Aux résultats si favorables de Demange viennent s'opposer, il est vrai, les recherches récentes de Schaumann et Willebrand (1), sur la régénération du sang dans la chlorose. D'après ces auteurs, le traitement ovariothérapique, imposé pendant douze jours consécutifs à trois chlorotiques, n'a déterminé chez elles aucune modification. Par contre, la vieille médication martiale, représentée par le sulfale de fer à la dose de 60 centigrammes à 1gr80 par jour, a amené une rapide amélioration de ces malades. On peut constater chez elles, dès le début du traitement ferrugineux, l'augmentation du nombre des globules rouges (avec accroissement de leur diamètre moyen) et de l'hémoglobine.

Nos observations concordent d'ailleurs avec les résultats de Schaumann et Willebrand. Nous avons traité, dans le service de M. le professeur Mossé, trois jeunes filles, à peu près du même âge et atteintes de chlorose au même degré. La première de ces malades fut traitée par l'opothérapie ovarienne, pendant que la seconde était soumise au traitement martial; puis, à un moment donné, les rôles furent intervertis, de telle sorte que nous avons pu comparer à la fois les résultats de ces deux médications. L'opothérapie ovarienne, chez toutes les deux (administré sous forme de glande fraîche), n'eut qu'une action des plus incertaines, tandis que l'administration du fer fut rapidement suivie d'une amélioration manifeste de l'état général, coïncidant avec une augmentation du nombre des hématies. Notre troisième jeune fille, atteinte de chlorose rebelle, deux fois améliorée par la médication martiale, fut soumise d'abord au traitement organothérapique (poudre d'ovaire), puis au traitement martial. Chez elle, également, le traitement ferrugineux montra sa supériorité.

Nos observations, contemporaines de celles de Schaumann et Willebrand, nous ont donc conduit à une même conclusion : la médication martiale conserve sa suprématie dans le traitement de la chlorose.

Cette concordance de recherches, indépendantes les unes des autres et faites au même moment en des endroits différents, nous paraît d'autant plus digne de remarque que nous avions commencé nos recherches en croyant arriver à un résultat analogue à celui qui avait été noté par Demange.

V. Goitre exophtalmique et goitre basedowifié. — L'opothérapie ovarienne semble avoir trouvé une de ses applications dans le traitement de certaines variétés de la maladie de Basedow. Son emploi serait indiqué surtout lorsque cette névrose se rattache à l'altération ou à la destruction des fonctions ovariennes. Ces cas ne sont certes pas exceptionnels. Le basedowisme survenant lors de la ménopause physiologique ou chirurgicale est, en somme, chose bien connue. Et si les résultats publiés de l'opothérapie ovarienne dans la maladie de Basedow paraissent jusqu'ici si favorables, ne serait-ce pas qu'ils se rattachent tous à des cas de cette nature?

Muret, l'un des premiers, en obtint de très bons résultats chez une femme atteinte d'un volumineux fibrome de l'ovaire et présentant à l'état permanent des palpitations, de l'angoisse précordiale, une exophtalmie légère et un gros goitre vasculaire. Une amélioration sensible se manifesta après quatorze injections de suc ovarique.

Jayle administra le même traitement à une femme ovariotomisée, qui présentait, au milieu de troubles divers, quelques symptômes de la maladie de Basedow. Le résultat fut parfait.

Jouin améliore, en fort peu de temps, deux femmes atteintes de maladie de Basedow fruste, à l'époque de la ménopause.

Même résultat favorable pour Seeligmann, qui employa les tablettes d'ovarine dans plusieurs cas de maladie de Basodow avec troubles de la menstruation. L'une des malades ainsi traitée avait même subi, sans être améliorée, la thyroïdectomie.

Dalché, dans un cas de goitre exophtalmique fruste de la ménopause, constitué par l'hypertrophie du corps thyroïde, l'accélération des battements du cœur et un tremblement vibratoire, obtint, par les capsules d'ovarine, la disparition des palpitations et de l'angoisse.

Delaunay, chez une femme atteinte de maladie de Basedow à l'époque de la ménopause, eut recours à l'ovariothérapie après avoir employé sans succès la thyroïdine. Le résultat fut merveilleux.

Nous-même avons eu l'occasion d'employer ce traitement chez une malade atteinte de goitre ancien, basedowifié à l'époque de la ménopause. Au bout d'un mois de traitement ovariothérapique (poudre d'ovaires de vache, 121 grammes en tout, correspondant sensiblement à 600 grammes de glande fraîche), nous avions obtenu une amélioration des

(1) Schaumann et Willebrand. *Berlin. klin. Wochens.*, in *Méd. moderne*, fév. 1899.

plus manifestes. Fait à noter, cette femme avait été antérieurement soumise à la médication thyroïdienne, et ce traitement était resté sans effet.

VI. Ostéomalacie. — Senator eut recours à ce traitement dans l'ostéomalacie. Cette tentative parut déterminer, sur la malade ainsi traitée, une amélioration assez nette; mais de nouvelles observations de Bernstein, de Latzko et Schnitzler sont venues nous montrer que l'opothérapie ovarienne, même employée à haute dose et pendant un temps assez prolongé, était aussi peu efficace que la plupart des traitements employés jusqu'ici contre cette redoutable affection.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(4 octobre 1899)

La Société de chirurgie a repris ses séances. Après un légitime hommage rendu à Alfred Marchand et à William Duncan, qui ont succombé pendant les vacances, M. le président Pozzi a donné la parole à M. Schwartz pour la continuation de la discussion sur l'**hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer du col de l'utérus.**

Depuis deux ans, M. Schwartz a complètement abandonné l'hystérectomie vaginale pour l'hystérectomie abdominale dans les cas de cancer utérin. Les résultats opératoires qu'il a obtenus ont été parfaits. Quant aux résultats thérapeutiques, on ne saurait encore les apprécier à leur juste valeur après seulement deux années. Antérieurement, lorsqu'il avait recours à l'hystérectomie vaginale, il constatait que la récidive se faisait après deux ans, souvent après deux ou trois mois seulement. Tels sont les résultats, assez peu encourageants, qu'il a obtenus après 25 hystérectomies vaginales pour cancer. C'est pourquoi il a abandonné cette opération pour l'hystérectomie abdominale.

Il a recours, pour cette opération, à la technique habituelle. Mais, au point de vue du manuel opératoire, il insiste tout particulièrement sur l'extrême importance d'une bonne désinfection préalable du col. Après une bonne toilette du vagin, il saisit le col, l'évide, le cautérise, le détruit plus ou moins totalement et bourre la cavité vaginale de gaze iodoformée. Cela fait, il pratique la laparotomie, la malade étant dans la position de Trendelenburg. Il recherche les ganglions, mais il n'en a trouvé que dans un seul cas, au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive en iliaque interne et externe. Il n'a jamais eu à faire ce que l'on a appelé l'évidement du bassin. Il a ainsi opéré 6 malades; elles ont très bien guéri de leur opération.

Jusqu'ici, c'est très bien; mais il reste à apprécier les résultats thérapeutiques : c'est ce qu'a fait M. Schwartz avec sa conscience habituelle. La première malade, opérée il y a deux ans, a eu une récidive après dix-huit mois et elle vient de succomber. Mais cette malade avait une propagation de son cancer jusqu'à la base du ligament large, et M. Schwartz est convaincu que, s'il avait opéré cette malade par le vagin, il n'aurait pas tout enlevé comme il l'a fait par l'hystérectomie abdominale. La seconde malade, opérée il y a dix-huit mois, a eu une récidive après douze mois. Les autres malades ont été opérées plus récemment et n'ont pas encore de récidive.

En somme, résultats très bons au point de vue de l'opération, mais résultats thérapeutiques encore bien médiocres et, nous semble-t-il, bien peu différents de ceux qu'on peut obtenir par d'autres interventions.

M. Monod a fait un court rapport sur un **procédé de suture particulier** employé par M. Vanverts **dans la cure radicale des hernies**. Ce procédé consiste en une suture dans un seul plan; M. Vanverts prend, avec un seul fil, très peu de peau, beaucoup de muscle et très peu de péritoine. Il applique à la cure des hernies le procédé que M. Monod emploie pour ses sutures après la laparotomie. Il laisse le cordon en arrière de la suture. Ce procédé n'est pas nouveau et, ainsi que le reconnaît très loyalement M. Vanverts, il a été préconisé autrefois par M. Villar (de Bordeaux).

M. Morestin a présenté une jeune femme qui, après avoir accouché, était tombée dans un état très grave; on sentait une tumeur dans le ventre et elle allait succomber à des phénomènes d'**obstruction intestinale.** M. Morestin a fait immédiatement la laparotomie et a trouvé une anse d'intestin grêle qui, passant par une perforation du mésentère, avait formé un volvulus. Cette malade, malgré l'état déplorable dans lequel elle se trouvait, a parfaitement guéri.

La plupart des nombreux orateurs inscrits n'ayant pas répondu à l'appel de leur nom, la séance a dû être levée bien avant l'heure habituelle.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES
Tenu à Bruxelles du 25 au 28 septembre 1899.

Les questions qui se rattachent aux assurances sur la vie revêtent de jour en jour un plus grand intérêt pour les médecins. Avec le grand développement pris à notre époque par ce genre d'assurance, le médecin est exposé tous les jours à se voir demander son avis à ce sujet par un client, quand il n'est pas intéressé plus directement en qualité de médecin de compagnie d'assurances. Le Congrès qui vient de se tenir à Bruxelles est donc arrivé à point pour montrer toute l'importance qui se rattache à cette question. Deux cents adhérents environ se sont réunis sous la présidence du docteur Vleminckx (de Bruxelles). L'un des vice-présidents était notre confrère M. le docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, membre de l'Académie de médecine.

L'utilité d'un formulaire médical universel est l'objet d'un rapport de M. Poels qui montre que :

L'adoption par toutes les compagnies d'assurances d'un même modèle de formulaire, tant au point de vue du questionnaire destiné aux candidats, qu'à celui du rapport médical, aurait des avantages manifestes dont bénéficieraient également le mouvement scientifique (en permettant de faire des statistiques exactes) et les compagnies d'assurances.

Celles qui adopteraient le formulaire universel, n'abdiqueraient d'ailleurs en rien leur droit d'y ajouter les questions qu'elles jugeraient nécessaires. Ainsi, dans chaque pays on tiendrait compte des conditions ethnographiques, topographiques, climatologiques locales (race, milieu, habitudes, genre de vie, résistance des habitants, etc.); mais avant tout, il importe de rejeter de ce programme tous les éléments surannés.

Et à l'appui de son rapport très documenté, M. Poëls dépose un projet de formulaire extrêmement complet.

Le secret médical et l'assurance sur la vie sont étudiés par M. J. Van Geuns (d'Amsterdam). D'après lui, le médecin traitant ne peut délivrer aux compagnies d'assurances sur la vie, de certificat sur l'état de santé et sur les antécédents morbides de son client, mais il lui est permis de répondre

à des questions bien définies concernant la santé du client et pouvant tendre à faire accepter une assurance qui, sans cela, serait refusée. De même, le secret professionnel ne défend pas au médecin de l'assuré de mentionner la cause de la mort dans la déclaration de décès, demandée par une compagnie d'assurances sur la vie, sauf pour les cas de suicide, dans lesquels certaines compagnies ne paient pas le montant de l'assurance.

Quelques données statistiques sur la mortalité des assurés sont ensuite fournies par M. A. FERRAND (de Paris). Il apporte les chiffres fournis par une expérience de vingt années, et nous voyons que la mortalité par maladies de la poitrine atteint le cinquième de la mortalité totale. Puis viennent les maladies des voies digestives et annexes; enfin, dans l'ordre de décroissance, les maladies du cœur, du cerveau, des voies urinaires, les fièvres typhoïdes, les suicides et les suites de couches. Notons, en outre, que la mortalité générale des assurés est plus forte dans les dix dernières années; mais comme le chiffre total des assurés s'est beaucoup accru d'année en année, il faut se garder d'en conclure que la mortalité s'est accrue en réalité.

Si l'on compare l'augmentation des polices à celle de la mortalité, on voit que celle-ci a augmenté un peu plus que le nombre des polices, puisque la mortalité s'est accrue pendant cette période. Tandis que le chiffre de la mortalité augmentait de trois sixièmes, celui des polices n'augmentait que des deux sixièmes. C'est un résultat qui peut bien, au premier abord, causer quelque surprise. Mais il ne faudrait pas oublier qu'un autre élément entre en cause : en même temps que les polices se multiplient, celles qui ont été souscrites les premières voient s'avancer l'âge de leurs bénéficiaires et augmenter, par suite, leurs chances de mortalité.

M. E. HOUZÉ (de Bruxelles) montre ensuite les rapports **de l'anthropologie et de l'assurance sur la vie.** Il demande que le questionnaire à remplir par le médecin d'assurance sur la vie contienne une annexe anthropométrique comprenant certaines mensurations utiles au médecin.

M. MORITZ (de Saint-Pétersbourg) insiste sur l'examen **du cœur** à propos de l'assurance sur la vie.

Dans son rapport sur le **diagnostic précoce de la paralysie générale progressive,** M. R. VERHOOGEN (de Bruxelles) fait une excellente étude clinique de cette maladie. Peut-être, cependant, n'insiste-t-il pas assez sur les règles qui doivent être suivies dans l'admission des proposants.

M. CROCQ (de Bruxelles) divise les **névroses traumatiques** en névroses graves et névroses pures. Pour établir les responsabilités il faut : prouver la réalité de l'accident; déterminer si l'accident est la cause réelle de la maladie; écarter toute simulation et toute exagération; faire le diagnostic et établir le pronostic, ce qui n'est pas chose facile.

M. MAHILLON (de Bruxelles) recherche **quels sont les neurasthéniques que l'on doit admettre, quels sont ceux qu'il faut refuser?** Dans le plus grand nombre des cas l'acceptation des neurasthéniques est possible, mais il faut tenir compte : 1° du bilan héréditaire du proposé et de la nature du terrain dont il est porteur; 2° des circonstances qui ont accompagné ou déterminé la naissance de l'affection et influenceront sa marche vers la guérison ou vers l'aggravation.

M. MEYER (de Metz), chargé d'étudier l'**hérédité tuberculeuse considérée au point de vue de son influence sur l'assurance-vie,** conclut que l'hérédité est une cause prédisposante, mais seulement au même titre que les autres causes qui diminuent la force de résistance de l'organisme. Elle n'est ni fatale, ni même très fréquente, et tout sujet sain, vigoureux et de constitution normale, peut être admis comme assuré, même s'il est issu de parents tuberculeux.

L'admissibilité des syphilitiques à l'assurance sur la vie doit être refusée, d'après M. BAYET (de Bruxelles), toutes les fois que l'infection date de moins de trois ans. Pour les autres syphilitiques les conditions varient suivant que le candidat a subi ou non un traitement suffisant. Dans le premier cas, le proposant ne sera admis qu'après trois ans révolus à partir de l'accident initial et si depuis une année il n'a plus présenté de symptômes de cette affection. Dans le second cas il faut tenir compte des accidents tertiaires et des affections parasyphilitiques (tabes) et n'admettre le candidat que dix ans après l'accident primitif. Pour les femmes cette limite pourra être abaissée à six ans. Quant aux enfants hérédo-syphilitiques, ils doivent être radicalement refusés.

M. WEILL-MANTOU (de Paris) étudie dans son rapport : **la fraude, en matière d'assurance sur la vie,** et insiste sur les moyens de dépister les réticences et les fausses déclarations, « les fraudeurs en connaissance de cause et les fraudeurs sans le savoir ».

Puis M. LEBŒUF (de Bruxelles) à qui est échue à traiter **l'admissibilité des glycosuriques** propose de refuser tout candidat atteint de diabète, de glycosurie simple, de glycosurie intermittente et ne fait d'exception qu'en faveur d'un postulant ayant souffert antérieurement d'une glycosurie accidentelle de courte durée, disparue sans rechute depuis au moins cinq ans et chez lequel on ne retrouvera aucune tare personnelle ou héréditaire de manifestation suspecte quelconque, l'analyse démontrant d'autre part l'existence d'une formule urinaire en tous points physiologique.

Après un rapport de M. VERRIEST (de Louvain), sur la **continuité des états morbides à travers la vie,** M. DE BOECK (de Bruxelles) montre que, dans **l'alcoolisme chronique,** l'assureur devra tenir un large compte de l'alcoolisme des parents dans l'évaluation de la capacité vitale d'un individu. L'alcoolique doit être considéré en tout cas comme plus vieux que son âge.

Enfin, après avoir examiné les rapports de la tuberculose, de la syphilis, du diabète, de l'alcoolisme avec l'assurance-vie, le Congrès entend le rapport de M. WYBAUW (de Bruxelles) sur **l'admissibilité des albuminuriques.** Toute albuminurie constante doit amener un refus d'assurance. Il en est de même de toute albuminurie persistant six mois après une maladie infectieuse. Dans l'albuminurie cyclique il ne semble pas que la Compagnie doive refuser définitivement le proposant s'il a moins de trente ans, et si l'albumine ne dépasse pas 0,5 p. 100. Si l'albuminurie se prolonge au delà de cinq ans, la Compagnie doit refuser de continuer l'assurance.

Enfin M. MATTEI (de Bruxelles) montre les grands services que peut rendre la **radiographie en matière d'assurances.** En effet la radiographie est indispensable pour établir l'importance ou l'existence de certaines affections, mais par une mauvaise utilisation cette méthode peut être une cause d'erreur ou de fraude.

Le prochain Congrès se tiendra à Amsterdam en 1901.

FORMULAIRE

Traitement de la métrite cervicale par les badigeonnages iodés.

M. Carrière conseille des badigeonnages du col avec la solution suivante :

Teinture d'iode du Codex.	*ãã*	10 grammes.
Glycérine neutre		

Les renouveler tous les deux jours, puis tous les trois jours, dans la suite enfin une fois par semaine.

Prendre en même temps tous les matins une injection suivant la formule suivante :

Iode bi-sublimé...........	0g50 centigr.
Iodure de potassium........	1 gramme.
Eau bouillie	1000 grammes.

A la suite de ce traitement qui doit être continué une quinzaine de jours, on observe souvent la guérison de la métrite cervicale.

Contre la sueur des mains.

Borax..................	*ãã*	15 grammes.
Acide salicylique........		
Acide borique...............		5 —
Glycérine...............	*ãã*	60 —
Alcool dilué		

Mêlez. Frictionner trois fois par jour les mains avec cette teinture. (*Nouveaux remèdes.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jury de l'internat. — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Claisse, Courtois-Suffit, Gouguenheim, Troisier, Mauclaire, Poirier, B. Anger, Bouffe de Saint-Blaise, qui ont accepté; Ribémont-Dessaigne et Legueu, qui n'ont pas fait connaître leur décision.

Jury de l'externat. — Le jury est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Lamy, Teissier, Auvray, Launay, Roubinovitch, Legry, Morestin et Brindeau.

Hôpitaux de province. — *Toulouse.* — Un concours s'ouvrira le lundi 23 octobre 1899, à l'Hôtel-Dieu-Saint-Jacques, pour cinq places d'internes en médecine et trois places d'internes provisoires. Les inscriptions seront reçues au secrétariat général, à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au samedi 21 octobre, à cinq heures du soir.

Marine. — M. Titi, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital de Rochefort.

MM. le docteur Vincent, médecin de première classe du cadre de Brest; Clemot et Ducorps, commissaires de deuxième classe des cadres de Rochefort et de Brest, seront réservés pour un embarquement en escadre à leur débarquement du *Friant* et du *Davout*.

— MM. les médecins de première classe Brangon-Bourgogne, du cadre de Toulon, et Thamin, du cadre de Lorient, sont désignés pour remplacer dans la division de l'Extrême-Orient et du Pacifique occidental : le premier, M. le docteur Houdart, embarqué sur le *Jean-Bart*; le second, M. le docteur Santelli, embarqué sur le *Pascal*.

Guerre. — Par décret, en date du 30 septembre 1899, sont promus dans le corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre du 1er octobre 1899, et maintenus à leur poste actuel MM. les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent :

Sacquépée, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; Job, au 2e dragons; Calais, au 8e dragons; Massoulard, au 14e dragons; Vandenbossche, au 22e d'artillerie; Danis, au 19e d'artillerie; Capmas, au 30e dragons; Dopter, au 12e d'artillerie; Langlois, au 158e d'infanterie; Finck, au 37e d'infanterie; Scheffler, au 16e d'infanterie; Ardoin, au 11e d'infanterie, Masson, au 9e cuirassiers; Costa, au 24e bataillon de chasseurs à pied; Brun, au 58e d'infanterie; Bertelé, au 9e chasseurs à cheval; Conte, au 7e du génie; Dejouany, au 97e d'infanterie; Jacquemin, au 4e chasseurs à cheval; Grall, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; Camus, au 27e chasseurs à pied; Trutié de Vaucresson, à l'hôpital militaire de Bastia; Perrin, au 23e d'infanterie; Gauthier, au 4e bataillon de chasseurs à pied; Séguinaud, au 5e d'artillerie; David de Drezigue, au 28e d'infanterie; Cassan, au 7e d'infanterie; Fadeuilhe, au 17e d'artillerie; Bourcier, au 21e dragons; Boudriot, au 45e d'infanterie; Guignot, au 39e d'artillerie; Théaulon, au 30e d'infanterie; Rabuson, au 138e d'infanterie; Duffau, au 4e cuirassiers; Baills, au 94e d'infanterie; Mendy, au 23e dragons; Brisard, au 2e d'infanterie; Dumery, au 6e d'infanterie; Faideau, au 128e d'infanterie; Bierer, au 15e bataillon de chasseurs à pied; Martin, au 22e d'infanterie; Folly, au 77e d'infanterie; Pinet, au 29e dragons; Paul, au 116e d'infanterie; Navas, au 139e d'infanterie; Taste, au 14e d'artillerie; Rouffiandis, au 134e d'infanterie; Le Bihan, au 71e d'infanterie; Baron, au 96e d'infanterie; Ehrmann, au 132e d'infanterie; Vignal, au 1er d'artillerie; Picou, au 133e d'infanterie; Julia, au 1er bataillon de chasseurs à pied; David, au 9e dragons; Thiébaut, au 25e bataillon de chasseurs à pied; Dickson, au 21e d'artillerie; Pélissié, au 1er d'infanterie; Wagon, au 174e d'infanterie; Anguéau, au 62e d'infanterie; Gabrielle, au 18e bataillon de chasseurs à pied.

Manœuvres du service de santé. — Fort peu de médecins de réserve et encore moins de spectateurs assistaient avant-hier à la manœuvre qui a eu lieu du côté du Bourget malgré le temps splendide qu'il faisait. Il est vrai que peu de zones de la banlieue sont aussi déshéritées. Mais grâce à l'excellent choix du terrain la manœuvre a été des plus intéressantes au point de vue du service de santé qui a fonctionné pendant le combat. M. le général Brugère, l'inspecteur général Dujardin-Beaumetz, les inspecteurs Dieu et Chauvel assistaient à la manœuvre.

Hier a eu lieu l'exploration du champ de bataille et la dispersion des blessés sur les points d'hospitalisation. Le gîte d'étape était Gonesse.

Aujourd'hui, quatrième journée de la manœuvre, le service de santé a fonctionné dans un détachement de toutes armes chargé de la poursuite le long de la route de Paris à Lille.

Faculté de médecine de Paris. — CONSIGNATIONS POUR EXAMENS QUI SE PASSENT EN SESSIONS. — 1. *Ancien régime.* — *Premier examen de doctorat.* — 1° Session d'octobre 1899 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 9 et 10 octobre 1899. La session aura lieu du 23 au 28 octobre 1899.

2° Session de janvier 1900 : Seront admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1899. La cinquième et la sixième inscriptions seront délivrées en janvier 1900, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1899, après immatriculation et versement des droits réglementaires. Les consignations seront reçues les 18 et 19 décembre 1899. La session aura lieu dans la première quinzaine de janvier 1900.

3° Session de juillet 1900 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 18 et 19 juin 1900. La session aura lieu du 2 au 7 juillet 1900.

Deuxième examen (première partie). — Session de mars à mai 1900 : Seront admis tous les candidats pourvus de dix inscriptions au moins, non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 5 et 6 mars 1900. La session commencera le 12 mars 1900.

Deuxième examen (deuxième partie). — Session de novembre 1899 à mars 1900 : Seront admis les candidats pourvus de douze inscriptions non périmées. Les consignations seront re-

çues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 9 octobre 1899 au 6 février 1900. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 23 octobre 1899 au 1er mars 1900. La quatorzième inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la deuxième partie du deuxième examen.

Examens de fin d'année (*Officiat*). — 1° Session d'octobre 1899 : Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1899 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 9 et 10 octobre 1899. La session aura lieu du 23 au 28 octobre 1899.

2° Session de juillet 1900 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, quatre, huit ou douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 11 et 12 juin 1900. La session commencera le 25 juin 1900.

N.-B. — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. *Nouveau régime.* — *Premier examen de doctorat.* — Session de mars à mai 1900 : Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 2, 3, 5 et 7 mars 1900. La session commencera le 12 mars 1900.

Deuxième examen de doctorat. — Session de novembre 1899 à mars 1900 : Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 9 octobre 1899 au 7 février 1900. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 23 octobre 1899 au 1er mars 1900. La dixième inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au deuxième examen.

III. *Avis aux candidats ajournés.* — Les candidats au deuxième examen de doctorat (deuxième partie), ancien régime, et au deuxième examen de doctorat, nouveau régime, ajournés avant le 1er mars 1900, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 14 au 31 mai 1900. Ils devront consigner les 30 avril et 1er mai 1900. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous pour les candidats ajournés au deuxième examen (première partie), ancien régime, et au premier examen, nouveau régime.

Pour les candidats ajournés au deuxième examen de doctorat (première partie), ancien régime, et au premier examen de doctorat, nouveau régime : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la première quinzaine de juin (à partir du 11 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 11 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 13 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 12 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés avant le 13 mai consigneront les 21, 22, 28 et 29 mai inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 13 mai et avant le 1er juin, consigneront les 11 et 12 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Limites des consignations des examens qui ne se passent pas en sessions. — I. Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 9 octobre jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Doctorat (ancien régime). — Deuxième examen, première partie, jusqu'au 6 mars 1900. (Toutefois, les élèves entrant en troisième année au mois d'octobre 1899 ne pourront consigner que les 5 et 6 mars 1900.) Deuxième examen, deuxième partie, jusqu'au 6 février 1900 (voir l'avis pour les consignations des examens se passant en session). Troisième examen, première partie, jusqu'au 20 février 1900. Troisième examen, deuxième partie, jusqu'au 2 avril 1900 (les deux parties du troisième examen, nouveau régime, sont subies entre la treizième et la seizième inscription). Quatrième examen, jusqu'au 15 mai 1900. Cinquième examen, première partie, jusqu'au 12 juin 1900 (les candidats à cet examen ne seront admis à consigner que sur la justification du stage obstétrical exigé). Cinquième examen, deuxième partie, jusqu'au 26 juin 1900. Thèse, jusqu'au 3 juillet 1900 (passé le 3 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits).

Doctorat (nouveau régime). — Premier examen, jusqu'au 6 mars 1900 (toutefois, les élèves entrant en deuxième année au mois d'octobre 1899, ne pourront consigner que les 6 et 7 mars 1900). Troisième examen, première partie, jusqu'au 20 février 1900, deuxième partie, jusqu'au 2 avril 1900 (les deux parties du troisième examen, nouveau régime, sont subies entre la treizième et la seizième inscription).

Officiat. — Premier examen définitif, jusqu'au 6 mars 1900. Deuxième examen définitif, jusqu'au 2 avril 1900. Troisième examen définitif, jusqu'au 26 juin 1900.

II. MM. les candidats ajournés avant le 1er juin 1900 sont informés que : 1° l'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 11 juin); l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 11 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 11 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 12 juillet, pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 19 et 20 mars, ou les 21, 22, 28 et 29 mai, inclusivement, dernier délai. Pour les examens autres que la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 13 mai consigneront les 21, 22, 28 et 29 mai, inclusivement, dernier délai; les candidats ajournés après le 13 mai et avant le 1er juin consigneront les 11 et 12 juin, inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

MM. les étudiants qui désirent terminer leurs études sont priés de ne pas attendre la limite des consignations. Ceux qui consignent à cette époque ne sont appelés ordinairement que troie semaines et quelquefois un mois après.

Statistique. — Mortalité à Paris du 24 au 30 septembre 1899 (39e semaine), 759 décès; chiffre un peu supérieur à celui de la semaine précédente (698), mais inférieur à la moyenne ordinaire des semaines d'octobre (865). L'état sanitaire continue à être satisfaisant. La fièvre typhoïde reste stationnaire (21 décès). Les autres maladies épidémiques sont rares. La rougeole n'a causé que 4 décès, la scarlatine 1, la coqueluche 4, et la diphtérie 2. Tous ces chiffres sont au-dessous de la moyenne. La variole n'a produit aucun décès depuis douze semaines.

La fièvre typhoïde à Paris en juillet-août 1899. — Il y a peu de temps, M. Thoinot montrait le rôle joué par la Vanne dans la dernière épidémie parisienne de fièvre typhoïde. Poursuivant son enquête il a été amené à circonscrire ses recherches autour de l'une des sources de la Vanne, *la source du Miroir*. De là vient, paraît-il, tout le mal. Comment cette source a-t-elle été contaminée? Sur ce point l'étiologie hydrique reste encore obscure.

Le microbe de la grossesse. — Un clergyman se promenait dans les environs de sa paroisse, quand il aperçut un de ses paroissiens en train de blanchir sa maison.

Heureux de constater tant de propreté, le clergyman le féli-

cita. Alors l'homme descendit de son échelle et s'approchant de la clôture d'un air mystérieux : « Oh! dit-il, ce n'est pas par propreté que je nettoie ma maison. Mes deux derniers enfants étaient des jumeaux et alors je me suis dit, afin d'éviter le retour d'une pareille calamité, je vais blanchir et laver à fond la place pour éviter l'infection. » (*La vie médicale.*)

Traité théorique et pratique d'électricité médicale, par M. Félix Lucas, ingénieur en chef des ponts et chaussées en retraite, et M. le docteur André Lucas. Un vol. in-18 jésus, relié. — Prix : 10 francs. — Paris, Ch. Béranger, éditeur.

Die Krankheiten der Prostata (Les maladies de la prostate), von Dr A. von Frisch, a. ö. professor der chirurgie in Wien. Un vol. in-8°. — Prix : 5 marcs 50 p. — Wien, Alfred Hölder, éditeur.

Atlas-manuel des maladies externes de l'œil, par le professeur O. Haab (de Zurich), édition française par le docteur A. Terson, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-16, avec 40 planches chromolithographiées, relié. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 115. — MARDI 10 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 10 OCTOBRE 1899. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

DE L'HÉMATOCÈLE SPONTANÉE
DE LA TUNIQUE VAGINALE

Par le docteur VANDENBOSSCHE (de Versailles).

Le mot « hématocèle » signifie « épanchement de sang ». Mais la présence d'une collection sanguine est un fait secondaire dans l'hématocèle vaginale spontanée. Kocher, frappé des lésions péritesticulaires qui l'accompagnent, proposa de l'appeler « péri-orchite », terme vague. Gosselin, comprenant que l'inflammation de la séreuse était la cause primordiale de la maladie, lui donna le nom de « pachyvaginalite ». Le meilleur terme serait « vaginalite chronique hémorragique » (Monod et Terrillon), et nous définirions volontiers l'hématocèle vaginale spontanée « une inflammation de la vaginale, caractérisée toujours par la production d'une fausse membrane, s'accompagnant en général d'un épanchement sanguin ».

Les hématocèles traumatiques, par lésion du testicule ou de ses enveloppes, n'entrent pas dans cette définition. Certains auteurs ont prétendu que, dans ces cas, le sang s'organisait en thrombus et irritait la séreuse, produisant ainsi un épaississement fibreux, en tout semblable à celui de l'hématocèle spontanée (Th. de Boullet, Paris 1869; Reclus, *Gaz. hebd.*, 1886). Mais Trousseau a démontré expérimentalement que du sang « non enflammé », injecté dans les séreuses, se résorbe le plus souvent sans en altérer la paroi. La néo-membrane, ici, serait d'ailleurs postérieure à l'épanchement sanguin : dans l'hématocèle spontanée, elle, est cause, non effet.

Les hématocèles symptomatiques des maladies générales, et principalement de la tuberculose, la syphilis, le cancer, sont également à rejeter de notre cadre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous avons eu l'occasion d'examiner deux hématocèles anciennes, identiques, et dont la description peut servir de type.

Sur le vivant, et débarrassées de leurs enveloppes, elles se présentaient sous forme de tumeurs blanchâtres, ovoïdales, à surfaces parcourues par des tractus fibreux les enserrant çà et là et par quelques veinules dilatées. Les éléments des cordons étaient disséminés à la partie supérieure des tumeurs qui les avaient dissociés à la façon d'un ballon écartant, en se gonflant, les mailles de son filet.

A l'ouverture des cavités, il s'échappa une quantité variable de liquide brun chocolat, renfermant des caillots et des filaments de fibrine non agglutinés. Parfois, des cristaux de cholestérine donnent au liquide un aspect brillant; il peut y avoir décoloration, la matière décolorante s'étant déposée sous la face interne; chez un sujet de l'École pratique, il n'existait qu'une poussière hématique, tapissant la paroi (Duplay et Reclus).

L'évacuation du contenu permit d'explorer les cavités. Dans les deux cas, les lésions étaient identiques et de trois ordres différents :

Des foyers d'hémorragie, analogues à ceux de l'apoplexie cérébrale, contenant une bouillie ocreuse s'insinuant parfois profondément entre les feuillets de la paroi. Le diamètre de ces foyers variait entre 1 millimètre et 1 centimètre;

Des exulcérations cupuliformes, ayant seulement quelques millimètres de profondeur, mais pouvant atteindre 1 centimètre de diamètre. Ces exulcérations, que nous n'avons vues mentionnées par aucun auteur, présentaient dans leur fond un piqueté hémorragique très apparent. Elles étaient au nombre d'une vingtaine;

Des noyaux lenticulaires, de forme arrondie, plus épais que la vaginale et très durs. A la coupe, ils avaient un aspect fibreux. Quelques-uns criaient sous le scalpel.

La section de la vaginale montrait, en outre, un épaississement notable du feuillet pariétal. Le testicule était aplati et recouvert par des fausses membranes peu épaisses à son

niveau, mais recouvrant l'épididyme d'une gangue fibreuse considérable. La position et les rapports des deux organes étaient normaux.

Dans les hématocèles récentes, les lésions sont moins accusées. Au contraire, lors des cas très anciens, la face externe de la tumeur est bosselée de nodosités cartilagineuses ou déprimée par des foyers hémorragiques s'ouvrant quelquefois à l'extérieur. La fausse membrane peut étrangler le testicule et le réduire à l'épaisseur d'une pièce de 5 francs (Pilliet, *Arch. de physiol.*, 1887). Elle peut renfermer des foyers hémorragiques intra-pariétaux du volume d'une orange (Polaillon, *Gaz. méd.*, 1886), ou s'incruster de sels calcaires et donner la sensation d'une membrane cartilagineuse ou ossifiée. Il ne s'agit là, d'ailleurs, que d'une apparence, et jamais on ne trouve de chondroblastes ou d'ostéoplastes dans ces tissus.

L'examen microscopique nous a montré partout une inflammation de la vaginale, caractérisée par une multiplication abondante du tissu conjonctif. Les faisceaux en sont particulièrement abondants et serrés au niveau des noyaux lenticulaires. Il existe, dans certains points, des amas de cellules embryonnaires.

Au niveau des exulcérations, le tissu conjonctif est fixé, délié, à mailles lâches où rampent une foule de petits vaisseaux néo-formés. On trouve sur les bords, du sang répandu à l'intérieur du tissu. Çà et là sont disséminés quelques diplocoques.

Il est impossible de retrouver la séreuse noyée dans la fausse membrane conjonctive.

Gosselin a établi le processus évolutif de la lésion. La séreuse, au début, laisse transsuder de la fibrine des cellules épithéliales et des leucocytes. La fibrine est disposée en un réseau dont la trame irrégulière contient ces cellules : bientôt ce caillot s'organise en tissu conjonctif jeune où des vaisseaux capillaires s'accusent par leur double contour et par la circulation dans leur intérieur. Ces vaisseaux néo-formés sont des plus fragiles.

Le tissu connectif jeune passe bientôt à l'état adulte et devient tissu conjonctif vrai. La courbe ainsi formée recommence à son tour le même processus et il se forme une stratification concentrique. Bientôt les vaisseaux de la membrane néo-formée poussent des prolongements qui viennent s'anastomoser avec ceux de la séreuse qui se fusionne de cette façon avec son produit.

L'élément de prolifération étant le tissu conjonctif, l'hypertrophie de la vaginale sera proportionnel en ses différents points à la plus ou moins grande quantité de ce tissu. Ainsi s'explique l'épaisseur de la fausse membrane, grande sur le feuillet pariétal, maxima autour de l'épididyme, minima autour du testicule où la séreuse est réduite à une simple couche épithéliale.

Dans certains cas très anciens, le processus scléreux se propage à l'albuginée et devient intra-glandulaire. Il « envahit la membrane lamelleuse des tubes et des vaisseaux et finit par amener la disparition totale des éléments » (Pilliet, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1887). Il y a dès lors atrophie du testicule, de l'épididyme et quelquefois du cordon.

Étiologie et pathogénie. — Les causes de cette inflammation séreuse, qui aboutit à la création d'une néo-membrane vasculaire, sont multiples. Il ne paraît pas qu'il faille les chercher dans la vaginale, mais dans la glande qu'elle entoure et protège. La fausse membrane se formerait comme les adhérences pleurales et les leucomes péricardiques, par retentissement sur la séreuse d'une lésion de l'organe central.

Le testicule, en effet, est exposé aux poussées fluxionnaires et aux congestions, relevant de causes générales ou locales. L'arthritisme amène fréquemment des poussées congestives, et il est intéressant de faire remarquer que c'est chez les arthritiques qu'on trouve l'hématome pleural simple (Duguet), qui n'est pas sans analogie avec l'hématocèle vaginale spontanée.

Au point de vue local, les traumatismes sont à incriminer. La balistique des hernies présente une influence manifeste. Reclus, sur 117 observations d'hématocèle, en relève un tiers où il y a coïncidence de hernie, du côté de la lésion.

Pour Duplay et Reclus, c'est surtout l'épididyme qui présente des « altérations patentes ou latentes ». Mais, quel que soit le siège de la lésion, elle réagit bientôt sur la séreuse qui s'enflamme et produit la fausse-membrane. Celle-ci s'accompagne quelquefois d'épanchement : ce sont ces hydrocèles avec hyperplasie de la séreuse qui peuvent se transformer plus tard en hématocèles. D'autres fois la réaction inflammatoire se fait sous forme d'une vaginalite sèche. Duplay, chez les vieillards, a trouvé 44 fois sur 59 une membrane altérée, 17 fois des adhérences, 12 fois des rugosités. Nous avons nous-même, chez deux sujets, trouvé des adhérences du testicule avec la vaginale, une symphyse presque totale.

Dès que la fausse membrane est créée, l'hémorragie est à la merci d'un effort de presse abdominale forçant le crémaster à se contracter sur le testicule, d'un mouvement brusque, d'un traumatisme plus ou moins violent selon le degré de fragilité des vaisseaux. L'hématocèle est alors constituée. Mais toujours, derrière l'hémorragie et la fausse membrane, il existe une lésion *sine qua non* de l'appareil glandulaire. Ainsi s'évanouit l'entité de l'hématocèle spontanée au profit de la classe des hématocèles symptomatiques.

Symptomatologie. — L'hématocèle est une affection rare, mais de tous les pays et de tous les climats. C'est une maladie des adultes et des vieillards. Reclus, sur 127 observations, la rencontre 5 fois seulement avant douze ans. Kocher sur 48 cas en relève 4 avant vingt ans, 33 après quarante ans. Il existe une relation d'une hématocèle survenue chez un enfant de deux ans.

Les professions qui exposent les bourses à des contusions ont certainement une influence ; la maladie est fréquente chez les cavaliers.

L'hématocèle siège indistinctement à droite ou à gauche. Sur 127 cas, 22 fois elle était bilatérale.

Le début est souvent brusque et se fait à l'occasion d'un mouvement de force : un malade de Polaillon, en débouchant un flacon, ressent une vive douleur au scrotum et voit celui-ci enfler. Les efforts de toux, de défécation, sont souvent à incriminer. D'autres fois le traumatisme est très léger : un lieutenant se porte en avant en criant « Marche ! » et sent une tumeur se développer en ses bourses. Enfin la lésion peut s'installer de façon tout à fait insidieuse, et à l'insu du malade.

Une fois constituée, l'hématocèle se présente sous forme d'une tumeur ovalaire, à grand axe se rapprochant de la verticale, présentant en arrière une côte, formée par la glande séminale. La tumeur peut être bilobée, « en sablier, »

ou « en bissac » ; dans un cas rapporté par Rochard (*Union méd.*, 1886), il existe un prolongement intra-abdominal formant sous la paroi une grosse saillie piriforme s'étendant jusqu'à l'ombilic.

L'hématocèle présente un volume variable. Polaillon cite une observation où la tumeur avait une circonférence de 58 centimètres.

La peau du scrotum est ordinairement intacte ainsi que celle de la verge et des régions voisines. Si l'hématocèle est très volumineuse, il peut cependant exister un œdème plus ou moins diffus ; dans un cas de Duplay et Reclus, où l'épanchement sanguin atteignait 2 litres et communiquait avec un kyste pariétal de la cuisse créé par un coup de trocart malencontreux, il y avait un véritable éléphantiasis de toute la région. La peau du pénis peut alors être entraînée et servir à recouvrir la tumeur ; on retrouve l'orifice du canal uréthral sur un des côtés, plus ou moins en dehors de la ligne médiane.

A la palpation, l'hématocèle est uniformément lisse, dure, rénitente et vaguement fluctuante. Dans les cas anciens où il existe des plaques cartilagineuses ou de gros foyers sanguins, on peut sentir des nodosités ou rencontrer des points mous où le doigt s'enfonce. On ne peut en général reconnaître ni le testicule ni l'épididyme.

La pression à la partie postérieure de la tumeur peut réveiller chez le malade la sensation testiculaire, si la glande n'est pas atrophiée ni la membrane trop épaisse.

La percussion donne partout de la matité. Verneuil a cité un cas où il s'était produit des gaz dans une hématocèle enflammée : il existait un véritable « pneumocèle scrotal » (*Ac. sc.*, 1896).

La tumeur mise entre l'œil et un foyer lumineux n'est jamais transparente.

Ponctionnée, elle donne issue à un liquide brun chocolat plus ou moins coloré.

Les éléments du cordon, nous l'avons vu, sont souvent dissociés. Polaillon rapporte que chez un malade le cordon spermatique était énorme et présentait le volume d'un intestin distendu. Les vaisseaux peuvent prendre aussi un grand développement et dilater l'orifice inguinal. On n'a pas signalé de réactions ganglionnaires.

L'hématocèle n'est point douloureuse par elle-même, mais occasionne par son poids une sensation de pesanteur désagréable. Elle s'accompagne souvent de tiraillements pénibles qui remontent à travers le canal inguinal jusque dans les lombes. Dans les hématocèles volumineuses, la marche peut être empêchée, la miction se faire difficilement et le coït devenir impossible.

Marche et complications. — L'hématocèle présente rarement d'emblée son volume définitif ; elle évolue d'ordinaire par poussées, séparées par des intervalles de temps qui durent des semaines, des mois, des années. La résorption spontanée est exceptionnelle.

Sous l'influence d'un traumatisme ou d'un travail inflammatoire, la vaginale peut se rompre et la collection sanguine s'épancher dans les tuniques du scrotum.

A la suite d'une ponction non aseptique ou d'une cause encore inconnue, l'hématocèle peut s'enflammer, suppurer, donner un phlegmon grave des bourses : c'est là une complication fréquente.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'orchite blennorragique par le salicylate de soude.

Dans une thèse récente, M. Albert Pigot (1) recommande le salicylate de soude dans le traitement de l'orchite blennorragique.

Après avoir purgé le malade, avec 40 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, il convient de lui administrer le salicylate à la dose de 4 grammes par jour en quatre cachets de 1 gramme. C'est cette dose qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur.

Au bout de vingt-quatre heures, on voit survenir une amélioration notable, et en général, au bout de huit à dix jours, le malade peut être considéré comme guéri. Il en est ainsi dans l'orchi-épididymite simple. Mais quand il existe en même temps un épanchement dans la vaginale ou de la funiculite, il est utile d'employer en même temps l'onguent mercuriel belladoné en frictions.

S'il survient une récidive, il faut l'attribuer soit à la cessation prématurée de la médication, soit à la constipation du malade. En reprenant le salicylate dans le premier cas, en purgeant le malade dans le second cas, il est facile de venir à bout de ces rédicives.

Il est naturellement indispensable, comme complément de ce traitement, de faire garder le repos au lit au malade et de soutenir ses bourses au moyen d'un coussin ou d'un suspensoir garni d'ouate.

Traitement de la fièvre des foins par l'extrait de capsule surrénale.

Le docteur Sal. Solis-Cohen raconte que, souffrant depuis de longues années de la fièvre des foins, et n'éprouvant des traitements ordinaires institués en pareil cas qu'un soulagement passager, il expérimenta l'extrait fraîchement préparé de capsules surrénales de mouton. Cette préparation, sous l'influence de laquelle les vaisseaux se contractent, devait, pensait-il, avoir une action aussi bien locale que générale et produire son effet sur la muqueuse nasale. Elle avait de plus sur l'atropine, dont les effets sont semblables, l'avantage de n'avoir d'action ni sur la vue, ni sur le goût ; la dose absorbée fut de 0,25 centigrammes cinq fois par jour. L'expérience fut concluante. Les symptômes pénibles s'amendèrent en quelques jours. Les éternuements cessèrent ainsi que l'hydrorrée et le résultat final fut des plus satisfaisants. (*The Philad. med. Journ.* et *Journ. des prat.*)

L'ergotine dans le traitement des ecchymoses des paupières.

D'après le docteur D. Roy (d'Altantic), on pourrait activer considérablement la disparition des ecchymoses palpébrales d'origine traumatique, ordinairement si lentes à se résorber, en badigeonnant trois fois par jour les parties atteintes avec un mélange à parties égales d'ergotine et d'eau. (*Bull. méd. de Québec.*)

Stérilisation constante des instruments.

Parmi les nombreux procédés de stérilisation actuellement à la disposition des praticiens, bien peu sont réellement pratiques. Le meilleur est celui qui consiste à plonger les instruments dans de l'eau maintenue en ébullition pendant un quart d'heure, mais il n'est pas applicable aux instruments tranchants dont il émousse le fil.

Lippincott recommande l'emploi d'une solution de formol à 20 p. 100, dans laquelle on ajoute 3 p. 100 de borax. Ainsi corrigé, le formol devient inoffensif pour l'acier. Les instruments peuvent y séjourner des mois sans altération en restant toujours prêts à être employés. Avant de s'en servir on n'a qu'à les passer dans de l'eau stérilisée.

(1) Th. de Paris, 1899. — Jouve et Boyer, édit.

Des examens bactériologiques ont montré à Lippincott qu'un instrument infecté n'est pas stérilisé par le séjour dans l'alcool absolu, tandis qu'un séjour de vingt-quatre heures dans la solution au formol et au borax suffit à tuer tous les germes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques (1), par le docteur Paul Bouquet, médecin de la Maternité de Brest.

Le livre de M. Paul Bouquet constitue une véritable innovation. Jamais, en effet, on n'avait réuni en tableaux synoptiques un traité *entier* d'accouchements. Rien n'est cependant plus utile aux étudiants et aux sages-femmes que cette forme qui permet de revoir, en quelques instants, chaque question dans tous ses détails.

C'est le but que s'est proposé M. Bouquet, et il l'a atteint. Grâce à lui, les étudiants peuvent aujourd'hui posséder, sous une forme extrêmement concise, l'analyse des travaux considérables de maîtres tels que Farabeuf et Varnier, Pinard, Tarnier, Budin, Mathias-Duval, Ribemont et Lepage, Grancher, Marfan, etc.

Au moment des examens et des concours, comme en certaines circonstances de la pratique journalière, ce livre est appelé à rendre de grands services.

Traité théorique et pratique d'électricité médicale; précis d'électricité; appareils et instruments électro-médicaux; applications thérapeutiques (2), par M. Félix Lucas, ingénieur en chef des ponts et chaussées en retraite, et M. le docteur André Lucas.

Si dans les études médicales il est une partie très négligée, c'est bien celle qui comprend les sciences dites accessoires. Et cependant de jour en jour celles-ci prennent une plus grande importance suivant les progrès incessants de la thérapeutique, et l'électricité occupe aujourd'hui le premier rang. On a pu s'en apercevoir récemment au Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Boulogne, et hier encore au Congrès de Côme.

Un précis d'électricité destiné exclusivement aux médecins et absolument au courant des dernières découvertes électro-thérapeutiques était donc devenu indispensable. C'est ce livre que nous présentent aujourd'hui M. Félix Lucas, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées dont la compétence est si connue et les travaux scientifiques si appréciés, et son fils, notre excellent confrère André Lucas, dont la thèse intitulée : *Contribution à l'étude des actions chimiques des courants électriques sur les tissus vivants*, a été très remarquée.

Les deux auteurs ont cherché à faire avant tout une œuvre essentiellement pratique, aussi ont-ils recouru avec une extrême sobriété aux formules d'algèbre, ne les employant que lorsqu'il est impossible de les éviter.

« Remémorer au lecteur les connaissances qu'il a déjà possédées et les compléter sur les points importants, » tel est le but que se sont proposé les auteurs, et c'est ce que le lecteur devra chercher dans ce livre.

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première partie est un « Précis d'électricité » dû à M. Félix Lucas. La seconde tie « Appareils et instruments électro-médicaux » a été écrite en collaboration par les deux auteurs et est consacrée à l'étude théorique et pratique du matériel destiné à l'électrothérapie; enfin, dans la troisième partie intitulée : « Applications thérapeutiques, » le docteur André Lucas a rassemblé méthodiquement les nombreux matériaux de l'édifice électrothérapique actuel, en indiquant leurs provenances autorisées à des degrés divers, et en les passant au crible d'une critique impartiale; c'est dans cette troisième partie que la puissance curative de l'électricité se révèle et s'affirme.

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Maloine.
(2) In-18 jésus, relié. — Prix : 10 francs. — Paris, Ch. Béranger.

Le paludisme à Paris (1), par le docteur Manuel Vicente.

Le volume sur le paludisme à Paris, que vient de publier le docteur Vicente, n'est que la première partie d'une étude dont la deuxième partie est encore sous presse. Cette première partie contient la description des microorganismes de la malaria et des aperçus nouveaux au sujet des flagella et des diverses transformations des plasmodies. A signaler un corps en rosace trouvé dans le foie d'un malade non paludéen, et une description des faux flagella et des fausses plasmodies. Les 52 gravures qui complètent cet ouvrage et en facilitent la lecture représentent de nombreux microorganismes dont un certain nombre sont des hématobies non classées. L'un de ces parasites du sang humain a été suivi dans toutes les transformations intra-globulaires qui précèdent son état de complet développement, lequel est représenté par un parasite de forme allongée, volumineux et mobile dans le plasma.

A notre époque, l'hématoscopie joue un rôle considérable dans l'étude des maladies, elle n'a pas résolu tous les problèmes et s'il en est un qui possède le don d'exciter la curiosité scientifique, c'est celui dont la solution envisage l'évolution des plasmodies de la malaria. Le travail du docteur Vicente précise à ce sujet des points importants restés dans l'ombre.

Études de gynécologie opératoire (2), par le docteur Phocas.

Le livre de M. Phocas rentre dans la catégorie de ces publications personnelles où l'auteur fait connaître sa pratique, présente les procédés qu'il a employés, discute pourquoi il les a choisis et les préfère à tant d'autres. Chemin faisant, l'auteur analyse et apprécie les résultats obtenus, car c'est une bonne fortune pour un chirurgien d'avoir la possibilité de revoir ses opérées. Les accidents post-opératoires ne sont pas toujours vus par nos grands maîtres de la chirurgie parisienne, et puisque la mortalité immédiate diminue au maximum, le but actuel est de rendre la guérison aussi parfaite que possible dans ses suites. Il ne suffit plus que les malades ne meurent plus de l'opération, il faut qu'elles guérissent réellement.

M. Phocas résume les faits qu'il a observés, il en tire des conclusions utiles pour les chirurgiens qui se trouvent dans les mêmes conditions que lui. C'est le but de son livre, c'est ce qu'il convient d'y chercher.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 14 au 21 octobre 1899)

Examens de doctorat.

SAMEDI 14 OCTOBRE, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Desgrez et Launois; — M. André, suppléant.

LUNDI 16 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Mauclaire et Legueu; — (2e série) : MM. Poirier, Lejars et Sebileau.

MARDI 17 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Panas, Albarran et Thiéry; — (2e série) : MM. Le Dentu, Poirier et Faure.

5e (2e partie) : MM. Jaccoud, Charrin et Thoinot; — M. Thiroloix, suppléant.

MERCREDI 18 OCTOBRE, à neuf heures du matin. — 5e (1re

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Pais, Maloine.

partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

VENDREDI 20 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delbet et Mauclaire; — (2e série) : MM. Poirier, Lejars et Broca (Aug.).

5e (2e partie) : MM. Potain, Widal et Teissier; — M. Thoinot, suppléant.

SAMEDI 21 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Poirier et Faure.

5e (2e partie) : MM. Joffroy. Letulle et Achard; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Quénu, Bonnaire et Wallich; — M. André, suppléant.

Voici les nouvelles modifications apportées à la réglementation du concours pour la nomination aux places de médecin des hôpitaux, par arrêté de M. le directeur de l'Assistance publique, en date du 31 juillet 1899 :

I. Conditions d'admission et inscription de candidats. — Article premier. — Les médecins qui se présentent au concours pour les places de médecin des hôpitaux doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le titre de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de France.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui, après quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'élèves internes en médecine, ont obtenu la médaille de bronze.

Les candidats déposent, au moment de leur inscription, un résumé de leurs travaux et titres scientifiques. Ils en remettent des copies en nombre suffisant pour que la distribution puisse en être faite aux membres du jury.

Art. 2. — Il ne peut y avoir, en principe, dans le courant d'une même année, qu'un seul concours pour la nomination à des places de médecin des hôpitaux. Toutes les places vacantes, jusqu'à concurrence toutefois d'un maximum de six, sont mises à ce concours. Dans le cas où le nombre des places vacantes serait supérieur à six, un second concours peut être ouvert, selon les besoins, dans les limites fixées dans le premier.

II. Composition du jury. — Art. 3. — Le jury des concours pour les places de médecin des hôpitaux se compose de douze membres, savoir : onze médecins et un chirurgien, qui sont tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices et parmi les médecins et chirurgiens honoraires des hôpitaux.

Dans le cas où le jury viendrait, pendant la durée des opérations du concours, à être réduit d'un certain nombre de ses membres, les opérations du concours seront suspendues jusqu'au retour du membre ou des membres absents, mais seulement pendant huit jours au plus. Si le nombre des juges devient inférieur à sept, le jury est complété à douze à l'aide d'un tirage au sort effectué dans les formes prescrites, et les épreuves d'admissibilité ou les épreuves définitives recommencent selon la série d'épreuves qui est en cours.

III. Composition et nature des épreuves. — Art. 4. — Les épreuves du concours pour les places de médecin des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

Épreuves d'admissibilité. — 1° *Une composition écrite* sur un sujet de pathologie, dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie, et pour laquelle il est accordé trois heures;

2° *Une épreuve clinique sur un malade :* Il est accordé au candidat quinze minutes pour faire sa leçon, après quinze minutes dont il peut disposer à son gré pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon.

Épreuves définitives. — 1° *Une épreuve orale* théorique sur un sujet de pathologie : Il est accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon.

2° *Une épreuve clinique sur un malade :* Le candidat dispose de vingt minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon, et de vingt minutes pour la dissertation orale devant le jury.

3° *Une consultation écrite sur un malade*, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois quarts d'heure après quinze minutes d'examen, y compris l'analyse des urines. La lecture de cette consultation est faite au début de la séance suivante.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité.

Pour la composition écrite	30 points.	50 points.
Pour la première épreuve clinique	20 —	

Épreuves définitives.

Pour l'épreuve théorique orale	20 points.	70 points.
Pour la deuxième épreuve clinique	20 —	
Pour la consultation écrite	30 —	

IV. Formalités diverses. Jugement des épreuves, etc. — Art. 5. — Les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis se divisent en deux séries toutes les fois que le nombre des candidats est supérieur à dix.

Les épreuves de la première série sont subies par tous les concurrents.

Celles de la seconde série sont subies seulement par les candidats déclarés admissibles.

Pour déterminer les candidats admis à prendre part aux épreuves de la deuxième série, le jury, deux jours après que les concurrents ont subi les épreuves de la première série, dresse, d'après le nombre de points obtenus, une liste de candidats composée de dix noms au minimum et dix-huit au maximum, savoir : de dix, si le nombre des places mises au concours est de trois ou inférieur à trois; de douze, si ce nombre est de quatre; de quinze, si ce nombre est de cinq et de dix-huit, si ce nombre est de six.

Le même intervalle de deux jours doit être observé après les épreuves de la deuxième série, pour le vote définitif sur la désignation des candidats à l'autorité administrative.

Art. 6. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats; il est tiré au sort entre trois questions, qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Les épreuves orales, de même que les épreuves cliniques, sont faites en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de les faire subir à tous dans une même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve sont tirés au sort, à l'ouverture de chaque séance.

Pour les épreuves orales, les questions, au nombre de trois, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance.

Pour les épreuves cliniques, le jury, avant d'entrer en séance, choisit les malades qui doivent faire l'objet des leçons; il discute et arrête par écrit le diagnostic qui est remis entre les mains du président, pour être transcrit sur le procès-verbal de la séance. Les malades choisis sont désignés par le nom de leur salle et le numéro de leur lit. Il est mis dans l'urne un bulletin distinct pour chaque malade et ne portant également que ces deux indications. Un de ces bulletins est tiré au sort par chacun des concurrents, qui fait ensuite, en présence du jury, l'examen du malade qui lui est échu.

A la fin des épreuves cliniques, alors même qu'il ne reste plus que deux candidats ou même un seul à les subir, l'urne doit toujours contenir trois numéros de malades dans le premier cas et deux dans le second.

Pour les épreuves cliniques, chaque fois qu'il est possible, les urines des malades sont mises à la disposition du candidat dès le début de son examen.

Art. 7. — A la fin de chaque séance, à la suite d'une discussion générale sans indication de points sur la valeur de l'épreuve subie dans cette séance par chacun des concurrents et après que la clôture de cette discussion a été prononcée par le président, chacun des membres du jury inscrit le point qu'il donne à chaque candidat sur un bulletin établi au nom de ce candidat; il signe ce bulletin et le met dans une enveloppe portant le nom du candidat; il clôt lui-même cette enveloppe et la parafe.

Les enveloppes correspondant aux épreuves d'admissibilité sont ouvertes à la fin de ces épreuves, afin de permettre de dresser la liste des candidats admis à subir les épreuves de la deuxième série; quant aux enveloppes concernant ces dernières épreuves, elles ne sont ouvertes qu'à la fin du concours.

Les points à attribuer à chaque candidat, à la suite du dépouillement des enveloppes, sont déterminés ainsi qu'il suit : il est

dressé, par épreuve et pour chaque candidat, un relevé des points qui lui ont été donnés par les membres du jury, en commençant par le point le plus élevé et en suivant l'ordre numérique. Ce relevé est partagé par moitié, la première note de la deuxième moitié sera celle acquise au candidat.

Art. 8. — Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* à la suite des épreuves de la première série, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible; ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, et enfin sur l'ancienneté du titre de docteur.

Le classement final des candidats est établi d'après l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série.

Dans le cas où, à la suite de ce classement, deux ou plusieurs candidats se trouveraient *ex æquo* pour la dernière place, ces candidats seront appelés à subir une épreuve supplémentaire consistant en une épreuve clinique sur un malade.

Art. 9. — A la fin du concours, le jury est appelé à voter sur la valeur de l'ensemble des épreuves subies par les candidats et à déclarer si cet ensemble est suffisant pour qu'il y ait lieu à nomination.

Le président du jury transmet au directeur de l'administration la liste de présentation établie d'après le classement fait par le jury et y joint son rapport sur les opérations du concours.

Les dispositions du paragraphe 3 de l'article 106 du règlement sur le service de santé, applicables à tous les concours (médecins, chirurgiens, accoucheurs, prosecteurs, pharmaciens et élèves), sont revisées ainsi qu'il suit, savoir :

Les membres honoraires du corps médical continuent, jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, à être appelés à faire partie des jurys des concours.

Il ne peut y avoir, dans un même jury, plus de deux membres honoraires du corps médical.

Est abrogée, d'autre part, la disposition du règlement qui interdit à plus de deux membres appartenant à un même établissement de faire partie d'un même jury.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique vient de prendre l'arrêté suivant :

Article premier. — Les deux services d'oto-rhino-laryngologie existant actuellement à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital Saint-Antoine sont distraits du roulement général des services de médecine et de chirurgie des hôpitaux.

Ces deux services feront, à l'avenir, l'objet d'un roulement spécial.

Art. 2. — Sera accepté comme remplaçant éventuel des chefs des services d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de Saint-Antoine tel médecin ou chirurgien des hôpitaux qui consentira à prendre officiellement et par écrit un engagement définitif de spécialisation.

Art. 3. — Au cas où aucun médecin ou chirurgien des hôpitaux ne demanderait à se spécialiser, un concours spécial sera institué pour la nomination aux places de chef de service d'oto-rhino-laryngologie.

Art. 4. — Transitoirement et jusqu'au 1er janvier 1900, les suppléances des deux chefs de service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de Saint-Antoine pourront être confiées aux assistants spéciaux adjoints à ces deux chefs de service.

Art. 5. — A l'avenir, et lorsqu'il y aura lieu à nomination de nouveaux assistants pour les services d'oto-rhino-laryngologie, il sera ouvert un concours spécial dont les conditions seront déterminées ultérieurement.

Art. 6. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet de la Seine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jury de l'internat. — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Claisse, Courtois-Suffit, Troisier, Mauclaire, Legueu, Poirier, B. Anger, Bouffe de Saint-Blaise, qui ont accepté; Danlos et Tissier, qui n'ont pas fait connaître leur décision.

Guerre. — Par arrêté en date du 19 septembre 1899, le ministre de la Guerre a décidé que le nombre des élèves admis après concours à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux, primitivement porté à 65, serait de 75, dont 30 destinés au service de la marine et 45 pour le service colonial.

Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale. — Un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, institué par arrêté ministériel en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris au cours de l'Exposition universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Ce Congrès comprendra quatre sections :

Première section. — Président : M. André (de Toulouse); secrétaires : MM. Poitou-Duplessis et Ducor. — Des rapports du médecin avec les collectivités (État où collectivités autres que l'État : Des lois réglementant l'exercice de la médecine; Les médecins et l'Assistance publique, etc.; Grandes compagnies; Sociétés d'exploitations industrielles, etc.).

Deuxième section. — Président : M. Queirel (de Marseille); secrétaires : MM. Tapie et Doury. — Des rapports du médecin avec les individualités (clients, etc., auxiliaires du médecin, etc., exercice illégal de la médecine).

Troisième section. — Président : M. Lacassagne (de Lyon); secrétaires : MM. Dignat et Millon. — Des rapports du médecin avec ses confrères (déontologie).

Quatrième section. — Président : M. Gross (de Nancy); secrétaires : MM. Cayla et Piot. — Des œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales.

Les communications, dont un résumé devra être envoyé au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible, et de toute façon avant le 1er juillet 1900, pourront être faites en français, anglais ou allemand. Les communications qui seraient faites en toute antre langue que le français, devront être accompagnées d'un résumé de vingt lignes rédigé en français, lu en séance et imprimé aux comptes rendus.

Outre les communications faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter sept rapports qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes :

1° « Des principes fondamentaux de la déontologie médicale; » — Rapporteur : M. Grasset (de Montpellier);

2° « De l'exercice illégal de la médecine; » — Rapporteur : M. Descouts (de Paris);

3° « Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales; » — Rapporteur : M. Lande (de Bordeaux);

4° « Des œuvres de défense professionnelle; » — Rapporteur : M. Porson (de Nantes);

5° « Relations des médecins avec les mutualités; » — Rapporteur : M. Cuylits (de Bruxelles);

6° « Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent; » — Rapporteur : M. Pollak (de Vienne);

7° Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie; » — Rapporteur : M. Jendrassik (de Budapest).

Les rapports imprimés en français seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

La cotisation, fixée à 15 francs, doit être adressée au trésorier général, M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Outre les avantages réservés d'ordinaire aux adhérents aux Congrès officiels, elle donne droit à d'importantes réductions sur le tarif des chemins de fer français. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaires à cet égard ainsi que le programme complété des travaux du Congrès, sera envoyée avec leur carte d'adhérent aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Des commissions locales de propagande fonctionnent à l'heure actuelle, dans tous les principaux centres médicaux et dans les départements en France.

Des comités nationaux sont actuellement constitués et fonctionnent à l'étranger.

Une circulaire générale avec bulletin d'adhésion sera adressée à tous les médecins de France et à un grand nombre de médecins étrangers, particulièrement dans le courant des mois de novembre et décembre 1899 et dans le courant de l'année 1900.

Nous prions instamment les médecins praticiens de prendre avec soin connaissance de cette circulaire, que l'on voudra bien réclamer en cas d'oubli, et d'envoyer au trésorier, le plus tôt possible, le bulletin d'adhésion signé.

Adresse du bureau du Congrès : Librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bureau du Congrès : Président, M. L. Lereboullet, rue de Lille, 44, Paris ; vice-présidents, MM. Grasset (de Montpellier), R. Jamin et Le Baron (de Paris), Porson (de Nantes) ; secrétaire général, M. Jules Glover, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris ; secrétaire général adjoint, M. P. Gastou (de Paris) ; trésorier général, M. P. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Un nouveau procédé de falsification du lait nous vient de Chicago. Il consiste en une poudre à base de gélatine, qui, ajoutée au lait écrémé, lui rendrait l'aspect du lait complet.

Pour rechercher la fraude, on n'a qu'à employer le moyen suivant, dit le *Cosmos* : on prend une solution de nitrate mercurique à 20 p. 100 et on ajoute 10 centimètres cubes de cette solution. On agite énergiquement, puis on laisse reposer cinq minutes et on filtre. S'il y avait de la gélatine, la solution filtrée, traitée par une solution d'acide picrique, donnerait un précipité jaune caractéristique.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 116. — JEUDI 12 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 12 OCTOBRE 1899. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE.	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(10 OCTOBRE 1899)

M. Laborde a complété la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur le **rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue** après un temps plus ou moins long d'asphyxie ou de mort apparente. Il donne en détails l'un des faits auxquels il a fait allusion et qui a été observé par le docteur Catuffe (de Neuilly-sur-Seine). Il s'agit d'un ouvrier attaché au service du ballon captif du Jardin d'acclimatation, qui avait été asphyxié par le gaz d'éclairage. Ce ne fut qu'après quarante-cinq minutes qu'il fut ramené à la vie et, à deux reprises, il s'asphyxia de nouveau, comme il arrive dans ces sortes d'intoxication, et il fallut revenir aux tractions de la langue ; il se remit rapidement et complètement.

Dans un autre cas, adressé par M. Legrain (de Ville-Évrard), il s'agit d'un aliéné, absinthique, qui se jeta dans un canal. On l'en retira asphyxié ; on lui fit des tractions rythmées de la langue ; il revint à lui, mais finit par succomber, non à l'asphyxie par submersion, mais à l'action toxique de l'absinthe s'étant exercée sur le cœur, ainsi que l'a démontré l'autopsie.

Nous ferons incidemment observer, à propos de ce malade, qu'il s'agissait d'un aliéné alcoolique qu'on occupait à des travaux de culture et qui a profité d'un moment de liberté pour absorber une certaine quantité d'absinthe et tomber dans une crise de vertige absinthique qui l'a emporté. S'il faut louer cette mesure qui consiste à occuper certains aliénés aux travaux des champs, il n'en faut pas moins rappeler à l'administration que la surveillance en devient d'autant plus nécessaire. Or, dans le fait rapporté par M. Laborde, fait qui malheureusement est loin d'être unique, il semble bien que cette surveillance ait fait complètement défaut.

M. Le Dentu a fait un rapport sur une observation de **leucokératose du gland**, adressée par MM. Aucher et Binaud (de Bordeaux). Il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans qui présentait, en même temps, un épithélioma pédiculé et une plaque de leucoplasie implantée sur le sillon balano-préputial et sur le gland. Les deux lésions furent extirpées dans la même séance et l'examen histologique confirma le diagnostic. C'est le troisième cas de ce genre, les deux premiers appartenant à M. Perrin (de Marseille).

M. Le Dentu estime que l'épithélioma s'est développé aux dépens d'une plaque leucoplasique. Il a observé lui-même un cas de leucokératose du gland, mais temporaire.

Signalons un travail de M. Mousséos (de Macri), basé sur **60 observations de fièvre bilieuse hémoglobinurique.** Il admet qu'elle relève du paludisme. Il a retiré de bons effets de l'emploi du bleu de méthylène en injections sous-cutanées ou à l'intérieur à la dose de 0g50 centigr. à 1 gr. par jour.

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une note de M. A. Guépin, que nous publions ci-dessous.

La fin de la séance a été occupée par des rapports de prix.

PROSTATITES ET HYPERTROPHIE SÉNILE DE LA PROSTATE

Par le docteur A. GUÉPIN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

I. L'étiologie et la pathogénie « glandulaires » de l'hypertrophie sénile de la prostate, telles que je les ai établies il y a cinq ans et développées devant l'Académie dans une précédente communication (30 mai 1899), étiologie et pathogénie qui rallient chaque jour de nouveaux partisans, justifient l'assertion suivante : il n'est pas une prostate qui ne puisse aboutir à l'hypertrophie. C'était déjà l'opinion des anciens spécialistes, opinion confuse, il est vrai, puisque,

à l'influence encore obscure des lésions inflammatoires de l'urèthre profond, ils ajoutaient celle des calculs vésicaux (Amussat, Leroy d'Étioles), et des rétrécissements du canal. Mercier et Samuel Cooper, en rejetant en bloc toute l'étiologie admise jusqu'à eux, en renonçant à tout effort pour pénétrer les causes de l'hypertrophie, laissaient le champ libre aux hypothèses et aux recherches méthodiques à effectuer.

Alors, à notre époque, l'artério-sclérose fut incriminée; mais, comme bien des vieillards atteints d'hypertrophie sénile ne sont pas des artério-scléreux, on dut admettre l'existence d'altérations localisées aux petits vaisseaux prostatiques, altérations que d'ordinaire il est d'ailleurs impossible de retrouver. Inversement, l'hypertrophie sénile ne se présentant pas chez tous les scléreux, l'explication devint manifestement insuffisante.

Lorsque mon maître Reliquet (à qui revient tout le mérite d'avoir vu l'ensemble et les détails de la question) et moi-même, nous reprîmes le sujet à ses origines dans notre étude sur les *Glandes de l'urèthre*, il nous parut indispensable de procéder avec une extrême rigueur et, passant de l'anatomie, de la physiologie normales et pathologiques à l'observation clinique, de juger, en les comparant et en les contrôlant les uns par les autres, tous les renseignements acquis. Ce travail, commencé en 1888, ne fut publié qu'en 1894 et la présente note, comme celles auxquelles elle fait suite, le développe dans un de ses points spéciaux déjà catégoriquement précisé.

A l'incertitude, à l'insuffisance ou à la tranquille ignorance des causes de l'hypertrophie, ont été opposées l'étiologie et la pathogénie glandulaires, c'est-à-dire la démonstration d'un fait : la prostate sénile est de nature, d'origine et d'évolution glandulaires.

II. Sans reprendre même rapidement les publications antérieures, il est évident désormais que les états inflammatoires des glandes de la prostate peuvent avoir une influence sur l'établissement des lésions de l'hypertrophie sénile, aujourd'hui bien connues et décrites aux trois stades anatomo-pathologiques de leur évolution progressive : il s'agit de déterminer cette influence en entrant dans quelques détails.

Les *prostatites aiguës* généralisées d'emblée ou à poussées successives aboutissent souvent à la destruction fonctionnelle de l'organe. La prostate perd alors de son volume; elle est petite, ferme au toucher, régulière, indolente, on dit parfois qu'elle est atrophiée; expression inexacte, car il y a prolifération manifeste du stroma conjonctif de la glande coïncidant avec la disparition complète de ses éléments nobles. Cette sclérose diffuse, sans systématisation, est aussi distincte de l'atrophie vraie que de l'hypertrophie sénile, non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais au point de vue clinique, puisque la prostato-mégalie, avec toutes ses conséquences urinaires, fait absolument défaut. Les prostatites aiguës localisées, qui sont rares, laissent vraisemblablement une cicatrice quand la réparation de leurs lésions n'a pu être parfaite; aucun cas toutefois ne permet de l'affirmer encore.

Quant aux *prostatites subaiguës*, leur intérêt réside en ce qu'elles passent à l'état chronique d'une manière insensible et parfois insidieuse, préparant le terrain pour l'établissement d'un processus très lent, banal de sa nature ou spécifique (tuberculose par exemple et peut-être syphilis : J.-L. Petit, Reliquet).

Les *prostatites chroniques*, par la lenteur de leur marche, la longue durée des accidents, l'envahissement de tous les lobules, l'influence prolongée de l'irritation épithéliale sur les tissus de la glande (parois, muscles intrinsèques, vaisseaux, tissu conjonctif) constituent la principale cause locale et inflammatoire de la prostatite sénile improprement nommée hypertrophie. Pour s'exprimer d'une manière différente, on dirait que la prostatite spéciale du vieillard succède très ordinairement à une prostatite chronique par l'apparition de la sclérose périglandulaire systématisée progressive, qui comme on le sait, est la caractéristique de l'hypertrophie. La prostatite tuberculeuse chronique, peut-être en raison de ses tendances destructives, entraîne, lorsqu'elle guérit, la sclérose prostatique diffuse, comme font certaines prostatites aiguës. Au total, les infections, surtout celles dont l'évolution a été longue, ou les lésions destructives et généralisées se terminent par cicatrisation de l'organe malade, sorte de guérison spontanée. Lorsque cette cicatrisation s'opère rapidement, la sclérose prostatique est d'ordinaire diffuse; lorsqu'elle est lente et que certaines conditions locales semblent dirriger sa marche dans un sens déterminé, la sclérose se systématise : elle est ici périglandulaire, intralobulaire et, dans les deux cas, progressive jusqu'à l'étouffement complet de l'élément sécréteur.

III. L'hypersécrétion glandulaire et la stagnation des sécrétions dans les glandes prostatiques dilatées constituent, suivant la règle générale, un milieu essentiellement favorable aux infections (prostatites) et à leur établissement définitif. Cet état local préexistant est nécessaire pour que l'inflammation banale réagisse peu à peu sur la paroi des glandes et accélère le développement du tissu scléreux périacineux et périglandulaire dans sa systématisation. Les modifications de l'épithélium, d'abord purement fonctionnelles (troubles sécrétoires), marchant de pair avec les troubles excrétoires (stagnation), sont déjà depuis longtemps manifestes. A ce moment, si le processus continue à évoluer et si l'activité épithéliale prend le dessus, on assiste aux débuts du cancer glandulaire de la prostate; au contraire, et plus souvent, s'accuse l'hypertrophie sénile par la marche envahissante de la sclérose systématisée. Il est encore nécessaire, dans le premier cas peut-être (cancer glandulaire), mais certainement dans le second (hypertrophie), que des prédispositions d'ordre général résumées dans le mot sénilité acquise par le fait de l'âge, anticipée par les maladies, les intoxications, les excès, se rencontrent chez le même sujet. Car, l'infection chronique des sécrétions stagnantes dans les glandes dilatées qui marque la seconde phase de l'évolution de l'hypertrophie, si elle est un des facteurs les plus actifs de la sclérose, ne paraît pas indispensable à sa progression; en fait elle existe toujours. Voilà pourquoi à la deuxième période, prostatite sénile est synonyme d'hypertrophie, en ne confondant pas, bien entendu, comme le font quelques auteurs, l'hypertrophie avec la prostatomégalie, la maladie elle-même avec un de ses symptômes physiques si difficile à constater nettement et à rapporter à sa véritable origine. La prostatite chronique devient donc prostatite sénile, quand elle rencontre un milieu local préparé par l'hypersécrétion avec stagnation glandulaire et des circonstances générales propres aux régressions scléreuses organiques.

Cliniquement parlant, des signes certains manquent pour marquer une transition d'ailleurs insensible entre la prostatite et l'hypertrophie commençante; mais après quelque

temps, l'étouffement des acini glandulaires au centre des noyaux de sclérose se révèle par des symptômes physiques (toucher rectal) et fonctionnels (stagnation d'urine de plus en plus accusée). En un mot, aux signes de la prostatite se substituent ceux de l'hypertrophie caractérisée. Pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause, il faut suivre le malade, voir les effets du traitement sur la marche des lésions prostatiques, attendre que les phénomènes congestifs, si intenses et si ordinaires chez le vieillard, laissent percevoir nettement les altérations réparables ou définitives des glandes. Cette étude clinique déjà faite (*Les glandes de l'urèthre*, tomes I et II) entraînerait à de longs développements, mais nous a conduit à démontrer la curabilité habituelle de l'hypertrophie sénile à ses deux premiers stades, c'est-à-dire la guérison possible et ordinaire sous l'influence du traitement logique de ses causes.

IV. Des considérations qui précèdent dont la portée pratique est manifeste, il résulte :

Que les inflammations prostatiques par les modifications qu'elles impriment à la longue à l'épithélium sécréteur, puis aux parois glandulaires, à leurs muscles, à leurs vaisseaux (veines surtout), favorisent et simulent la marche des lésions spéciales à l'hypertrophie.

Une bonne prophylaxie consiste donc à rechercher la guérison *complète* de la prostatite chez les sujets encore jeunes et *à fortiori* déjà avancés en âge. L'hypersécrétion et la stagnation glandulaires ne sont plus au-dessus de nos ressources thérapeutiques; parfois, on parvient à retarder les manifestations de la sénilité. L'ensemble de ces soins doit permettre souvent de prévenir l'apparition de l'hypertrophie prostatique; c'est au moins, et depuis longtemps, mon absolue conviction.

DE L'HÉMATOCÈLE SPONTANÉE (1)
DE LA TUNIQUE VAGINALE

Par le docteur Vandenbossche (de Versailles).

Pronostic. — On a dit autrefois que « le pronostic de l'hématocèle n'est pas plus grave que celui de l'hydrocèle » (Thèse Wacil, Paris 1879). On admet maintenant que l'indication principale de la cure de l'hydrocèle est sa transformation possible en hématocèle. L'hématocèle est en effet une tumeur sérieuse dont la transformation sarcomateuse n'est pas rare. Elle peut amener l'atrophie et la disparition complète de la glande séminale. Les inflammations dont elle est souvent le siège ont maintes fois entraîné la castration et même la mort du malade.

Diagnostic. — Il n'existe pas de signe pathognomonique de l'hématocèle vaginale. Le diagnostic ne peut être posé en général que par élimination.

La matité complète de la tumeur et la perméabilité du canal inguinal correspondant permettent de rejeter les hernies. Il pouvait cependant y avoir hésitation chez un malade de Bourdon, où il y avait concomitance d'hématocèle d'un sac herniaire avec adhérences empêchant le liquide de refluer dans le péritoine. Le diagnostic devient aussi très difficile dans les hématocèles enflammées, qui peuvent donner tous les signes d'une hernie inguino-scrotale étranglée (*Arch. de méd. navale*, 1886).

L'hématocèle récente ne peut être confondue qu'avec une seule tumeur liquide : l'hydrocèle. La recherche de la transparence avec ponction exploratrice lèverait en général les difficultés du diagnostic. La compression n'est pas possible avec les kystes du cordon. Dans l'hématocèle d'un kyste spermatique, qui est extrêmement rare, il suffirait de rechercher la position du testicule et la présence de spermatozoïdes dans le liquide.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1061.

Les hématocèles anciennes à fausse membrane épaisse, à consistance solide, sont très difficiles à différencier des tumeurs du testicule. Les symptômes qui leur sont le plus particuliers peuvent faire défaut et s'observer exceptionnellement en dehors d'elles.

Le diagnostic est d'ordinaire aisé d'avec les testicules tuberculeux ou syphilitiques tertiaires. Il n'en est plus ainsi quand ces lésions s'accompagnent d'hématocèle symptomatique. Il faut alors rechercher avec le plus grand soin : les localisations épididymaires, les noyaux en chapelet du canal déférent, les lésions de la prostate et des vésicules séminales, les phénomènes urinaires dans la tuberculose; dans la syphilis, la bilatéralité fréquente, le testicule aplati en gale, dur comme du cartilage, les petites gommes à la surface de la vaginale et de l'albuginée; s'il existe des fistules, leur siège, antérieur, et enfin l'influence du traitement permettront en général d'établir le diagnostic.

C'est avec les tumeurs malignes du testicule qu'on a le plus souvent confondu l'hématocèle ancienne, surtout quand elle a subi une poussée inflammatoire et se met à évoluer rapidement.

De nombreux cas ont été publiés d'hématocèle simulant un sarcocèle. Mais le sarcocèle est une tumeur lourde à la main, envahissant le cordon, les ganglions inguinaux et iliaques, cachectisant un malade déjà âgé et provoquant bientôt de vives douleurs. Gosselin a montré que cette tumeur s'accompagne d'une petite couche de liquide seulement à la partie antérieure : la fluctuation localisée à cet endroit permet d'assurer l'intégrité de la vaginale en ce point et d'affirmer que la lésion est due au testicule.

Le lymphadénome testiculaire est une tumeur rare, ordinairement bilatérale, et donnant lieu à une rapide généralisation.

Il est enfin une tumeur maligne du testicule très difficile à diagnostiquer d'avec une hématocèle ancienne : c'est l'enchondrome. Nombre de chirurgiens, dont Cruveilhier et B. Anger, ont fait la confusion.

Dans un cas que nous avons observé chez un homme de vingt-sept ans, la tumeur, de la grosseur du poing, datait d'environ une année. Elle avait eu le début et l'évolution de l'hématocèle, était uniformément dure et fluctuante. On ne sentait ni le testicule, ni l'épididyme. Les éléments du cordon, perçus seulement au niveau du canal inguinal, semblaient normaux.

Il existait, de part et d'autre du pli inguinal jusqu'à la racine des bourses, un épaississement œdémateux de la peau sous lequel on sentait des nodosités lisses, très dures, arrondies, occupant tout le triangle de Scarpa et semblant s'enfoncer profondément dans la fosse iliaque gauche. Il y avait, dans la région carotidienne droite, un petit ganglion de consistance cartilagineuse.

Le malade affirmant l'apparition successive de la tumeur des bourses et de celle de l'aine, on admit la possibilité d'un enchondrome testiculaire, malgré l'issue à la ponction d'un peu de liquide brun chocolat. L'opération montra qu'on était en présence d'une hématocèle ancienne. Les masses « cartilagineuses » que l'on avait senties étaient probablement des fibromes de la paroi abdominale.

Les cas analogues ne sont pas rares; devant ces diagnostics incertains, d'hématocèles anciennes, le chirurgien doit se tenir prêt à toute éventualité.

Traitement. — Le pronostic de l'hématocèle est sérieux. Diagnostiquer la maladie, c'est se décider à l'opérer. La chirurgie est actuellement en présence de cinq modes de traitement, ayant chacun leurs indications :

1° La ponction, suivie d'injection d'un liquide irritant (teinture d'iode).

C'est un procédé de temporisation tombé en désuétude, réservé aux cas où l'hématocèle est récente, et la fausse membrane peu épaisse. Il comporte souvent la récidive et expose aux complications inflammatoires. M. Rochard lui doit cependant un succès complet dans une hématocèle en bissac, très volumineuse, remontant à travers le canal inguinal jusqu'à l'ombilic.

2° L'incision.

Elle se fait sur la face antérieure de la tumeur, dont la cavité est évacuée. On lave avec une solution de sublimé ou de chlorure de zinc faible; on curette, s'il y a lieu, et bourre à la gaze iodoformée. La cicatrisation se fait par bourgeonnement et suppuration des surfaces.

3° La décortication.

Dans les vieilles hématocèles, le curetage est insuffisant pour permettre l'accolement des deux faces de la vaginale. La décortication consiste, une fois l'incision faite, à détacher avec les doigts la fausse membrane de la séreuse « comme on sépare la membrane interne des gésiers de volaille ». Gosselin, promoteur de la méthode, l'a défendue dans une lettre célèbre à Polaillon (1885), où il insiste sur ce point qu'il ne faut pas tenter la décortication sur le testicule; on résèque la fausse membrane sur les limites de cet organe. Il reste deux surfaces très capables de contracter une inflammation adhésive.

Beaucoup d'auteurs rejettent la décortication comme une opération difficile à pratiquer et qui expose à de grands délabrements. L'anatomie physiologique montre, en effet, qu'à une période avancée de la maladie il y a pénétration de la séreuse, d'abord intacte, par les vaisseaux sanguins de la néo-membrane, qui forme bientôt avec elle un tout homogène. Dans ces conditions, le plan de clivage n'existe plus et la séparation semble difficile. Il reste, en tout cas, après l'opération, une surface cruentée qui expose aux hémorragies. Demarquay et Denonvilliers ont eu chacun deux cas de mort après cette opération.

La décortication est d'ailleurs impossible dans les vieilles hématocèles à dégénérescence calcaire ou cartilagineuse. L'excision seule est praticable alors.

4° L'excision.

Gosselin lui reproche d'exposer à des lésions de l'épididyme et du testicule, très difficiles à reconnaître dans la paroi kystique. « L'opération, dit-il, offre tous les inconvénients de la castration et ne guérit point vite parce qu'elle laisse au fond de la plaie un testicule devenu inutile et dont la présence peut-être la source d'accidents assez graves. » Les lésions du testicule et de l'épididyme seront évitées si l'on opère avec prudence, en se repérant sans cesse avec le doigt et l'œil. Trélat, d'autre part, a montré que l'ablation de la vaginale n'entrave en rien la spermatogenèse : l'intégrité de la glande reste donc assurée aussi bien que dans la décortication.

Le procédé a, de plus, l'avantage de permettre une hémostase facile et d'être radical, puisqu'il ne laisse pas subsister de tissus altérés.

Le manuel opératoire peut être réglé comme il suit : après anesthésie générale ou locale, incision de 8 centimètres environ à la partie antérieure du scrotum et suivant le grand axe de la tumeur; quittant le bistouri, on énuclée avec les doigts en protégeant bien le cordon; une fois la tumeur isolée, on la vide par ponction antérieure. Reconnaissant alors le testicule et l'épididyme, on s'assure qu'il n'existe pas d'inversion, et, d'un coup de ciseaux, on fend la paroi jusqu'en bas. La position de la glande bien délimitée, on résèque la poche jusque sur sa périphérie en repérant sans cesse avec le doigt et l'œil le canal déférent et l'épididyme. Hémostase. Suture des parois; on draine avec une mèche de gaze iodoformée, qui sera enlevée le sixième jour, et dont on pourra fermer l'orifice de sortie par un point de suture.

L'excision constitue donc un procédé bénin. C'est le traitement de choix dans les hématocèles anciennes. Nous l'avons vu appliquer deux fois et donner en trois semaines une complète guérison.

5° La castration.

Ne doit intervenir qu'exceptionnellement, dans les cas où la tumeur enflammée est menaçante. Même quand l'atrophie de la glande est considérable, même chez les vieillards, l'excision doit être préférée, non seulement parce qu'elle conserve le « testicule moral », l'illusion consolante, mais parce qu'elle permet peut-être encore à ce qui reste de la glande d'exercer l'une de ses deux fonctions : la sécrétion interne.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Traitement du tétanos traumatique par les injections d'émulsion de substance cérébrale, par M. Krokiewics. — L'auteur a déjà publié un premier succès obtenu par cette méthode; Schramm a rapporté l'observation d'un autre cas, dans lequel des injections de substance cérébrale de lapin donnèrent des résultats favorables.

Enfin, M. Krokiewics vient d'avoir à traiter un troisième cas de tétanos; l'emploi du chloral n'avait pas donné de résultats. Au neuvième jour de la maladie, l'auteur injecte, avec l'asepsie la plus rigoureuse, dans le tissu cellulaire sous-cutané du patient, une émulsion faite avec une cervelle de lapin entière. La substance cérébrale avait été tamisée à travers plusieurs couches de gaze stérilisée, puis émulsionnée dans une solution salée à 6 p. 1000. Les jours suivants, trois autres injections furent pratiquées : simultanément chloral, antipyrine, morphine et caféine avaient été prescrits; le malade guérit comme les précédents. (*Wiener klin. Woch.*, n° 29, 1899.) L. G.

CHIRURGIE

Modification de la technique opératoire pour l'énucléation des tumeurs des ligaments larges. — M. Petrov recommande pour l'énucléation des tumeurs des ligaments larges le procédé suivant, qu'il a employé avec succès dans deux cas. Après énucléation de la tumeur de sa loge, opération qui ne permet pas de conserver le feuillet postérieur très mince du ligament large, on fait une incision transversale dans le cul-de-sac, sur le doigt introduit dans le vagin. Puis on saisit le feuillet antérieur dans une longue ligature, on l'introduit dans le vagin à travers l'incision de l'espace de Douglas et on le suture dans le vagin avec le cul-de-sac au niveau de l'incision de ce dernier.

D'après M. Petrov, les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° La surface de la plaie se recouvre par les tissus de la plaie même.

2° Le champ opératoire étant fermé par le péritoine intact, tous les organes mobiles sont garantis contre les adhérences.

3° La plaie abdominale est rapidement fermée.

4° La suppuration, si elle avait lieu, serait extrapéritonéale et accessible au traitement par le vagin.

5° L'opération ainsi modifiée est plus simple et plus rapide. (*Vratch*, 1899, n° 15.) S. BROÏDO.

MALADIES DE L'ENFANCE

La phlébite scarlatineuse. — On sait la rareté des lésions vasculaires dans la scarlatine. Les cas de ce genre sont donc intéressants à signaler. MM. Moizard et Ulmann viennent d'observer une phlébite des veines axillaires et humérales, développée quatre jours après le début d'une scarlatine qui avait paru de moyenne intensité. L'examen bactériologique du sang montra qu'il s'agissait d'une septicémie streptococcienne [ayant causé une phlébite avec accidents généraux graves (température élevée, agitation) et des localisations viscérales menaçantes (albuminurie)].

MM. Moizard et Ulmann, ayant pu réunir quatre autres observations analogues, concluent que la phlébite peut s'observer dans le cours de la scarlatine ; qu'elle est tantôt précoce (quatrième jour au plus tôt), tantôt tardive (quinzième jour), qu'il ne semble pas y avoir de rapport absolu entre la gravité de la maladie et l'apparition de la phlébite, bien que, dans les observations connues, elle semble plus fréquente dans les formes de scarlatine grave avec infection profonde de l'organisme. (*Arch. de méd. des enf.*, oct. 1899.) F. R.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Mole hydatiforme chez une enfant de douze ans et demi. — Il est généralement admis, à l'heure actuelle, que la mole hydatiforme se développe aux dépens des villosités choriales. La formation d'une mole en dehors de l'état de grossesse est niée par la plupart des auteurs. Bock (de Bruxelles) vient de publier un cas dans lequel l'origine conceptionnelle de la mole doit être absolument écartée. Voici le résumé de cette peu commune et, partant, très intéressante observation :

La fillette, jusque-là bien portante et sans hérédité aucune, présente sa première menstruation à douze ans deux mois. D'abord écoulement sanguin modéré, puis au bout de trois jours hémorragie à petits caillots, sans douleurs. Cessation de l'écoulement menstruel au bout de huit jours.

La deuxième menstruation est plus difficile, peu abondante et s'accompagne de douleurs rénales. Deux jours après le début, élimination d'un caillot recouvert d'une membrane blanchâtre, présentant la forme de l'utérus. Le lendemain disparition des douleurs et écoulement sanguin régulier pendant quatre jours. En examinant le caillot, on trouve qu'il est formé à l'intérieur par du sang caillé et à l'extérieur par la caduque utérine (cellules épithéliales vibratiles avec glandes acineuses incomplètes).

Au début, la troisième menstruation est également douloureuse; puis tous les trois jours il y a émission de trois caillots représentant la cavité utérine, le premier garni de la caduque, les deux autres revêtus d'une couenne blanchâtre. Entre l'expulsion des caillots perte sanguine assez forte. Repos pendant dix jours.

La quatrième menstruation, plus douloureuse que les précédentes, aboutit, après un suintement sanguin de trois jours, à l'expulsion d'une mole hydatiforme typique, à base large de 2 centimètres, circulaire, épaisse de 3 à 4 millimètres, présentant une série d'hydatides en chapelets, remplis d'une sérosité transparente à membrane fine, translucide. Les vésicules ont le volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle. Après l'expulsion de la mole, légère hémorragie à caillots, terminée trois jours plus tard. Depuis lors les menstruations ont été très régulières et l'enfant n'a plus présenté aucun trouble.

A noter que l'enfant était absolument vierge.

Relativement à la pathogénie de la mole dans ce cas, Bock envisage plusieurs hypothèses. Quoi qu'il en soit, ce fait semblerait démontrer que la mole n'est pas toujours la conséquence d'une grossesse avortée ou dégénérée, ou d'une altération placentaire, qu'elle peut être indépendante de la grossesse. (Bock. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1899, p. 113.) P. P.

Essai de transplantation d'ovaire humain. — A la suite de l'ablation ou de la destruction prématurée des ovaires, il est fréquent d'observer des troubles de diverse nature. C'est pour remédier à ces inconvénients, qu'on s'est efforcé au cours des opérations de laisser tout ce qu'il est possible de substance ovarienne, ou que l'on est conduit à traiter les opérées par différents extraits d'ovaires. Dans le *Medical News*, J. H. Glass donne la relation d'un essai de transplantation de l'ovaire sain d'une malade à une autre, qui aurait donné des résultats satisfaisants.

Une première malade, âgée de trente-neuf ans, avait dû subir deux ans auparavant une double castration, et depuis lors se plaignait de tous les troubles d'une ménopause anticipée : dépression mentale, vertiges, palpitations, bouffées de chaleur, perte de l'appétit sexuel, etc.

Une seconde malade, âgée de dix-sept ans, avait eu, consécutivement à un accouchement long et pénible, un sphacèle étendu du vagin qui n'avait laissé, après cicatrisation, qu'un canal étroit et rigide. Tout accouchement par les voies naturelles devenant impossible, la malade, en prévision d'une opération césarienne éventuelle, avait demandé à être mise dans l'impossibilité de concevoir à nouveau. On décida donc d'enlever un ovaire d'un côté et une trompe de l'autre.

Les deux malades consultées ayant consenti l'une à donner son ovaire et l'autre à le recevoir, l'opération fut pratiquée de la façon suivante : après anesthésie, l'ovaire de la deuxième malade est enlevé et recueilli provisoirement dans la gaze stérilisée et chaude. Après anesthésie également, on fait à la deuxième malade l'incision d'un cul-de-sac vaginal jusqu'au péritoine, autant que possible à la place ordinaire de l'ovaire; l'ovaire fut mis en place, et l'incision fermée au catgut.

Guérison sans incident. Six jours après la transplantation de l'ovaire, l'instinct sexuel se réveillait; quinze jours plus tard les règles apparurent et durèrent pendant deux jours. L'état général est excellent et l'opérée déclare se bien trouver. (J. H. Glass. *Med. News*, 29 avril 1899.) P. P.

De la symphyséotomie sans immobilisation consécutive. — Pour obtenir la consolidation de la symphyse après l'ouverture du bassin par la symphyséotomie, les accoucheurs se sont efforcés de maintenir les pubis en contact pendant les suites de couches. De là les divers appareils contentifs employés, tels que l'appareil plâtré de Morisani, la ceinture de flanelle et le lit d'Herbet dont se sert Pinard, l'appareil à suspension de Tarnier et Lefour, la ceinture métallique de Champetier de Ribes. M. Fieux ne croit pas que ces appareils, si bons qu'ils puissent être, soient absolument indispensables. Lorsque les pubis sont bien maintenus par de bonnes sutures on peut parfaitement s'en passer, ainsi qu'en témoigne une observation par lui publiée, dans laquelle, après avoir mis de côté, de parti pris, tout appareil de contention ou d'élévation, il a obtenu un résultat très heureux. Dès le lendemain de l'opération, l'accouchée, sans appareil

ni pansement, soulevait le siège et écartait les jambes, tout comme ses voisines de salle, au moment des lavages et des injections, et ceci sans la moindre fatigue, ni douleur.

Au point de vue des soins consécutifs, cette absence d'immobilisation de l'opérée fournit de réels avantages. Voici comment M. Fieux, à l'exemple de M. Lefour, procède à la suture et au pansement de la symphyse sectionnée :

Trois catguts stérilisés n° 5 sont passés à fond dans les deux tranches du trousseau fibreux pré-symphysien et coaptent exactement les pubis. Trois points profonds au crin de Florence rapprochent les deux bords de la profonde section cellulo-aponévrotique; puis la suture est terminée par quelques points cutanés. Comme pansement, on se contente de badigeonner la plaie symphysienne avec du stérésol (solution dans l'alcool d'un vernis à la gomme laque); ainsi se trouve supprimée, pour ainsi dire, la plaie symphysienne, ce qui facilite les soins à donner pendant les suites de couches, lavages, injections, cathétérismes, etc. (G. Fieux. *Rev. mens. de gyn., d'obs. et de pædiat. de Bordeaux*, août 1899.)

Dr P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jury de l'internat. — Le jury est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Claisse, Courtois-Suffit, Danlos, Troisier; Mauclaire, Legueu, Poirier, B. Anger; Tissier et Bouffe de Saint-Blaise.

Hospices de Nîmes. — Il sera ouvert le mercredi 8 novembre prochain, devant la commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens en chef, un concours pour des places d'élèves internes.

Trois places seront disponibles le 1er janvier 1900.

Les candidats devront déposer avant le 31 octobre au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande d'inscription.

Guerre. — Par décret, en date du 8 octobre 1899, sont promus ou nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois ci-après désignés :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Heuyer, directeur du service de santé de la division d'Oran, en remplacement de M. Willigens; — Pitot, à l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon, en remplacement de M. Ferron; — Darricarrère, médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours, en remplacement de M. Corties.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Derouet, au 95e d'infanterie, en remplacement de M. Rhein; — Verdier, au 3e zouaves, en remplacement de M. Lardennois; — Spire, au 35e d'infanterie, en remplacement de M. Muller; — Duval, au 67e d'infanterie, en remplacement de M. Chagnaud; — Gauthier, au 3e dragons, en remplacement de M. Duval; — Carlier, au 2e régiment étranger, en remplacement de M. Loillier; — Milliès dit Lacroix, au 71e d'infanterie, 4e bataillon, en remplacement de M. Warion.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Jaulmes, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, en remplacement de M. de Burine; — Job, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Mourier; — Malaval, au 81e d'infanterie, en remplacement de M. Monnot; — Remend, au 151e d'infanterie, détaché à Belfort, en remplacement de M. Besson; — Pegurier, au 142e d'infanterie, en remplacement de M. Lévy; — Fasquelle, au régiment de sapeurs-pompiers, à Paris, en remplacement de M. Derouet; — Azais, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, détaché au 81e d'infanterie, en remplacement de M. Verdier; — Marie, au 3e chasseurs d'Afrique, en remplacement de M. Spire; — Chavigny, à l'hôpital militaire de Constantine (bactériologie), en remplacement de M. Duval; — Finot, à l'escadron de spahis soudanais, en remplacement de M. Carlier; — Tourtarel, au 2e zouaves, en remplacement de M. Milliès dit Lacroix.

— Par décret, en date du 8 octobre 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Castaing.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Gros, Riou, Cochon, Deboulet, Feyat, Gautrand, Macrez, Ruais, Gauthier, Sudre, Tardif, Boue, Coville, Renard, Daffix, Brun, Cottet, Rousseau (F.-N.-G.), Rousseau (L.-H.-R.), Le Duigou, Neret, Millioz, Pizé, Hery, Champion, Cousteau, Albert, Fontan, Anceau, Lecacheur, Morely, Duval, Pasquier, Héritier, Ruais, Sicard, Dransart, Weill, Viancin, Dumont, Henriot, Sauze, Ayroles, Trouilhet, Sondaz, Galliot, Bernard, Henriet, Jacquin, Francoz, Lamarche, Vuillaume, Eynard, Duhamel, Robardet, Voillemin, Terral, Cany, Faucompré, Chavet, Chadou.

Marine. — M. Gastinel, médecin de première classe à Toulon, est désigné pour remplir jusqu'à l'issue du concours qui va être annoncé, les fonctions de professeur suppléant de petite chirurgie et de séméiologie chirurgicale à l'École annexe de Toulon, en remplacement de M. le docteur Boutin.

— M. Douarre, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer au 5e dépôt des équipages de la flotte M. le docteur Olivier.

— M. Émily, médecin de première classe, est affecté au service général à Toulon.

— MM. Magnon-Pujo, médecin principal du cadre de Toulon, et Bartet, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, embarqueront sur la *Couronne*, entrant en armement définitif à Toulon.

— Par décret en date du 9 octobre 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin principal. — MM. Clavel, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Miquel.

Au grade de médecin de première classe. — M. Lenoir, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Clavel.

Le typhus. — Il y a peu de temps nous annoncions l'apparition du typhus en Alsace-Lorraine et en Allemagne. On en signale aujourd'hui un certain nombre de cas à Bruxelles dans les quartiers ouvriers, en particulier des impasses du quartier des Marolles.

Faculté de médecine de Paris. — Sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste. — Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront pendant l'année scolaire 1899-1900, savoir : la première, le 6 novembre 1899; la deuxième, le 28 mai 1900.

Les consignations seront reçues aux dates ci-après désignées :

Première session : premier examen, les 23 et 24 octobre 1899; deuxième examen, les 20 et 21 novembre 1899; troisième examen, du 9 au 21 janvier 1899.

Deuxième session : premier examen, les 14 et 15 mai 1900; deuxième examen, le 5 juin 1900; troisième examen, les 25 et 26 juin 1900.

Bibliothèque. — MM. les étudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la bibliothèque. — A partir du 16 novembre, l'entrée de la bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation.

Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

Exercices de dissection. — Les exercices de dissection et le classement dans les pavillons de dissection (École pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) auront lieu comme suit :

I. *Étudiants de deuxième année de dissection.* — A partir du 1er novembre 1899, les étudiants de deuxième année de dissection seront appelés et classés, dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1899, à la Faculté de médecine de Paris, la huitième inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la quatrième inscription (nouveau régime d'études : 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1899, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres — ou qui auraient pris la huitième ou la quatrième inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

Pour 1899-1900, le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à neuf heures du matin, le vendredi 27 octobre 1899.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

II. *Étudiants de première année de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la cinquième inscription.

Les étudiants appelés sous les drapeaux en 1899-1900 sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

Travaux pratiques de pharmacologie et de matière médicale. — Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de troisième, quatrième et cinquième années pour l'étude du droguier. Pour être mis en série, MM. les étudiants devront se faire inscrire au laboratoire les mardis, jeudis et samedis, de trois à quatre heures, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits prescrits (15 francs). Le nombre de places de chaque série est limité à 50.

Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

DYSMÉNORRHÉE — *Apiol Joret et Homolle.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 117. — SAMEDI 14 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 14 OCTOBRE 1899. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. } FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE (1)

Par le docteur A. RICARD,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Hystérectomie abdominale totale pour fibromes. — L'histoire de l'hystérectomie abdominale *totale* pour fibromes date d'hier. L'opération, que nous pratiquons aujourd'hui, est tellement différente de la technique si grossière suivie, il y a quelques années à peine, qu'il s'agit actuellement d'une opération nouvelle.

Je n'ai, par conséquent, point l'intention de revenir sur un historique fastidieux qui ne saurait présenter qu'un intérêt purement bibliographique. J'insisterai seulement sur les deux grandes périodes qui viennent de précéder et, en quelque sorte, de préparer la phase actuelle, renvoyant, pour les détails, aux nombreux travaux qui ont été écrits sur ce sujet; en particulier à la thèse si documentée de mon élève Angelesco et au mémoire si complet de mon ancien élève et ami, le docteur Longuet.

La première période commence au milieu de ce siècle par les opérations, hardies mais isolées, de Kœberlé (1868) et de Péan (1869). Il ne s'agit point encore là d'une méthode à proprement parler. Presque de suite vient le règne de l'*hystérectomie abdominale à pédicule externe*, avec serre-nœuds, fils de fer, broches, cautérisation, etc. Lorsqu'on se rappelle les détails de cette technique si primitive, il semblerait qu'on remonte aux procédés barbares des premiers temps de la chirurgie et l'on a peine à croire que les jeunes chirurgiens d'aujourd'hui ont été élevés avec cette méthode, dont la description s'étale encore longuement dans les récentes éditions de nos livres les plus justement réputés.

Rien, dans cette technique, ne devait satisfaire un esprit vraiment chirurgical; aussi, assiste-t-on assez rapidement à la naissance du procédé d'*hystérectomie abdominale avec pédicule interne*, méthode qu'il fallut aussi abandonner, tellement étaient graves et nombreuses les complications opératoires immédiates et consécutives. C'est pourquoi, depuis 1881, les chirurgiens ont essayé de supprimer complètement ces pédicules si dangereux; et, jusqu'à ces dernières années, on assiste à l'apparition d'une série de procédés, visant tous un but unique : la suppression de tout pédicule par une exérèse absolue et complète de l'utérus fibromateux. C'est à ce moment que naît l'*hystérectomie totale*, sans pédicule.

On ne crut pas, tout d'abord, pouvoir obtenir le résultat cherché en abordant le fibrome directement et uniquement par le ventre. Les chirurgiens français, suggestionnés par l'hystérectomie vaginale qu'ils pratiquaient avec tant de virtuosité et d'élégance, s'ingéniaient à combiner des *procédés mixtes*, mi-vaginaux, mi-abdominaux, procédés dont le résultat final était toujours le même : enlever l'utérus en totalité, en supprimant tout pédicule. Glissons sur cette période de tâtonnement et d'incertitude pendant laquelle les chirurgiens cherchent leur voie; nous ne nous attarderons donc pas à discuter les mérites réciproques de la *voie vagino-abdominale*, première en date, ni de l'*abdomino-vaginale*, plus récente, ni des voies *abdomino-vagino-abdominales*. Ce sont là des tentatives honorables, ayant toutes pour but unique d'arriver à l'extirpation totale.

Ces procédés de transition entre l'hystérectomie partielle avec pédicule et la totale sans pédicule ne devaient avoir, et n'ont eu qu'une durée éphémère. Laissons donc dormir ces discussions qui soulevèrent, il y a quelques années, des polémiques si passionnées; les partisans les plus ardents des voies combinées ont fait amende honorable, et tous ont abandonné successivement leur « première manière » pour se rallier, définitivement cette fois, à la voie abdominale pure.

L'hystérectomie par voie mixte ne disparaîtra pas absolument toutefois; elle restera comme un procédé de nécessité que pourront réclamer des cas particuliers difficiles à prévoir et à cataloguer.

Cette période de tâtonnements prend fin, chez nous, en

(1) Rapport sur la première question mise à l'ordre du jour du Congrès français de chirurgie.

1894. Car il est vrai de dire qu'attardés par l'étude des procédés vaginaux ou mixtes, nous avions laissé à la chirurgie étrangère le soin de perfectionner la technique de l'hystérectomie abdominale totale. Confus, en quelque sorte, de l'erreur qui les avait retardés, les chirurgiens français se sont jetés avec enthousiasme dans l'étude des méthodes nouvelles; aussi, en quelques années, voit-on éclore près de cinquante procédés opératoires, que le docteur Angelesco rapporte fidèlement dans sa thèse. Chacun a tenu à publier un petit détail de sa technique personnelle et à être le père d'un procédé, sinon d'une méthode nouvelle. Des bibliographes consciencieux ont minutieusement recherché toutes ces mille variantes particulières et ont accolé à une petite et insignifiante manœuvre personnelle le nom de son auteur. En sorte qu'à l'heure présente, la mémoire la plus heureuse, l'esprit le plus délié ne suffiraient pas à donner un peu de clarté dans ce dédale de procédés, tous ou presque tous dérivés les uns des autres.

C'est de 1894 à 1897 que tous ces procédés prirent naissance. Depuis, le tassement s'est fait et nous restons en présence de deux méthodes principales, avec quelques bonnes mais peu nombreuses variétés d'exécution.

A mon avis, comme je l'ai déjà dit devant la Société de chirurgie, il n'y a que *deux grandes méthodes* d'hystérectomie abdominale totale, suivant qu'on opère avec ou sans hémostase préalable. Cette question de l'hémostase est, en effet, capitale. C'est la crainte de l'hémorragie qui a engendré les méthodes anciennes avec ses fils constricteurs et ses serre-nœuds. C'est elle qui a maintenu si longtemps dans notre arsenal opératoire les hystérectomies à pédicule externe ou réduit, ces procédés mixtes avec pinces à demeure; c'est cette terreur de l'hémorragie, autant que les désastres de la septicémie, qui ont arrêté la chirurgie des fibromes. Aussi, nous a-t-il paru logique de baser notre classification des méthodes opératoires uniquement sur les procédés d'hémostase, considérant que la façon dont on attaque les culs-de-sac vaginaux, dont on aborde l'utérus, la façon dont on ferme le péritoine ne constituent que des points de technique, sans importance suffisante pour qu'ils soient érigés en procédés et à plus forte raison en méthodes.

L'hystérectomie abdominale totale sans hémostase préalable appartient uniquement et exclusivement à M. Doyen. Ce chirurgien, dès le début de sa pratique, fut préoccupé de cette possibilité d'enlever les fibromes par l'abdomen, sans faire précéder l'exérèse d'hémostase artérielle. Son premier procédé était uniquement conçu dans cet esprit. Son procédé actuel, quoique différent du premier et bien supérieur à lui, est aussi basé uniquement sur ce point : enlever l'utérus et la masse fibromateuse sans poser une seule pince abdominale et ne faire l'hémostase qu'après.

Je rappellerai en deux mots sa technique, qu'il vient d'ailleurs d'exposer à nouveau au récent Congrès de gynécologie, tenu à Amsterdam. L'abdomen ouvert, la malade en position inclinée, la masse fibromateuse est désenclavée et basculée en avant. Le cul-de-sac postérieur du vagin est incisé, le col utérin est saisi, vigoureusement tiré en haut et libéré, par quelques coups de ciseaux, de ses insertions vaginales. Il ne reste plus à l'opérateur qu'à dérouler l'utérus qu'une traction énergique sépare de son péritoine et des artères utérines que les doigts d'un aide peuvent facilement comprimer, en attendant la pose des pinces. C'est une méthode rapide et élégante. Son auteur l'applique à tous les cas, c'est peut-être exiger beaucoup d'un procédé, excellent en soi, que de vouloir l'appliquer indistinctement à toutes les variétés si complexes des fibromes utérins.

Procédés avec hémostase préalable. — A côté de cette méthode ingénieuse se placent tous les procédés qui font précéder l'exérèse utérine de l'hémostase artérielle. Ces procédés, fils d'une même méthode, sont adoptés par l'immense majorité des chirurgiens. C'est que la méthode d'extirpation des tumeurs, après hémostase préalable, est une méthode généralement et universellement employée pour toutes les tumeurs, où qu'elles siègent, et toutes les fois que cette pratique est possible. Cette méthode générale, avec ses variantes de technique, a l'avantage de pouvoir s'adresser à tous les cas de fibromes, quelles que soient leur masse, leur consistance, leur fixité, les lésions voisines, adhérences, salpingites, tumeurs ovariennes, etc. Je ne connais pas de cas, aussi complexes soient-ils, que je n'aie pu mener à bien grâce à cette méthode.

Les règles sont celles que j'ai déjà exposées au X[e] Congrès et à la Société de chirurgie; je les résumerai ainsi : Les fibromes nés sur l'utérus épousent ses connexions vasculaires et sont nécessairement des tumeurs à quatre pédicules vasculaires anatomiquement connus. La ligature des deux artères utéro-ovariennes en haut, des deux utérines en bas, assure une hémostase parfaite. Toute la difficulté opératoire réside dans l'exécution de cette hémostase; et c'est pour l'assurer que sont nés une grande variété de procédés opératoires.

La malade étant anesthésiée et placée dans la position déclive de Trendelenburg, le ventre largement ouvert, la masse intestinale dûment protégée, le fibrome est fortement érigné et désenclavé si possible; tous les chirurgiens font successivement :

1° L'hémostase latérale préventive de l'étage supérieur d'un ou des deux ligaments larges, ce qui est toujours facile (1).

2° La taille préventive des lambeaux péritonéaux. Nous reviendrons sur ce temps dont l'importance nous paraît avoir été singulièrement exagérée.

3° L'hémostase des utérines. Cette hémostase s'exécute plus ou moins facilement suivant que le fibrome est plus ou moins enclavé ou adhérent, qu'il y a ou qu'il n'y a pas de salpingites concomitantes. Aussi ce temps peut-il être précédé de temps accessoires de dégagement consistant en morcellement de fibromes enclavés et fixés dans le petit bassin, d'extirpation de poches annexielles adhérentes, de tumeurs ovariennes, etc. Ceci ne change en rien l'idée directrice qui est d'aborder l'utérine.

4° Dégagement de l'extrémité inférieure du pôle utérin. Avec ce temps continuent les variations de technique et les sous-procédés personnels.

Pour dégager le pôle inférieur de l'utérus on peut soit :

a. Ouvrir le vagin et désinsérer successivement chaque cul-de-sac vaginal;

---

(1) Dans ce temps, la plupart des chirurgiens pratiquent l'extirpation des trompes et des ovaires. Cependant, d'autres ont insisté sur les accidents généraux que peut occasionner cette ménopause chirurgicale. Aussi, à l'exemple de de Baisseux et de Kelly, quelques chirurgiens français conservent les ovaires pour éviter les troubles d'une ménopause prématurée. Nous n'avons pas à discuter ici cette manière de faire, qui s'exécute au cours de l'hystérectomie abdominale sans en modifier la technique.

C'est encore dans ce temps opératoire qu'on sectionne le ligament rond. M. Terrier insiste sur la nécessité d'en faire spécialement l'hémostase.

b. Sectionner transversalement le col, au-dessus des insertions vaginales, et attaquer l'autre côté par bascule latérale, se réservant d'extirper ou non le moignon du col restant.

Procédés ouvrant le vagin. — Pour éviter d'engager une discussion sur les mérites réciproques des différents culs-de-sac vaginaux, nous dirons de suite que le *cul-de-sac qui doit être ouvert est celui qui se présente le plus favorablement*, celui qui est le plus facilement accessible. On l'incise directement, en se guidant sur l'utérus, ce qui vaut mieux ; ou bien en se guidant sur une pince introduite dans le vagin et dont un aide fait saillir les mors. En principe, et toutes les fois que je le puis, j'évite cette manœuvre dans le vagin, toujours douteux au point de vue de l'asepsie.

Que cette attaque vaginale ait lieu en arrière par le Douglas ; en avant, après avoir refoulé et récliné la vessie, ou sur les côtés en dedans et au-dessous du moignon ligaturé de l'utérine, cela importe peu et je laisse aux auteurs le soin de reconnaître leur pratique usuelle dans ces différentes voies d'attaque des insertions utéro-vaginales.

Par ces procédés, une fois le vagin ouvert, le col est saisi, fortement tendu et désinséré du vagin. Quelques chirurgiens l'enlèvent sur place, sans bascule ni traction : c'est se mettre volontairement dans des conditions de difficultés plus grandes. On peut encore attaquer le vagin par *hémisection de l'utérus*, mais cet excellent procédé de notre collègue et ami Faure, parfait quand il s'agit de lésions annexielles, ne nous paraît pas aussi indiqué quand il s'agit de fibromes.

Procédés n'ouvrant pas le vagin. — Nous avons vu que la masse fibromateuse et l'utérus peuvent être extirpés sans ouverture du vagin, par simple section transversale du col. Le moignon du col restant peut être enlevé pour compléter l'opération ou laissé en place. Dans ce cas l'opération n'est plus, à proprement parler, une hystérectomie totale, c'est une presque totale, c'est une *sub-totale*, comme l'appelle heureusement le docteur Longuet, c'est une *supra-vaginale basse*. Nous y reviendrons de suite dès que nous aurons terminé notre description de la technique régulière de l'hystérectomie totale.

5° Ce temps est consacré, aprés ligature des utérines, à la réfection du plancher pelvien, à l'occlusion de la cavité péritonéale par la suture des tranches vaginales auxquelles on superpose, en les adossant, les lambeaux péritonéaux.

On a fort discuté sur cette occlusion pelvienne et les meilleurs arguments ont été mis en avant pour la défendre ; c'est une bonne pratique, nous la mettons en usage d'une façon courante ; mais cependant, il ne faut pas la considérer comme un des temps indispensables et nécessaires de l'hystérectomie abdominale totale.

Chaque fois qu'une infection minime peut être relevée ou même soupçonnée au cours de l'opération : ouverture d'une collection purulente ou septique péri-fibromateuse, ramollissement d'un fibrome qui s'est rompu, ouverture d'une cavité utérine dilatée et contenant du liquide, je considère qu'il est imprudent de priver la malade de ce large drainage vaginal qui n'a pas été une des moindres causes de succès de l'hystérectomie vaginale.

Il suffit même, pour nous, qu'il y ait une simple indication d'aller vite (malade épuisée, hémorragie, opération déjà longue), pour que nous ne prolongions pas l'intervention par un temps que nous jugeons utile, mais non indispensable.

Telle est la technique dans ses grandes lignes. On l'exécute rapidement et facilement grâce :

1° Au plan incliné, qui permet de protéger l'intestin et de voir ;

2° Au désenclavement par traction sur l'utérus, que cette traction se fasse simplement, mais fortement, avec des pinces à griffes puissantes ou avec les désenclaveurs, érignes, tire-bouchons, ou avec l'appareil suspenseur de Reverdin ;

3° A l'emploi d'un écarteur abdominal qui maintient la plaie largement ouverte, n'encombre pas le champ opératoire et rend le travail de l'aide plus commode. Grâce à ces trois moyens on arrive facilement et à coup sûr à l'utérine ; on peut même se permettre de la sectionner directement pour la voir mieux, tellement l'hémostase devient alors chose facile quand le bassin a été élevé et quand l'opérateur a su se présenter le pôle inférieur de l'utérus par une traction énergique et suffisante.

Un procédé récent d'hystérectomie totale vient d'être publié par M. Jaboulay. L'auteur étiquette son procédé : *hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale.*

Ce procédé aurait pour avantage de réduire à presque rien les manœuvres dans l'intérieur de la séreuse, dont l'ouverture est rapidement suturée.

A priori, ce procédé est passible de bien des objections. L'avenir nous donnera exactement sa valeur.

Hystérectomie sub-totale. — Nous avons parlé plus haut d'un procédé d'exérèse laissant en place un moignon de col, et transformant ainsi le procédé-type d'hystérectomie totale en un procédé incomplet mais bien et nettement dérivé de la technique de l'hystérectomie abdominale totale.

Son histoire est de date absolument récente. En 1886, Bassini en fit le premier l'exécution méthodique et, dès 1888, Hoffmeier l'appliqua dans toute sa rigueur. Ce n'es que plus tard qu'en Belgique, Lauwers ; en Amérique, Noble, et plus tard, Howard Kelly adoptèrent la supra-vaginale. Si l'on suit, dans toute sa précision, l'historique établi par le docteur Longuet dans le travail qne j'ai déjà cité, on voit que ce n'est qu'en 1895 que Kelly « conçut et décrivit sa technique qui, en arrivant en France, est devenue non plus le procédé de Kelly, mais le procédé américain ».

Ce n'est qu'à notre session de 1896 que M. Terrier faisait connaître ses premières opérations « d'hystérectomie totale avec conservation du col ». Il continua aux deux derniers Congrès, en 1897 et 1898, à nous communiquer les résultats si encourageants qu'il obtenait de cette pratique.

La technique dffère évidemment fort peu de celle ordinairement suivie pour l'hystérectomie totale. Ce sont les mêmes soins préparatoires, la même attitude du malade, les mêmes temps opératoires, savoir :

1° Libération et hémostase de l'étage supérieur de la tumeur et des ligaments larges.

2° Avec ou sans confection immédiate de lambeaux péritonéaux, l'ascension du pôle inférieur de la tumeur étant obtenue, on pince et sectionne l'une des utérines, la tumeur étant fortement érignée du côté opposé, le ligament large ayant été ouvert jusqu'au voisinage du col.

3° En quelques coups de bistouri, le col est coupé transversalement, et la bascule utérine étant progressivement accentuée, lorsque le bistouri arrive sur le côté opposé de l'utérus, on voit cet organe se dérouler et se décoller du péritoine au fur et à mesure qu'apparaissent les flexuosités de l'artère utérine. Une pince y est facilement placée, quelques coups de bistouri aidés d'une simple traction dégagent les

annexes du côté opposé, qu'une pince isole et permet de réséquer.

Pendant tout le temps de la traversée utérine, de larges compresses ont protégé le péritoine. L'exérèse achevée, il reste au fond du pelvis la tranche utérine, avec la cavité cervicale ouverte. Une pointe de thermo-cautère détruit alors la muqueuse. Ceci fait, une ou deux bonnes pinces à griffes élevant et fixant le moignon utérin, l'opérateur fait une double section en coin, en plein tissu du col, de façon à transformer le petit moignon cylindrique en deux lèvres amincies et mobiles. Un surjet de catgut rapproche rapidement les surfaces cruentées. Par-dessus, un deuxième surjet ramène et adosse les lambeaux péritonéaux qui recouvrent les ligatures artérielles et le moignon réséqué du col.

Telles sont les grandes lignes de la technique de l'hystérectomie supra-vaginale basse.

Il est bien évident qu'il existe un certain nombre de variantes personnelles dans l'exécution de cette opération. Mais ces « procédés d'auteurs » n'enlèvent rien au procédé typique qui doit toujours servir de règle. Qu'on fasse la bascule utérine latéralement de droite à gauche, ou de gauche à droite à la Kelly, dans le sens antéro-postérieur comme Hoffmeier, M. Terrier et d'autres, après bascule en arrière du corps ; soit d'arrière en avant, après bascule de l'utérus en avant, soit par bisection médiane, je ne vois vraiment là aucun intérêt dans la description de ces manières particulières de faire. Pour ma part j'ai toujours eu recours à la bascule latérale sans avoir besoin de changer ce mode d'attaque de l'utérus, mais prêt à le faire si le cas particulier l'exige.

Parallèle entre l'hystérectomie totale et la sub-totale. — Le seul inconvénient de la sub-totale est de laisser un moignon du col. Il est inutile de dire que ce moignon doit être des plus minimes, que la muqueuse en est détruite par cautérisation, que le parenchyme restant doit être sain et que la surface avivée de l'utérus doit être accolée par suture. Il n'y a pas de comparaison à établir avec le moignon volumineux et massif, souvent coupé en plein corps, enserré d'un lien circulaire que laissait l'hystérectomie avec pédicule interne. L'expérience répond d'ailleurs. Aucune observation n'a relevé de suite opératoire fâcheuse du fait de ce reliquat utérin.

Donc pas d'inconvénient; mais y a-t-il avantage à substituer la supra-vaginale à l'hystérectomie totale?

La théorie nous montre qu'il y a de grands avantages, les résultats pratiques confirment la théorie.

Les avantages sont les suivants : l'opération est plus rapide, plus facile, moins hémorragique, plus facilement aseptique et par suite plus bénigne.

La *rapidité* plus grande résulte de la suppression de l'ouverture du vagin, et par suite du suintement hémorragique de la tranche vaginale, rarement inquiétant mais suffisamment abondant pour avoir besoin d'être arrêté. Or, dans quelques cas, ce suintement est difficile à maîtriser, il continue malgré les pinces, le surjet est insuffisant pour y porter remède et je pense qu'il n'est pas d'opérateur qui n'ait quelquefois eu des ennuis avec cette tranche vaginale. La traversée utérine, au contraire, se fait en quelques coups de bistouri et sans écoulement sanguin.

La suture occlusive du moignon utérin est de même plus rapide que l'occlusion du vagin.

La *facilité* plus grande est prouvée par ce fait même qu'il est ici inutile de chercher les culs-de-sac vaginaux, dont l'ouverture est quelquefois si délicate que nombre d'opérateurs se trouvent obligés d'introduire par le vagin des pinces courbes pour déterminer le cul-de-sac et préciser le point où doit porter l'incision. Dans la sub-totale, lorsque le toucher a démontré que la dissection utérine ne laissait que la portion intra-vaginale du col, on coupe directement, au niveau fixé, sans s'inquiéter davantage.

Je considère comme démontré que l'opération est plus facilement maintenue *aseptique*. Quoi qu'on en ait dit, quelque minutieuse que soit la toilette pré-opératoire du vagin, l'asepsie de cette cavité reste douteuse, la préservation du péritoine au moment des manœuvres d'hémostase peut être moins facile. L'utérus, pendant les tractions, a pu y déverser, à la fin même de l'opération, des sécrétions septiques. Or, rien n'est plus facile, dans la sub-totale, que de bien envelopper le petit moignon utérin pendant la traversée du canal cervical facilement maintenu dans le champ des compresses par une forte pince, et le recouvrir d'une compresse pendant la ligature des utérines et utéro-ovariennes du côté opposé.

On a d'ailleurs très différemment apprécié cette septicité de la cavité utérine. On peut toutefois considérer comme démontré que l'ouverture du canal cervical doit être moins nocive que la large ouverture du vagin.

Tous ces avantages doivent, s'ils sont réels, améliorer les résultats opératoires, c'est là que l'on trouvera la preuve et le contrôle de toutes les assertions théoriques.

La discussion doit ici céder la place à l'examen direct des faits.

Statistiques. — Le travail du docteur Longuet, auquel j'ai déjà fait allusion et qui réunit les statistiques les plus récentes, mentionne 1025 cas d'hystérectomie abdominale totale, auxquels j'ajoute 207 cas résultant de la pratique de nos collègues Bœckel, Houzel, Lafourcade, Latouche, Psaltoff, qui ont bien voulu m'envoyer leurs statistiques personnelles ainsi que les statistiques relevées au récent congrès d'Amsterdam, soit 1 232 cas, donnant une mortalité de 9,68 p. 100.

Le travail de Longuet réunit 826 cas d'hystérectomie supra-vaginale; je puis lui en ajouter 232, résultant des dernières communications soit personnelles, soit faites au congrès d'Amsterdam, au total 1 058. La mortalité oscille entre 4 et 4,5 p. 100. Les grosses statistiques sont peu chargées et montrent que la mortalité diminue, au fur et à mesure de l'expérience acquise. Je me suis tenu volontairement dans ces chiffres réunis en bloc, les seuls ayant quelque valeur, car en entrant dans le détail on voit des opérateurs ayant 1 décès sur 3 cas, c'est-à-dire plus de 30 p. 100 de mortalité, à côté de séries blanches d'opérateurs ayant 6 cas avec 6 guérisons.

Que montrent ces chiffres, portant sur un nombre considérable de cas, sinon la supériorité éclatante de la supra-vaginale dont la mortalité est plus de moitié moindre que celle de l'hystérectomie totale?

C'est donc le moment de dire que nous sommes en possession du procédé définitif d'hystérectomie, car ces 4,50 p. 100 de mortalité ne nous paraissent pas pouvoir être abaissés, la mort pouvant dépendre de nombreuses causes que ne peuvent éviter ni l'habileté de l'opérateur ni la perfection de la technique.

D'ailleurs les statistiques comparées montrent bien la dé-

croissance proportionnelle de la mortalité au fur et à mesure que la technique se perfectionne.

	MORTALITÉ.
L'hystérectomie abdomino-vaginale donnait.	16,66 p. 100.
— totale donne	9,65 —
— sub-totale donne.	4,50 —

La supériorité de l'hystérectomie sub-totale est tellement manifeste que nous ne croyons pas devoir insister davantage.

On peut donc déjà conclure de la façon suivante : toutes les fois que le chirurgien attaquera un fibrome par la voie haute, il devra donner sa préférence à l'hystérectomie sub-totale.

Il existe néanmoins des contre-indications, rares d'ailleurs et faciles à poser.

L'hystérectomie sera totale, et non sub-totale chaque fois que :

1° Le col sera lui-même malade, métrite suspecte, fibromes ayant envahi le col, épithélioma du col.

2° L'état de grossesse avancée est peut-être une indication de l'hystérectomie totale. Le col est étalé, mou, plus difficile à différencier du vagin ; de plus l'extensibilité et la laxité des parois vaginales rendent l'exérèse totale des plus aisées.

Parallèle entre l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale. — Cette première comparaison établie, il nous reste à mettre en parallèle notre procédé abdominal de choix avec l'hystérectomie totale pratiquée par la voie vaginale.

Nous serons relativement brefs sur ce point ; les faits nous y autorisent et ce n'est plus l'heure des dissertations.

La voie vaginale, qui a été si perfectionnée en France et a retardé l'avènement de l'hystérectomie abdominale, est aujourd'hui bien déchue de sa grandeur première. Une opération, à l'heure actuelle, comme on l'a fort bien dit, a le tort de vieillir vite. Le temps n'est plus où l'on s'ingéniait à faire passer par la filière vaginale de volumineux fibromes remontant à l'ombilic. Personne ne saurait recommander aujourd'hui ces opérations de dystocie longues et laborieuses ; aussi les indications de la voie vaginale se sont singulièrement diminuées.

A notre dernière session, notre collègue M. Bouilly, tout en défendant avec conviction cette opération qui lui a donné de si beaux résultats et en cherchant à en étendre au maximum les indications, n'en a pas moins constaté, en terminant sa très intéressante communication, qu'il faut « restreindre l'indication de la voie vaginale à l'ablation des fibromes petits et de moyen volume » et, ajoute-t-il, « facilement accessibles. »

La vagino-hystérectomie est moins satisfaisante à cause de son hémostase, due à des procédés plus grossiers, moins précis ; de la nécessité de laisser à demeure des pinces gênantes et douloureuses ; à cause de l'insuffisance de réfection du plancher pelvien, même malgré la suture de la tranche vaginale recommandée actuellement par M. Bouilly ; à cause enfin de l'absence de réunion par première intention. Le laparo-hystérectomiste laisse partout derrière lui une réunion par première intention. « Au contraire dans l'hystérectomie vaginale persiste une brèche, un trou ; le péritoine et le vagin restent ouverts et doivent se fermer par granulation... » Nous restons sous l'impression d'une opération ayant atteint son but mais qui n'est pas terminée, qui n'est pas parachevée.

La vaginale totale n'est supérieure à sa rivale que parce qu'elle supprime l'ouverture et la fermeture de la paroi abdominale, qu'elle ne laisse après elle aucune cicatrice visible. Petits avantages qui doivent faire cependant pencher la balance en faveur de la voie vaginale lorsque celle-ci a des indications très nettes que nous allons formuler dans cette courte phrase :

L'hystérectomie abdominale totale ou sub-totale peut s'appliquer à tous les cas de fibromes où l'exérèse de l'utérus est indiquée, — mais, lorsque l'utérus fibromateux est petit, mobile, abaissable, que le col utérin n'est pas d'une longueur démesurée, que le fibrome paraît multiple, que le vagin est ample, que la vulve est dilatable, l'hystérectomie vaginale est extrêmement bénigne, facile, rapide. C'est presque « un escamotage » ; c'est en un mot une excellente opération, lorsqu'elle est réduite aux indications formulées ci-dessus.

Nous ajouterons que la moindre incertitude dans le diagnostic commande la voie abdominale, la seule réellement exploratrice.

Qu'on n'attende pas de nous une statistique comparative de la gravité de l'hystérectomie abdominale et de la vaginale. Les deux opérations ne s'adressent plus aux mêmes tumeurs. L'une néglige les cas graves, complexes, de fibromes volumineux, adhérents, avec lésions annexielles importantes, cas graves réservés à sa rivale. Les cas sont donc trop dissemblables pour pouvoir être mis en parallèle. Cependant si l'hystérectomie vaginale, s'adressant à des cas plus simples, est moins grave que l'hystérectomie totale, son pourcentage de mortalité n'est pas inférieur à celui de l'hystérectomie sub-totale et oscille autour de 5 p. 100.

Opérations conservatrices. — Sans vouloir entrer dans la discussion du traitement chirurgical des fibromes, il nous est cependant impossible de ne pas mettre en parallèle avec l'hystérectomie totale certaines opérations conservatrices qui ont pour but d'enlever le fibrome et de laisser l'utérus.

C'est avec plaisir que j'ai vu, au récent congrès d'Amsterdam, un certain nombre de confrères français et étrangers appeler l'attention des chirurgiens sur des opérations conservatrices de l'utérus ; et même le docteur Baldy, divisant l'historique du traitement des fibromes en trois périodes, disait que la période de l'avenir appartenait aux opérations conservatrices, c'est-à-dire aux opérations respectueuses de l'utérus.

Bien entendu, ce respect absolu de l'utérus s'impose lorsqu'il s'agit de fibromes pelviens, juxta-utérins, développés dans les ligaments larges, de fibromes sous-péritonéaux plus ou moins pédiculés, mais faisant une saillie nette à la surface de l'utérus. Pour ces fibromes, l'*énucléation* a été préconisée par Spencer Wells et surtout par Martin. Chez nous le docteur Témoin s'en est fait le défenseur convaincu et nous a communiqué de belles statistiques.

Au cours de ces interventions, qui, en principe, ne devaient pas ouvrir la cavité de l'utérus, la muqueuse s'est trouvée ouverte, et Martin a pu, en drainant la cavité utérine par le vagin, refermer la plaie utérine et guérir sa malade. Déjà Freund, Berakowski, Bouilly ont incisé l'utérus comme s'il s'agissait d'une opération césarienne et extrait le fibrome à travers les lèvres de leur incision utérine. J'ai eu moi-même à pratiquer trois fois cette opération. Bien que ses

indications soient rares, cette *myomectomie trans-utérine* doit prendre place dans notre arsenal chirurgical.

Quand une femme est jeune et qu'elle a un fibrome unique et de moyen volume, que les annexes sont saines, la *myomectomie* avec conservation de l'utérus devient indiquée.

Cette myomectomie ne peut se faire qu'à travers une incision utérine, c'est-à-dire par *hystérotomie préalable*, et l'opération comprendra ces trois temps fondamentaux :

1° Hystérotomie;
2° Énucléation du fibrome;
3° Suture de l'utérus.

Reprenons ces trois temps l'un après l'autre et examinons-les.

Hystérotomie. — L'incision de l'utérus portera sur la partie de l'utérus qui permet le mieux d'aborder le fibrome. Elle sera donc vaginale ou abdominale suivant les cas.

Un fibrome de petit volume, sur un utérus abaissable, peut être extrait par le vagin.

Mais on ne peut s'adresser par cette voie qu'à des fibromes petits, et, l'extirpation faite, l'opérateur doit s'assurer qu'il n'existe pas de perforation utérine communiquant avec le péritoine. C'est là un des dangers de cette voie vaginale, et c'est ce qui en rend l'indication des plus rares.

Pour ma part, je l'ai exécutée 3 fois avec succès; une de mes malades, opérée en 1895 dans le service de M. Le Dentu, que je suppléais alors, est accouchée normalement à terme dans le service de M. Pinard, qui a bien voulu me le faire savoir.

Mais le volume du fibrome, la nécessité où l'on se trouve de bien constater qu'il n'y en a qu'un seul, qu'il n'existe pas d'amincissement trop grand ou de perforation utérine après l'opération, font que, pour ces opérations conservatrices, la voie de choix est encore la voie haute, éminemment conservatrice et exploratrice.

J'ai également pratiqué 3 fois cette *opération césarienne*, pour fibromes, avec 3 succès. C'est peu comme statistique; mais les indications sont rares, et je tiens à répéter que la conservation utérine ne peut malheureusement être tentée que dans des cas peu fréquents.

Voici comment j'ai procédé : Après laparotomie, sur le plan incliné, l'utérus étant sorti du petit bassin et bien isolé par des compresses, j'incise en général sur la ligne médiane, à moins de saillie trop nette du fibrome, en un point qui est alors à choisir; je donne à l'incision une étendue proportionnelle aux dimensions du fibrome que je mets à nu, ouvrant ou n'ouvrant pas d'emblée la cavité utérine, allant droit devant moi jusqu'au fibrome. Si la cavité utérine est ouverte, avant d'attaquer le fibrome, les lèvres de la plaie étant maintenues béantes, j'essuie la cavité utérine à l'aide de compresses aseptiques et j'en pratique le curetage soigné. Si l'énucléation du fibrome peut être faite avant d'ouvrir la cavité utérine, on ne pratique son nettoyage qu'après. Mais, dans tous les cas, il faut que la cavité utérine soit ouverte, nettoyée, pour permettre le drainage utéro-vaginal de la loge utéro-fibromateuse.

Le curetage fini, je pratique, du corps vers le col, la dilatation large et extemporanée de l'orifice interne du col, et je place un drain rigide, largement perforé, de la loge du fibrome, à travers l'utérus, jusqu'au vagin dont un pansement maintiendra l'asepsie.

Cela fait, je surjette l'utérus au catgut; en général, en un seul plan. Je complète, s'il est nécessaire, par quelques points séparés l'affrontement séreux. Cette suture, sur les parois flasques d'un utérus aminci, est des plus faciles. Il est curieux de constater, dès la fin de l'opération, combien l'utérus est déjà revenu sur lui et a déjà perdu une grande partie de son volume.

Dans ma première opération, j'ai, par prudence, mis un drain abdominal descendant dans le cul-de-sac vésico-utérin; je ne l'ai plus fait depuis. Mes opérations sont récentes. Une de mes malades, jeune vierge de vingt-six ans, vient de se marier.

Voici donc une opération conservatrice non meurtrière et qui s'impose à notre attention.

Conclusions. — Arrivé au terme de cette partie de mon rapport, je poserai donc les conclusions suivantes :

Quand un fibrome utérin sera justiciable d'une intervention chirurgicale, l'intervention aura pour but l'extirpation du fibrome.

Si la femme est déjà avancée dans la période génitale, s'il y a plusieurs fibromes, si leur masse est petite, si le diagnostic est nettement posé, si le vagin est large, la vulve dilatable, l'utérus abaissable, on aura recours à la voie vaginale.

Si la femme est jeune, le fibrome unique et de moyen volume, il est indiqué d'en tenter l'extirpation par une énucléation trans-utérine, pratiquée de préférence par la voie abdominale.

Si le fibrome est volumineux, s'il est multiple, s'il s'accompagne de lésions annexielles, si la femme est âgée, — et dans l'immense majorité des cas on trouve l'une ou l'autre de ces conditions, — il faudra sacrifier l'utérus.

L'hystérectomie sera alors abdominale. La méthode subtotale est la plus simple, la plus rapide et la plus bénigne. C'est la méthode de choix.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer. — Notre rapport arrive actuellement en plein débat. La discussion est ouverte devant les sociétés savantes et devant les congrès dont les assises viennent de se tenir, il y a à peine quelques semaines. Peut-être est-il prématuré d'apporter une opinion ferme et d'apparence définitive; les faits sont relativement peu nombreux, d'origine encore récente; des opinions diamétralement opposées s'élèvent chaque jour, se heurtant dans des conclusions contraires. Néanmoins, il m'a paru possible de prendre parti, et sinon porter un jugement, du moins mettre en lumière les points acquis de cette si intéressante question.

Cancer du corps. — Il faut distinguer, dès le début, deux variétés de siège dans le cancer utérin, suivant qu'il se développe dans le corps de l'organe ou dans le col.

Le cancer du corps, plus rare, doit être enlevé par voie abdominale. Pour cette variété anatomique, aucun doute; les partisans les plus tenaces de la voie basse reculent aujourd'hui devant l'extirpation par la voie vaginale de cette masse friable, sanieuse, septique, dont l'exérèse est pénible, longue, malpropre et s'accompagne souvent d'hémorragies difficiles à maîtriser.

Nous n'insisterons donc pas, et tout de suite nous pouvons poser une conclusion ferme, que nous considérons comme acquise : *Tout cancer du corps de l'utérus, justiciable d'une intervention, doit être attaqué par la voie abdominale.*

Je ferai seulement remarquer que le col étant, dans l'espèce, la portion solide et résistante de l'utérus, c'est sur lui

qu'il faut prendre point d'appui aussitôt que possible. Il convient d'éviter, dans le premier temps, d'enserrer le tissu friable du corps utérin dans des pinces compressives ou d'enfoncer un tire-bouchon qui ne donnerait aucune prise sérieuse, déchirerait l'utérus et infecterait le péritoine. Le mieux est d'exercer les tractions par l'intermédiaire des ligaments, à l'implantation des trompes utérines, et d'aller le plus rapidement possible ouvrir un des culs-de-sac, celui que l'on voudra, pour mettre à nu le col, prendre prise sur lui, le désinsérer et enlever l'utérus par bascule, de bas en haut.

La recherche des ganglions, cela va sans dire, doit suivre ou mieux précéder l'extraction de l'utérus.

Cancer du col. — Le désaccord ne s'élève et ne devient aigu que lorsqu'il s'agit de cancer du col. Nous n'avons pas oublié jusqu'à quelle note se sont élevées, il y a quelque dix ans, les discussions sur les mérites comparés de l'hystérectomie vaginale totale ou de la simple amputation du col dans le cancer. Élève du regretté Verneuil, plus que tout autre, je conserve le souvenir de ces luttes, parfois un peu vives, en faveur de ce que chacun considérait comme la bonne cause.

Chose curieuse ! les avancés d'alors, ceux qui combattaient le bon combat en faveur de l'hystérectomie vaginale, contre une opération qu'ils jugeaient insuffisante, sont restés en quelque sorte figés sur place, suggestionnés par les mérites de l'hystérectomie vaginale, à laquelle ils se sont donnés tout entiers, et, aujourd'hui, ils retournent contre l'hystérectomie abdominale pour cancer les mêmes armes et les mêmes arguments dont les défenseurs de l'amputation partielle les accablaient autrefois. Les partisans de la voie haute n'ont qu'à ramasser les propres armes de leurs adversaires et à employer contre eux les arguments avec lesquels ils combattaient Verneuil et sa doctrine. Mais, fidèle à mon programme, je n'entrerai point dans les inutilités d'une dissertation ; mon rôle n'est pas d'apporter un plaidoyer en faveur d'une méthode ou contre elle, mais d'établir des conclusions basées sur l'analyse exacte des faits.

Au point de vue opératoire, le cancer du col utérin peut être envisagé à trois périodes :

1° Tout à fait au début, le col seul est pris, l'utérus est mobile, le petit bassin cliniquement indemne ;

2° A une période plus avancée, la lésion a envahi les culs-de-sac en un ou plusieurs points ; l'utérus a perdu, mais incomplètement, sa mobilité ; la base d'un des ligaments larges est envahie. La lésion, bien qu'ayant dépassé le col, paraît encore limitée et accessible.

3° Les cas où le petit bassin paraît être pris, les culs-de-sac vaginaux détruits, l'utérus fixé, etc.

Bien que cette division soit tout artificielle, et que notamment il soit difficile de faire un départ exact entre la deuxième et la troisième variété, elle sera cependant utile pour jalonner la discussion et établir des conclusions nettes.

a. La première catégorie est de beaucoup la plus intéressante : il s'agit du cancer au début, bien limité, avec un utérus mobile, des ligaments larges souples, des culs-de-sac vaginaux intacts.

Ici, deux variétés de traitement peuvent être mis en parallèle avec l'hystérectomie abdominale totale :

L'amputation supra-vaginale,
L'hystérectomie totale vaginale.

L'amputation partielle du col ne peut avoir pour prétention que d'être une bonne opération palliative. Les statistiques anciennes, dépourvues la plupart d'examen histologique compétent, portant sur des cas pris au début et dont le diagnostic n'a pas toujours été établi histologiquement, nous montrent toutefois des survíes incontestables qui prouvent que, *au hasard* de certains cas, cette extirpation partielle a enlevé le mal complètement, et que, par une chance heureuse, mais exceptionnelle, cette extirpation partielle a été totale.

L'amputation partielle du col a pour elle une bénignité et une facilité incontestables ; son inefficacité seule l'a fait abandonner. C'est sur cet unique argument que les partisans de l'hystérectomie vaginale totale ont pu faire rejeter cette amputation comme insuffisante ; l'hystérectomie vaginale n'a pu exister que parce qu'elle avait la prétention de pouvoir être radicale et de donner une survie plus grande : c'était la seule raison de sa supériorité sur sa rivale d'alors, l'amputation supra-vaginale du col.

Or les partisans de l'hystérectomie abdominale prétendent que la voie vaginale, qui laisse les ganglions lymphatiques, n'est pas plus radicale que l'amputation du col : en enlevant plus de tissus, elle a simplement des chances d'être plus souvent complète. Mais c'est une opération de hasard, laissant inexplorée la cavité pelvienne et n'ayant de radical que l'étiquette que veulent bien lui donner ses partisans.

Dans le cancer du col, même limité, il existe des ganglions malades sous le péritoine pelvien.

[M. Ricard cite alors une série de recherches démontrant la fréquence de l'envahissement ganglionnaire.]

Une opération qui de parti pris respecte la zone ganglionnaire sans l'explorer, qui néglige les adénopathies qui peuvent exister, n'est et ne saurait être qu'une opération palliative.

On objectera que les statistiques de récidive sont aussi favorables, sinon plus favorables, pour l'hystérectomie vaginale que pour l'abdominale. Nous répondrons plus loin ; mais dès maintenant je tiens à rappeler que la même objection avait été faite à l'amputation sus-vaginale, et Verneuil, chiffres à l'appui, démontrait que la survie était bien supérieure dans l'amputation partielle de l'utérus que dans la totale.

En résumé, même *lorsque le cancer du col est au début la zone ganglionnaire peut être déjà envahie, et le devoir étroit du chirurgien est d'y aller voir*.

L'hystérectomie vaginale qui la laisse de côté est donc une opération intentionnellemeut incomplète.

Si les partisans de l'hystérectomie vaginale tiennent encore, dans ce cas, pour leur opération favorite, c'est qu'elle est facile, rapide et relativement bénigne. Ils n'osent pas abandonner une opération qu'ils possèdent si bien, qu'ils ont faite leur chose par entraînement, par amour-propre peut-être, ils n'osent avouer que l'hystérectomie abdominale est plus logique et la seule pouvant espérer être radicale.

Conclusion : *dans le cancer limité du col, l'hystérectomie abdominale a son maximum d'indication, car elle présente, dans ces cas au début, son maximum d'innocuité, son maximum de facilité, et donne les chances maxima d'éradication radicale.*

b. Dans la deuxième catégorie de cancer, ceux qui sont à la limite des cas opérables par la voie vaginale, l'hystérectomie abdominale maintient sa supériorité.

La voie vaginale devient difficile, périlleuse souvent, presque constamment incomplète, et l'on peut dire que la

récidive n'existe pas alors, mais presque toujours on assiste à la continuation du mal. Le dôme vaginal n'est pas plutôt cicatrisé, s'il se cicatrise, que des infiltrations nodulaires marquent les progrès ininterrompus de la lésion.

L'hystérectomie abdominale, au contraire, a sur sa rivale des avantages considérables. L'opération est facilitée par la prise solide qu'offre aux instruments le corps intact et résistant de l'utérus. Le chirurgien peut s'amarrer sur lui, le tirer dans tous les sens suivant le point où il veut porter ses instruments. Solidement fixé sur le canal utéro-vaginal, grâce à cette prise solide, le chirurgien peut facilement décoller la vessie, disséquer le vagin et faire une extirpation large et à distance, dépassant parfois la moitié et même les deux tiers de la hauteur du vagin.

Par l'abdomen ouvert, il voit l'uretère normal ou enserré dans une infiltration qu'il ne soupçonnait pas, envahi et dilaté; il reconnaît les ganglions infiltrés; son action est limitée, précise, elle porte là où il faut, juste ce qu'il faut, et n'a rien d'aveugle. Elle permet de rectifier un diagnostic insuffisant et de ne pas entreprendre une opération que des lésions trop avancées mais insoupçonnées cliniquement, font reconnaître comme inutilement meurtrière. En d'autres termes, l'hystérectomie abdominale recule les limites de l'opération pour cancer; elle permet d'entreprendre une guérison qu'on n'oserait conseiller sans se départir de la saine prudence, si l'on persiste à attaquer par la voie vaginale.

Cela est si vrai que les hystérectomistes vaginaux les plus convaincus ont peu à peu restreint les indications de la voie basse, et que devant la mortalité plus grande des cas qui ont franchi la période de début, devant la récidive plus fréquente, ils ont plus ou moins renoncé à la lutte, abandonnant le mal à des opérations plus restreintes qui ne sont que des aveux d'impuissance. Ici donc pas de doute, dans les cas moyens, qui sont des cas limites pour la voie vaginale, la voie haute triomphe encore de sa rivale et permet d'attaquer des cancers inopérables par la voie basse.

c. Dans les cas graves, avec infiltration des ligaments, avec utérus presque fixe, large envahissement vaginal, lorsque l'uretère est envahi ou menacé, des chirurgiens hardis ont entrepris non plus l'hystérectomie seule mais une opération complexe, véritable évidement pelvien, avec dissection des uretères, extirpation des ligaments, du tissu cellulaire, des lymphatiques et des ganglions.

L'opération devient ici plus grave. Ses résultats valent-ils la peine de pousser l'audace opératoire à de telles limites? C'est ce que nous étudierons plus loin. Ici, il n'est plus question d'un parallèle entre les deux voies. A ces limites de l'opérabilité, la voie vaginale est nettement contre-indiquée. L'avenir dira ce que l'on peut attendre de la voie abdominale, encore à sa période d'expérimentation. Bien que la tendance générale soit d'abandonner ces cas trop étendus, il est inopportun de porter un jugement définitif.

Technique. — La laparo-hystérectomie pour cancer ne peut être tentée que grâce à la position inclinée de Trendelenburg et à l'emploi de la large valve abdominale. Les temps sont les mêmes que dans l'hystérectomie pour fibromes; nous n'y reviendrons donc pas. Mais dans son ensemble, l'opération est plus difficile. L'utérus a souvent perdu sa facilité d'ascension sous l'influence des tractions; il reste au fond du pelvis maintenu par un vagin rétracté, par un paramètre durci, des ligaments larges inextensibles et souvent plus dégénérés que l'examen clinique ne l'a fait croire. L'un des uretères ou les deux sont souvent dans un tissu friable, où l'hémostase est difficile, l'artère se sectionnant ou s'arrachant sous la pince. Pour peu que les parois abdominales soient épaisses, et le chloroforme incorrectement administré, on doit reconnaître que l'hystérectomie abdominale pour cancer présente parfois de réelles et très grandes difficultés.

Mais ces difficultés peuvent être diminuées, tant par l'expérience que le chirurgien a acquise, que par de petits détails de technique opératoire, sur lesquels je vais insister.

Dans les cas simples, on doit se conduire comme lorsqu'il s'agit de fibrome, donner cependant plus de soins à l'isolement de la vessie et du cul-de-sac vésico-utérin.

L'ouverture de la cavité utérine ou de la cavité vaginale, toutes deux très septiques, nécessitent une protection minutieuse du péritoine et des anses intestinales bien recouvertes par un large champ de compresses aseptiques (1).

Il est bien entendu que, pendant les jours qui précèdent l'intervention, il conviendra d'assurer une asepsie aussi complète que possible de la cavité vaginale et de la surface bourgeonnante du col utérin. On aura recours à des lavages répétés, des cautérisations, des grattages successifs, des pansements fréquents. Un nettoyage rigoureux aura lieu immédiatement avant l'opération, dès que la malade sera sous le chloroforme.

Dès le ventre ouvert et la masse intestinale réclinée et protégée, le chirurgien doit juger si le cas est vraiment opérable, reconnaître, par conséquent, l'extension du mal, explorer les uretères, les ligaments et, dans l'affirmative, procéder de suite à la recherche des ganglions. Il me paraît plus facile de les extraire avec méthode dès le début de l'opération, avant l'extirpation de l'utérus.

Si le ligament large est envahi, si le doigt qui explore et précède les instruments sent la moindre induration sur les côtés du col, il est de toute nécessité de disséquer l'uretère et de *voir* si l'on peut le libérer ou s'il est envahi. Quitte à se décider, dans ce dernier cas, à ne pas pousser plus loin l'opération, ou bien à créer séance tenante une urétéro-cysto-néostomie, comme je l'ai fait, après d'autres opérateurs. Cette découverte de l'uretère s'impose pour s'éviter de graves mécomptes.

Enfin, dans les mêmes cas, il me paraît prudent de recourir à la ligature provisoire ou définitive des deux hypogastriques qui rendent le champ opératoire remarquablement exsangue. Cette manœuvre, exécutée par quelques chirurgiens, conseillée par notre collègue M. Faure, facilite extraordinairement la bonne direction de l'acte opératoire.

Cette hémostase préalable, cette dissection des uretères, cette libération de la vessie, permettent au chirurgien d'aller hardiment en dehors des tissus indurés dont il dépasse les limites et de faire une extirpation aussi large que possible.

Malgré cela, la libération de la zone néoplasique quand le vagin est envahi n'est pas toujours facile, et c'est pour cette raison que l'on voit quelques chirurgiens recourir à des procédés mixtes, les uns d'emblée, comme notre collègue

(1) Il est bien évident que l'extirpation de l'utérus doit se faire autant que possible d'un seul bloc. La méthode supra-vaginale, à la Kelly, prive l'opération de son point d'appui utérin et lui laisse pour finir un col friable que ses instruments déchiquètent en menus morceaux. L'extirpation secondaire du col, après amputation supra-vaginale de l'utérus, ne peut être considérée que comme un procédé de nécessité, que l'expérience et l'habileté du chirurgien doivent rendre exceptionnel.

M. Reynier, qui circonscrit la lésion vaginale au thermocautère, dans un premier temps, et passe ensuite à l'abdomen, les autres n'ont recours à la voie vaginale que secondairement, pour extirper un moignon néoplasique trop profondément situé pour être facilement atteint par la voie haute, le chirurgien ne pouvant alors opérer que du bout des doigts, dans une cavité rétrécie par le champ des compresses. Il peut y avoir intérêt, dans ces cas, à terminer par en bas et facilement l'extirpation d'un résidu cervical, qu'une dissection périphérique a rendu mobile et facile à invaginer par une traction exercée par la voie vaginale.

Ces procédés mixtes ne sauraient néanmoins constituer qu'une méthode de nécessité, qu'une manœuvre d'exception, imposée au chirurgien par les circonstances, mais non une méthode générale.

La question du drainage me paraît ici avoir une importance capitale. Sauf dans les cas très simples, où l'occlusion péritonéale peut être discutée, je pense que le large drainage est une garantie de succès. C'est ce qui donne à la voie vaginale sa sécurité. Il ne faut pas oublier qu'en cas de néoplasme ulcéré du col, l'asepsie du conduit utéro-vaginal est plus que problématique. Ce serait un tort de ne pas faire bénéficier la voie abdominale du drainage naturel obtenu par l'opération pratiquée par la voie basse.

Dans les cas ordinaires, je draine par le vagin à l'aide d'un volumineux tube en caoutchouc entouré de gaze aseptique, et si l'opération a été laborieuse, s'il y a eu de grandes décortications, si la plaie pelvienne est large et anfractueuse, je complète par un drainage abdominal, en interposant entre le drain et l'intestin une compresse aseptique étalée, dont la pointe sort par la partie inférieure de l'incision abdominale, derrière le drain.

Telles sont quelques particularités de technique que l'avenir perfectionnera et modifiera sans doute, en améliorant encore la statistique dans ses résultats immédiats et consécutifs.

Résultats. — Le retour des chirurgiens à l'opération de Freund est encore de date trop récente pour nous permettre d'apprécier definitivement les résultats ; cependant les documents commencent à s'accumuler et permettent déjà d'asseoir une opinion.

Résultats immédiats. — Nous sommes loin des 70 à 80 p. 100 de mortalité de l'opération de Freund. Le souvenir de cette intervention meurtrière rend en quelque sorte surprenants les résultats actuels, qui sont à peu près égaux à ceux de l'hystérectomie vaginale pour cancer.

L'hystérectomie vaginale pour cancer donne une mortalité qui varie entre les mains des meilleurs opérateurs français entre 16 et 19,68 p. 100, et la statistique de Byrne (1 273 cas), donne 14,6 p. 100 de mortalité. Mais rien n'est plus variable que les chiffres fournis à cet égard. M. Mauclaire, dans un article récent, dit avoir réuni, avec M. Picqué, 2376 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, et obtenu une mortalité globale de 8,9 p. 100.

De son côté, M. Longuet se livre à des recherches statistiques très curieuses et il montre que les chiffres fournis varient dans des proportions énormes suivant les opérateurs et même suivant les pays. Pour interpréter ces statistiques, l'on est obligé de se livrer à des considérations philosophiques qui leur enlèvent une grande part de leur valeur.

Je pense qu'à l'heure actuelle étant donné la dissimilitude si grande des cas opérés, il est impossible de s'arrêter à un chiffre exact, représentant une moyenne. Tel opérateur rejette des cas qu'un autre traiterait par l'hystérectomie. De là des variations considérables dans le bilan post-opératoire. Après avoir compulsé bien des documents, après avoir interrogé maints collègues, je pense qu'il convient d'accepter comme exacts les chiffres donnés par M. Bigeard, élève de M. Segond, concluant après l'examen des statistiques françaises et étrangères que la mortalité oscille entre 17 et 20 p. 100.

Or la mortalité sur 192 cas d'hystérectomie abdominale totale réunis dans la thèse d'Auclair, complétée par les différentes communications à la Société de chirurgie, donne 146 guérisons et 45 morts, soit une mortalité de 23 p. 100 environ, mortalité qui est un peu supérieure à celle de l'hystérectomie vaginale.

Prenons, dans le très récent article de M. Mauclaire, les cas nouveaux qu'il ajoute à sa statistique antérieure, complètons-les par ceux que M. Delagénière (du Mans) fait connaître dans sa statistique annuelle et nous arrivons à 96 cas avec 15 morts, c'est-à-dire sensiblement 15 p. 100 de mortalité, lorsqu'on s'arrête aux derniers cas publiés.

Cette mortalité plus grande n'est d'ailleurs que momentanée ; elle s'abaissera au fur et à mesure que les chirurgiens se familiariseront avec la technique et la perfectionneront, et surtout au fur et à mesure que les indications seront plus nettement posées. Notons d'autre part que l'hystérectomie vaginale est arrivée à son summum de perfectionnement et que c'est par centaines que se chiffrent les opérations des chirurgiens justement en renom. M. Bouilly, en 1897, sur 127 opérations, avait 19,68 p. 100 de mortalité ; M. Segond, sur 70 cancers du col, a 12 morts, soit 17,01 p. 100. Or, les opérateurs qui ont le plus pratiqué la laparo-hystérectomie ont actuellement à leur actif 20 à 25 opérations ; il n'en est pas dans notre statistique qui aient dépassé 25 cas. On a donc tout lieu d'attendre une amélioration résultant d'une expérience plus grande des opérateurs. De plus récentes statistiques oscillent d'ailleurs entre 10 et 15 p. 100.

On ne peut pas dire actuellement quel sera le taux de diminution que l'avenir apportera dans le chiffre de la mortalité, mais dès aujourd'hui on doit reconnaître que la mortalité opératoire de l'hystérectomie abdominale pour cancer s'est abaissée presque au niveau de celui de l'hystérectomie vaginale. C'est l'opinion même du docteur Bigeard, si favorable cependant, après son maître Segond, à l'hystérectomie vaginale : nous ne pouvons, comme lui, « qu'admettre que *le facteur gravité ne peut plus être invoqué pour établir un parallèle en faveur de l'une ou l'autre voie d'exérèse abdominale ou vaginale.* »

Et même, comme j'ai quelque expérience de l'hystérectomie abdominale pour cancer, je dirai que je suis encore surpris de sa bénignité relative. Les cas opérés par plusieurs de mes collègues et par moi ont été choisis parmi les pires, et nous avons enregistré de véritables « résurrections ». Aussi, puis-je dès maintenant affirmer que, lorsque le chirurgien choisira mieux ses indications, sera plus assagi par l'expérience, le taux de la mortalité s'abaissera encore de ce chef.

Résultats éloignés. — En réalité, à cause d'une difficulté opératoire un peu plus grande, une gravité encore un peu plus élevée, l'hystérectomie abdominale ne devra être préférée à sa rivale que si elle procure des résultats thérapeutiques plus durables.

Ici, nous touchons au point encore obscur de la question. « Il faut perdre ou à peu près, dit M. Bouilly, l'illusion de la guérison du cancer par hystérectomie (vaginale) ; aucune de mes malades opérées depuis 1886 n'est actuellement vivante. » Toutes les opérées de M. Jacobs depuis trois, quatre, cinq et six ans sont mortes. Byrne, sur 163 hystérectomies vaginales, n'arrive qu'à 12 p. 100 de survie pendant quelques années, ce qui paraît être une proportion déjà élevée.

Que peut faire l'hystérectomie abdominale? Ici je suis obligé de scinder ma réponse en deux parties, en utilisant d'abord des faits, en second lieu, en m'appuyant sur de simples considérations théoriques.

Les faits sont malheureusement trop récents encore pour permettre d'affirmer quels seront les résultats éloignés. Il n'y a guère que trois ans que les chirurgiens se sont remis à l'opération de Freund, et les cas récents que nous avons réunis n'atteignent pas 200.

[Le rapporteur cite ici un certain nombre de statistiques qui donnent le plus grand espoir, comme résultat éloigné.]

Les résultats immédiats tendant à devenir les mêmes, le simple bon sens exige de croire qu'une opération qui se complète par l'exérèse des ganglions et des tissus péri-utérins malades doit donner des résultats meilleurs qu'une intervention incomplète dans la plupart des cas.

Nous ne voulons pas insister sur ce côté théorique de l'argumentation, renvoyant les défenseurs de l'hystérectomie vaginale aux arguments si judicieux qu'ils mettaient en avant lorsqu'ils jugeaient l'hystérectomie basse comme pouvant être une opération radicale.

L'hystérectomie abdominale paraît donc, de par les faits et de par le raisonnement, devoir se substituer à l'hystérectomie vaginale.

Mais jusqu'où sont reculées les limites de l'indication de cette laparo-hystérectomie? C'est là un point que l'avenir résoudra et précisera. Quelques chirurgiens très hardis poussent les limites de l'opérabilité du cancer utérin le plus loin possible; ils pratiquent un véritable évidement du petit bassin. Quels seront les résultats éloignés? méritent-ils des opérations aussi compliquées, aussi graves?

Notre avis est à cet égard conforme à celui de MM. Terrier et Schwartz. La récidive suit rapidement ces grands délabrements, et c'est dans ces conditions faire courir de grands dangers pour une opération qui ne peut être curative. Il y a des bornes qu'un opérateur sage ne doit pas franchir. Ces limites, la clinique les fait prévoir, la laparotomie les montre, et c'est un des grands avantages de la voie haute de permettre au chirurgien de s'arrêter, avant d'entreprendre une opération dont il ne sortirait pas à son honneur. Dès maintenant je n'interviendrai plus quand je verrai l'uretère envahi, dilaté, passant au milieu d'une masse néoplasique; l'utérus fixé dans le fond du bassin et résistant aux tractions. Cette fixité est un indice de l'envahissement à distance du tissu cellulaire pelvien. Plus tard, je saurai peut-être encore restreindre mes indications opératoires.

Mais ce ne sont encore que des appréciations individuelles que chaque chirurgien résoudra suivant son tempérament; vis-à-vis de ces cas extrêmes, il sera toujours impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre ce qui est permis et ce qui est défendu. A côté des cas reconnus par tous comme échappant à notre action, il y aura toujours des cas laissés à l'appréciation personnelle. L'hystérectomie abdominale pour cancer ne sera jamais une opération réglée, elle donnera lieu à plus d'imprévu que l'hystérectomie pour fibrome; elle réclame du chirurgien plus d'initiative et plus de décision.

Les années qui viendront nous apporteront sans doute, avec des faits plus nombreux, des indications plus nettes; il serait prématuré maintenant d'enfermer notre zone d'action dans des limites définitives.

Je me crois cependant autorisé à terminer par les conclusions suivantes :

L'hystérectomie abdominale totale pour cancer est l'opération de choix pour les cas simples, observés tout à fait au début; elle permet une extirpation large et l'ablation des ganglions pelviens. Sa mortalité tend à s'abaisser de plus en plus et nul doute que cette progression ne continue dans l'avenir. Sa mortalité est à peu près égale actuellement à celle de la vagino-hystérectomie et ses résultats éloignés paraissent dès maintenant meilleurs, ils s'amélioreront encore certainement pour les cas simples.

Pour les cas moyens, la laparo-hystérectomie se substitue à la vagino-hystérectomie; elle recule les limites de l'opérabilité dans les cas où celle-ci ne permettrait pas l'intervention.

Dans les cas graves très étendus, le chirurgien doit savoir s'arrêter, les récidives paraissent rapides, et si l'opération nécessite de gros dégâts, l'hystérectomie doit céder la place au traitement palliatif.

L'hystérectomie vaginale ne peut être envisagée désormais que comme opération palliative; elle suprime l'utérus et laisse, de parti pris, les ganglions. Elle a pour elle sa facilité opératoire, lorsque la lésion est tout à fait limitée au col. Cette facilité d'exécution lui conserve des défenseurs. En réalité, l'existence possible d'une adénopathie pelvienne lui enlève toute raison d'être, et si j'étais obligé de formuler une indication qui lui soit propre, je n'en vois aucune, si ce n'est le désir du chirurgien de ne pas recourir à la voie haute, pour laquelle il a une prévention que les faits ne justifient pas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret du président de la République, le port d'habits bourgeois est formellement interdit aux militaires de tous grades. Il est toléré pour les officiers en congé ou en permission, et en dehors du service, pour les officiers de la garnison de Paris.

Marine. — M. Bernal, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer, au 2e dépôt des équipages à Brest, M. le docteur Bavay.

— M. Vivie, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer au 1er régiment de tirailleurs malgaches, à Madagascar, M. le docteur Laffay.

MM. les docteurs Clavel, nouvellement promu médecin principal, et Lenoir, nouvellement promu médecin de première classe, sont affectés au service général, le premier à Brest, le second à Cherbourg.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Stavios Metaxas (de Marseille); Quélet (d'Hérimoncour) ; et de M. Millet, interne des hôpitaux de Paris, qui a succombé, à l'âge de vingt-huit ans, aux suites de la diphtérie contractée dans son service.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

DUOTAL

Carbonate de Gaïacol "HEYDEN"

GUÉRISON DE LA PHTYSIE ET DE LA TUBERCULOSE

VENTE EN GROS : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, PARIS

CAPSULES DUOTAL — VIGIER, PHARMACIEN, 12, Bd Bonne Nouvelle, PARIS

EUQUININE "ZIMMER"

REND DE GRANDS SERVICES DANS LES

MALADIES INFANTILES

Même action thérapeutique que la *Quinine* dans les Fièvres, la Malaria, l'Influenza, la Fièvre typhoïde, la Coqueluche, les Névralgies.

***L'EUQUININE** n'a pas de goût amer,* ne fatigue pas l'estomac et présente une action beaucoup moins accentuée sur le système nerveux que la *Quinine*.

VENTE EN GROS : chez **MAX Frères, 31, Rue des Petites-Ecuries, Paris.**

DÉPOT CHEZ TOUS LES DROGUISTES. — SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES



« Chlorure d'Éthyle pur ». — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.

TRAITEMENT NOUVEAU

de la **FURONCULOSE**, des **CLOUS**, de l'**ANTHRAX**, de l'**ACNÉ** et autres **DERMATOSES**, du **DIABÈTE** et de la **DYSPEPSIE** par la

MYCODERMINE DÉJARDIN

ou Extrait Inaltérable de

LEVURE DE BIÈRE PURE

recueillie au cours de la fabrication de l'**EXTRAIT** de **MALT FRANÇAIS**

Absolument INVARIABLE dans sa COMPOSITION comme dans sa REMARQUABLE EFFICACITÉ

DOSE : 4 Pilules avant chaque repas (représentant exactement la valeur d'une cuiller à café de levûre à l'état de nature).

Avec la **MYCODERMINE DÉJARDIN**, aucun des inconvénients de la levûre fraîche ou desséchée : Ni Nausées, ni Aigreurs, ni Pesanteurs de l'Estomac, ni Troubles de l'Intestin. — PRIX : L'ÉTUI DE 100 PILULES, 3 FRANCS.

E. DÉJARDIN, Pharmacien-Chimiste de 1re Classe, Ex-Interne et Fournisseur des Hôpitaux de Paris, 109, Boul^d Haussmann, Paris.

CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès.

MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Coliques menstruelles. Fl. 5 fr. et 3 fr.

C. BROMÉE et **C. IODÉE** : Neurasthénie, Névroses, États congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.

C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, sciatiques et autres, rebelles à *tous traitements antérieurs*. Fl. 6 fr.

C. QUINIÉE : Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives. Fl. 5 fr.

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, Paris et Ph^ies.

Notices et Spécimens F^co

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, 8, quai de Retz, LYON

Anciennement GILLIARD, P. MONNET et CARTIER

PHOSPHITE DE CRÉOSOTE, (" **PHOSPHOTAL** " (DÉPOSÉ))

PHOSPHITE DE GAIACOL (" **GAIACOPHOSPHAL** " (DÉPOSÉ))

SALICYLATE DE MÉTHYLE « PUR »

QUINIUM ROY

TONIQUE — Granulé — FÉBRIFUGE

MAGNÉSIE ROY (DÉPOSÉ)

A. ROY, Ph^ien de 1re Classe, **PARIS**-Auteuil, et Ph^ies

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale

La plus Légère à l'Estomac

DÉBIT de la SOURCE : PAR AN **30 MILLIONS** *de Bouteilles*

Déclarée d'Intérêt Public

Décret du 12 Août 1897

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE....... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SOMMAIRE. — TUMEURS DES OS (rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour du Congrès français de chirurgie), par MM. les docteurs POLLOSSON et Léon BÉRARD (de Lyon). — SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. Séance d'ouverture. — MÉDECINE PRATIQUE. Le mûrier comme diurétique. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

TUMEURS DES OS (1)

Par MM. les docteurs Maurice POLLOSSON et BÉRARD (de Lyon).

Après avoir admis que les tumeurs primitives du squelette proviennent toujours et proviennent seulement des cellules constitutives des tissus osseux normaux, et s'étant livrés à une revue critique des formes des tumeurs osseuses, les auteurs étudient l'histologie de ces néoplasmes.

Tout ce long chapitre du rapport est d'une grande valeur scientifique, il résout certaines questions litigieuses, et discute nombre de points encore obscurs. Cette étude impossible à résumer, se prêtant peu à l'analyse, est d'un grand intérêt pour les anatomo-pathologistes, elle peut être négligée par le praticien.

Le troisième chapitre a trait à l'histoire clinique de ces tumeurs. Ici, les auteurs avouent qu'ils n'ont rien à ajouter à ce qui a été écrit soit dans les traités généraux, soit dans les monographies spéciales. Nos connaissances sont restées, sur ce point, ce qu'elles étaient il y a vingt ans.

Les considérations d'âge sont banales. C'est au moment où le squelette se forme qu'on note le maximum de fréquence des néoplasmes osseux, de dix à trente ans. Leur siège de prédilection est près de l'épiphyse et près de l'épiphyse fertile, celle qui concourt le plus à la formation et à l'allongement de l'os.

(1) Extrait du rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour du Congrès français de chirurgie.

L'influence du traumatisme serait certaine, on la rencontre trois fois sur quatre, elle expliquerait la prédominance de 15 à 25 p. 100 du sexe masculin dans la fréquence de ces néoplasmes.

Les symptômes ne naissent guère qu'au moment des troubles mécaniques dus à l'accroissement de la tumeur. Les auteurs étudient ensuite la douleur, l'apparition de la tumeur, l'hyperthermie, l'atrophie musculaire, les lésions articulaires voisines, les troubles circulatoires, la déformation, certains signes spéciaux comme la crépitation parcheminée. Mais, sur ce point, ainsi que les auteurs ont eu soin de nous en prévenir, rien de bien particulier ne peut être signalé. Le seul point nouveau est fourni par l'étude de la radiographie.

Les renseignements que l'on réclame d'un examen radioscopique ou d'une épreuve radiographique sont les suivants : 1° l'affection siège-t-elle dans l'os ou à son voisinage? 2° si l'os est malade, s'agit-il d'une tumeur? 3° quelle est cette tumeur? 4° quelles sont ses limites? Est-elle en voie de généralisation?

Avant de chercher à répondre à ces questions, il est nécessaire de savoir : que les os normaux et adultes sont opaques aux rayons X, et viennent en gris plus ou moins foncé ou en noir sur les épreuves radiographiques, — que les parties molles, très transparentes, sont parfois à peine esquissées sur les clichés positifs par des masses gris clair, — que les os malades raréfiés, les productions osseuses jeunes, déjà osséinisées, mais peu ou pas calcifiées, les cartilages sont à peu près aussi facilement traversés par les rayons X que les parties molles. Certains viscères à tissus très riches en eau, ou contenant eux-mêmes des liquides, projettent des ombres d'autant plus foncées que leur épaisseur est plus considérable. Enfin la projection des masses osseuses, sur une épreuve radiographique ordinaire, ne saurait donner une idée exacte de leur forme et de leurs dimensions, à cause des déformations parfois considérables, qui proviennent de la différence des angles de projection, suivant le point de la masse considéré. De ces préliminaires, il ressort que la radioscopie et la radiographie (sauf améliorations de technique ultérieures) ne sauraient être utilisées, avec beaucoup de garanties et de précision, pour les affections osseuses du thorax et de la moitié supérieure de l'abdomen, du moins chez l'adulte.

Presque toujours il est possible de dire, d'après l'é-

preuve, si l'affection siège dans le squelette : même lorsqu'il s'agit du crâne, les productions des parties molles de la convexité, y compris les couches parostales, restent séparées des contours plus sombres de la projection de l'os, par une ligne claire qui dessine la limite profonde de ces productions. Quand l'os est intéressé, au contraire, ses déformations se traduisent sur l'épreuve par des masses sombres, d'une seule teinte plate, ou de tons dégradés, marbrés, suivant que la consistance de l'os est restée homogène, ou bien qu'elle a été amoindrie par places, accrue en d'autres points.

Les tumeurs fournissent d'ordinaire des projections assez différentes. Il ne s'agit plus ici de déformations diffuses par édification de toute une portion d'os nouvelle comme dans la périostose syphilitique, non plus que d'érosions capricieuses, de forages de séquestres centraux englobés dans de l'os jeune, transparent aux rayons X comme dans l'ostéomyélite chronique, pas plus enfin que de ces raréfactions centrales avec intégrité relative des contours comme dans l'ostéo-tuberculose.

Malgré certains résultats positifs, il ne faut pas conclure que dans la radiographie nous avons un moyen de diagnostic certain de toutes les tumeurs osseuses, de leur siège précis et de leur type histologique. Les épreuves ne sont pas toujours nettes : les os des membres, seuls, fournissent de bonnes projections ; ceux du thorax et du bassin, surtout chez les adultes, sont trop souvent noyés dans l'épaisseur des parties molles venues en teinte sombre sur le positif. En outre, à moins d'une habileté d'interprétation toute spéciale, qui risquerait parfois d'être préjudiciable à l'exactitude des résultats, un diagnostic histologique détaillé sera d'ordinaire impossible ; on devra se déclarer satisfait si l'on peut affirmer qu'il s'agit d'une tumeur, et qu'elle est diffuse ou encapsulée. Comment, en effet, dans la radiographie d'un néoplasme diffus, reconnaître un ostéo-sarcome globocellulaire, un chondrosarcome ou un endothéliome, dès l'instant que ces trois espèces si différentes de tumeurs pourront donner l'impression du même évidement de l'os, et des mêmes zones claires diffuses tout autour, pourvu qu'aucune d'elles ne renferme de portion calcifiée ou ossifiée? Et, dans les tumeurs circonscrites, comment affirmer toujours, d'après la seule projection d'une coque osseuse distendue, avec cloison de refend, qu'il s'agit sûrement d'un kyste inflammatoire résiduel, ou d'une tumeur épithéliale kystique, ou d'un kyste hydatique multiloculaire, plutôt que d'un sarcome à myéloplaxes?

En réalité, les éléments de diagnostic différentiel fournis par la radiographie sont encore aujourd'hui limités aux points suivants, que le chirurgien pourra d'ordinaire éclaircir à l'aide des épreuves :

Distinction des tumeurs épiphysaires d'avec l'ostéomyélite chronique et la tuberculose.

Distinction des tumeurs diaphysaires d'avec l'ostéomyélite chronique et la syphilis.

Distinction des tumeurs encapsulées d'avec les tumeurs diffuses, avec ou sans fracture pathologique.

Distinction, très précieuse enfin, des tumeurs à myéloplaxes d'avec les autres néoplasmes.

Ces données, déjà très utiles, sont d'ailleurs appelées à se préciser encore, avec les perfectionnements croissants de la radiographie. Au lieu de s'en rapporter à de simples ombres projetées sur un plan, on devra de plus en plus poursuivre l'examen radiocospique direct.

Dans la discussion de l'intervention, la radiographie et surtout la radioscopie ne seront pas moins utiles. Elles montreront si la tumeur a envahi des régions inabordables, soit dans le squelette, soit dans les parties molles, s'il y a d'autres noyaux métastatiques osseux ou pulmonaires : ces derniers, toutefois, pour être apparents au radioscope, devraient avoir acquis un volume tel, qu'ils se manifesteraient déjà à l'examen clinique par des signes certains. C'est surtout pour les tumeurs du crâne et de la racine des membres que ces indications topographiques pourront décider de l'intervention ou de l'abstention.

Quant au choix même de l'opération, il sera parfois fixé au moyen de la radioscopie. On ne le discute plus guère que pour les tumeurs malignes ; on cherche surtout à savoir s'il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes, la seule forme, comme nous le verrons, qui autorise des opérations partielles, tandis que les autres sarcomes imposent de larges ablations. Or c'est précisément la tumeur à myéloplaxes qui a les caractères radiographiques les mieux définis : tout au plus risque-t-on de la confondre avec des néoplasmes encapsulés plus bénins pour lesquels une intervention aussi limitée serait très suffisante.

Enfin, on peut, par la radiographie, constater les résultats éloignés de l'opération chez des malades qui paraissent guéris.

Le traitement des tumeurs osseuses relève, encore maintenant, exclusivement de la chirurgie : dès que le diagnostic est fait, c'est à l'extirpation complète que l'on doit avoir recours.

Cette loi radicale ne comporte en pratique aucune exception, malgré les guérisons paradoxales que l'on a enregistrées pour des tumeurs qui semblaient des plus malignes, et qui n'ont pas récidivé à la suite d'opérations forcément incomplètes. De tels succès constituent seulement une preuve de plus de notre ignorance touchant la nature et l'évolution exacte des tumeurs osseuses. D'ordinaire, d'ailleurs, si l'on se contente d'ablations partielles, la récidive est fatale, même pour les tumeurs bénignes, qui prennent parfois ultérieurement une allure plus rapide, l'opération ayant agi sur elles comme une cause d'irritation, au même titre qu'un choc ou qu'une fracture.

Dans les tumeurs bénignes, — fibromes, lipomes, ostéomes, kystes épithéliaux, — la guérison sans récidive est la règle, pourvu qu'on ait tout enlevé. Par mesure de précaution, s'il s'agit de tumeurs pédiculées, l'opérateur empiétera un peu sur l'os sain, en ruginant le point d'insertion du pédicule. S'il s'agit au contraire de masses encapsulées dans l'os, l'abrasion des bords de la coque osseuse et le grattage du fond à la curette détruiront les dernières parcelles suspectes.

Après l'extirpation de ces tumeurs incluses dans l'os, le tamponnement de la cavité avec une gaze antiseptique constitue également un excellent moyen de modifier les parois.

La récidive sur place commanderait autant d'opérations nouvelles qu'il le faudrait pour détruire complètement et définitivement les derniers éléments néoplasiques.

Certains ostéomes, dangereux souvent par leurs prolongements dans les cavités viscérales (crâne surtout), ne doivent être opérés qu'avec prudence et à bon escient.

Pour les tumeurs malignes, — sarcomes, chondromes malins, épithéliomes, — la conduite est moins nettement tracée aux chirurgiens. Il y a vingt ans encore, à peu près tous se déclaraient intransigeants sur ce point : l'amputa-

tion dans la continuité, ou mieux la désarticulation et l'amputation à distance restaient la seule ressource offerte aux malades. Pourtant, à ce moment déjà, à la suite de quelques chirurgiens étrangers, un mouvement conservateur s'était esquissé en France dirigé par Verneuil et Terrier. Dans le travail de M. Schwartz se trouve rapportée, à propos des résections pour sarcomes, une statistique déjà importante d'interventions économiques, qui s'est enrichie considérablement dans ces dernières années.

Disons, dès à présent, que la seule catégorie de néoplasmes pour laquelle cette chirurgie est de mise est celle des tumeurs dites à myéloplaxes. Leur évolution l'explique. Aux maxillaires d'abord, ces tumeurs atteignent rarement un volume considérable; elles restent d'ordinaire fixées sur un point limité du rebord alvéolaire, et retentissent peu sur l'os normal à leur voisinage : l'idée ne viendrait donc même pas, pour de telles lésions, de faire une résection étendue de la mâchoire. D'autre part, les faits cliniques démontrent que la guérison est la règle, après une simple abrasion, et que le nombre des récidives sur place ne dépasse pas 15 à à 20 p. 100. Les généralisations sont encore plus rares.

Il en est autrement des tumeurs à myéloplaxes des os longs, que nous avons vues débuter au centre des épiphyses, qui peuvent devenir énormes, s'accroître rapidement par poussées brusques, et subir en peu de temps la transformation caverneuse ou télangiectasique. Cette allure, heureusement, est plus effrayante que maligne : localement, ces tumeurs ne rompent que tardivement la coque osseuse qui les encapsule, elles ont peu de tendance à diffuser tous les muscles voisins (10 à 15 p. 100 des cas); et, à la limite de l'os sain et de l'os malade même, on a pu constater la présence d'un véritable bouchon osseux, produit de défense réactionnelle, qui protégeait le canal médullaire contre l'envahissement des cellules néoplasiques. La propagation aux ganglions est exceptionnelle et négligeable en pratique. La généralisation à distance est notée seulement chez 12 à 20 p. 100 des malades; quand elle se produit toutefois, elle peut être foudroyante et infecter avec le poumon plusieurs pièces du squelette à la fois.

Ces données, établies d'après un nombre de faits considérable, doivent faire conseiller de préférence à l'amputation, l'ablation de la tumeur par résection toutes les fois que cette opération sera compatible avec une statique satisfaisante du membre.

En somme, la résection et l'amputation dans la continuité sont actuellement les opérations de choix pour les tumeurs à grandes cellules des os longs : si la résection est préférée, pour une tumeur juxta-articulaire, elle n'intéressera que l'épiphyse malade. Si l'autre épiphyse constitutive de l'articulation est atteinte, l'amputation vaudra mieux.

La résection sera toujours parostale, faite au bistouri et non à la rugine, pour ne laisser dans la plaie aucune portion de néoplasme qui puisse devenir le point de départ d'une récidive. Dans ces conditions, elle a donné, sur 35 cas que nous avons recueillis : 12 guérisons constatées après un an, 10 guérisons opératoires sans résultats éloignés connus, 4 récidives *in loco* sans généralisation, 9 récidives avec généralisation.

Il est d'autres tumeurs pour lesquelles les opérations économiques offrent de réels avantages. D'après ce que nous savons des endothéliomes et de la lenteur relative de leur évolution, nous les assimilerions comme traitement aux tumeurs à myéloplaxes, bien que, dans le cas que nous avons observé avec M. le professeur Poncet, il y ait eu un noyau métastatique à distance. De même les kystes épithéliaux et les épithéliomes adamantins du maxillaire inférieur n'exigent que l'évidement; et, s'il y a récidive, une ablation de la coque osseuse au vosinage immédiat de la tumeur.

Ces réserves faites, l'amputation immédiate et à distance s'impose pour toutes les autres tumeurs des os à marche rapide : épithéliomes térébrants, chondromes malins, et surtout sarcomes à petits éléments globocellulaires ou fusocellulaires. Le chirurgien se hâtera d'autant plus d'intervenir, et imposera des sacrifices d'autant plus étendus au malade que la lésion sera encore moins avancée. Sans doute pour ces tumeurs malignes aussi on a pu relater des guérisons obtenues par des opérations portant au voisinage immédiat de la tumeur; personnellement nous avons recueilli dans la littérature spéciale huit de ces cas sans récidive au bout de plusieurs années. Mais qu'est-ce que ce chiffre, à côté des terrifiantes statistiques qui accusent de 80 à 90 p. 100 de mortalité ou de récidive dans les deux années qui suivent des interventions beaucoup plus larges, telles que la désarticulation et l'amputation dans la continuité?

En présence de telles faillites opératoires, on en arrive à se demander s'il vaut vraiment la peine de tenter une thérapeutique active pour ces tumeurs. Un coup d'œil jeté sur leur évolution spontanée va nous permettre de discuter en connaissance de cause la pratique adoptée jusqu'ici.

Abandonnées à elles-mêmes, toutes ces tumeurs passent par deux périodes. Dans la première, elles demeurent relativement encapsulées, soit au centre de l'os, soit dans une coque fibro-périostique. Puis elles brisent cette enveloppe, diffusent dans les parties molles, où elles progressent par infiltration continue. En même temps, elles envoient des noyaux de généralisation à distance, surtout dans les poumons et dans le reste du squelette.

Ces deux stades ne sont pas fatalement distincts et successifs. Souvent ils se chevauchent : une petite tumeur, parfaitement limitée au squelette, a maintes fois déjà semé des métastases lointaines quand on l'enlève; et ce peut être de suite, ou bien après une opération très large, sans récidive *in situ*, qui avait certainement détruit le foyer primitif tout entier, que l'on constate cette généralisation. Elle est à redouter particulièrement sur les sarcomes centraux, les chondromes malins, les sarcomes ostéoïdes; on l'a signalée dans 30 à 40 p. 100 de ces tumeurs, après une première opération, sans récidive locale; et dans le quart de ces cas, le néoplasme primitif semblait encapsulé lors de son ablation. Pour les sarcomes périostiques, la généralisation d'emblée, sans récidive *in situ*, a été notée dans 20 à 30 p. 100 des observations.

Donc une intervention même très précoce, même très large, sans accident post-opératoire, comporte à peine, pour l'ensemble de ces tumeurs, une chance sur deux de guérison.

La fréquence, pour ne pas dire la constance de ces généralisations s'explique d'elle-même, à la dissection de telles pièces osseuses après leur ablation, presque toujours on trouve les veines thrombosées au voisinage immédiat de la tumeur, et le caillot qui les oblitère renferme une grande quantité d'éléments néoplasiques, tout disposés pour envoyer des colonies à distance.

Les lymphatiques restent beaucoup plus souvent indem-

nes; on n'a pas signalé leur envahissement dans les sarcomes fusocellulaires du périoste; et quatre fois sur cinq ils ont été trouvés sains dans les sarcomes globocellulaires et ostéoïdes (Gross, Schwartz), même après que ces tumeurs avaient diffusé dans les parties molles. Sans doute, on perçoit fréquemment un engorgement ganglionnaire assez notable à la racine du membre occupé par la tumeur, surtout quand elle a ulcéré les téguments. Mais on sait par l'expérience clinique, et par les inoculations de contrôle, qu'il s'agit là, le plus souvent, d'une inflammation banale.

La nature néoplasique de l'engorgement ne devra être suspectée que si la tumeur primitive est un épithéliome inclus dans l'os ou si une consistance particulièrement endurcie des ganglions traduit la présence de néoproductions osseuses ou calcaires dans leur intérieur. En règle générale donc, il a peu de signification ; sa constatation ne doit pas être une raison d'abstention opératoire, même si l'on tient compte, dans la discussion, des chances de récidives dans le moignon d'amputation.

D'ailleurs, fait curieux, ces récidives dans la cicatrice sont des plus contingentes. On peut même dire qu'il est illusoire de considérer une amputation à grande distance de la tumeur comme un moyen de les éviter plus sûrement que par une intervention dans la contiguïté. Cette assertion, en apparence paradoxale, n'a plus rien qui étonne, lorsqu'on se rappelle la précocité des thromboses veineuses dans le membre malade, et la propagation rapide du caillot ou de ses éléments fragmentés jusqu'aux vaisseaux de la racine de ce membre.

Une déduction pratique à en tirer, c'est l'abstention de toute manœuvre (compression de la tumeur, bande d'Esmarch roulée), susceptible de fragmenter le caillot déjà existant, ou de favoriser la thrombose des veines encore saines pendant l'opération. Par ordre décroissant, la récidive dans la cicatrice survient :

1° Tumeurs périostiques, 40 à 60 fois p. 100, avec une prédominance nette pour les sarcomes fusocellulaires (thromboses et diffusions par continuité le long du périoste) ;

2° Tumeurs centrales globocellulaires, 25 à 35 p. 100.

Au point de vue de la généralisation, au contraire, l'étendue d'organes sains laissés entre la tumeur et le point d'exérèse importe davantage. Les métastases sont moins fatales après une amputation au-dessus de l'interligne susjacent à la tumeur, qu'après la désarticulation dans la contiguïté (un quart de plus), et à plus forte raison qu'après une amputation dans la continuité (un tiers de plus).

C'est à ce titre surtout que l'on doit encore aujourd'hui, après Poinsot, Schwartz, Poncet, etc., préconiser les opérations très larges toutes les fois que le siège de la tumeur les rendra possibles, et que le malade voudra les accepter. Actuellement, on peut considérer comme presque nuls les dangers opératoires en eux-mêmes. Grâce à l'hémostase et aux perfectionnements de technique, les grandes désarticulations, épaules, hanches, interscapulothoraciques, ne comportent plus les mêmes aléas qu'autrefois, si on les pratique en tissus sains, et on n'est plus en droit d'en refuser le bénéfice aux malades.

Mais quels résultats éloignés est-on en droit d'espérer? D'abord il y a des guérisons, surtout pour les sarcomes périostiques : aux maxillaires, dans une proportion de 20 à 25 p. 100: pour le reste du squelette, dans une proportion de 10 à 15 p. 100 (cas récents de Mickulicz, Monod, Heurteaux, etc.). Les sarcomes centraux à petites cellules et les chondromes malins laissent moins d'espoir.

La date exacte des récidives est difficile à préciser. La moyenne des survies est de un an (tumeurs globocellulaires et chondromes malins, épithéliomes térébrants), à un an et demi et trois ans (sarcomes fusocellulaires). Or, si on abandonne ces tumeurs à leur évolution spontanée, elles amènent la mort (Schwartz) : au bout de quarante-deux mois, sarcomes fusocellulaires; au bout de vingt-trois mois, sarcomes globocellulaires; au bout de seize mois, sarcomes ostéoïdes; au bout de douze à quinze mois, chondromes malins (statistique personnelle); au bout de douze à dix-huit mois, épithéliomes térébrants (statistique personnelle). Il semble donc que les avantages de l'opération soient faibles, et qu'elle ne prolonge pas notablement l'existence des patients. Et pourtant il faut les opérer.

Car, outre les rares guérisons possibles, ils bénéficient du réconfort moral que leur donne l'espoir de cette guérison. Et même si la récidive survient, ils évitent ainsi les douleurs si souvent atroces qui se produisent lors de l'ulcération de tumeurs abandonnées à leur propre évolution, car en général ils succombent à la généralisation avant que le noyau de récidive ait détruit les téguments et se soit infecté.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(13 OCTOBRE 1899)

Petite séance de rentrée; toute petite séance; petites communications...

M. Rendu, qui se dévoue, rapporte une intéressante observation d'**herpès généralisé consécutif à l'ingestion de moules**. Les éruptions consécutives à l'ingestion des moules sont polymorphes ; elles sont connues ; cependant l'herpès généralisé n'a pas encore été signalé comme relevant de cette cause. M. Rendu en rapporte un exemple probant : un homme ingère un litre de moules crues; le lendemain un embarras gastrique fébrile se déclare ; cet état dure pendant quatre jours ; puis survient une éruption d'herpès, tellement confluente, qu'elle rappelle à première vue une éruption de variole.

M. P. Londe lit un mémoire sur les **parésies de la chorée et du goitre exophtalmique**. Les parésies de la chorée de Sydenham et du goitre exophtalmique sont comparables à plusieurs points de vue. De part et d'autre, elles sont à peu près constantes (Dieulafoy, Triboulet).

La paraplégie peut être transitoire, incomplète ou complète en dehors de toute hystérie. Il y a diminution ou abolition des réflexes rotuliens.

La complication est curable dans les deux cas.

Les deux maladies s'accompagnent souvent d'une sensation de fatigue et d'une asthénie générales. La simple parésie est bien plus fréquente que la paralysie vraie. Il n'y a qu'une différence, c'est dans la localisation qui n'est pas toujours identique. On peut se demander, en se basant sur des données connues de la physiologie et de la pathologie du cervelet, s'il ne s'agit pas là d'un trouble de la fonction cérébelleuse, qui ne serait pas forcément localisé dans le cervelet lui-même.

M. Merklen lit le discours éloquent qu'il a prononcé aux obsèques de M. Jules Simon.

MM. Teissier, Legry, Hudelo sont nommés membres de la Société médicale des hôpitaux.

C'est tout!

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(11 OCTOBRE 1899)

Dans cette séance s'est poursuivie la discussion sur le **traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale.** MM. Routier et Richelot ont pris la parole.

M. Routier est resté fidèle à l'hystérectomie vaginale, qui lui a toujours donné de bons résultats. Il n'a eu recours que trois fois à l'hystérectomie abdominale, dans des cas tellement graves, qu'il n'a pas cru devoir intervenir par le vagin à cause de l'étendue des lésions, car il est bien entendu que l'hystérectomie vaginale n'est applicable qu'autant que les ligaments larges ne sont pas pris. Et encore, dans ces cas, M. Routier n'a-t-il pas fait d'emblée et de parti pris la laparotomie. Il avait commencé par le vagin, et c'est devant l'impossibilité, dans un cas, d'abaisser suffisamment l'utérus, et en raison, dans un autre cas, d'une hémorragie incoercible, qu'il se décida à pratiquer l'ablation de l'utérus par l'abdomen. L'opération fut pénible et le résultat en fut déplorable, la première malade étant morte de septicémie, la seconde de pneumonie au huitième jour.

Sans donc rejeter d'une façon absolue l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin, M. Routier lui préfère de beaucoup l'hystérectomie vaginale pratiquée à temps, c'est-à-dire aussitôt que possible. Sur 70 opérations pratiquées par le vagin, il n'a eu que 10 décès, et il a obtenu des survies de trois, six, huit et même douze ans. Mais il est bien entendu que M. Routier n'a recours à l'opération que dans les cas où l'utérus est encore mobile et abaissable.

La recherche des ganglions sur laquelle insistent tant les partisans de l'abdominale ne paraît pas préoccuper autrement M. Routier; il est convaincu d'abord que même par cette voie on n'aura jamais à les enlever complètement quand il y en a. En outre, les survies qu'il a constatées après l'hystérectomie vaginale lui paraissent ne devoir pas être inférieures à celles que peut donner l'hystérectomie abdominale.

L'hystérectomie vaginale trouve un défenseur non moins ardent et non moins convaincu en M. Richelot qui, comme on sait, a été un des premiers partisans de cette opération. Il y est resté fidèle.

Quand, il y a une quinzaine d'années, dit-il, nous avons adopté l'hystérectomie vaginale, elle remplaçait les ablations partielles de l'utérus. C'était une intervention raisonnable, rationnelle, modeste, mais bien supérieure aux amputations du col. C'est, en outre, une opération bénigne. Toutes les statistiques le prouvent. Sur 95 cas, M. Richelot n'a eu que 6 décès, dont 5 après des opérations complexes pour de très mauvais cas. Pourvu que l'utérus soit mobile, que la lésion soit encore circonscrite, l'hystérectomie vaginale est incontestablement une bonne opération. Quant à la survie obtenue à la suite de cette intervention, elle peut aller à six, sept, dix et même douze ans. Il y a même eu quelques cas de guérison définitive.

M. Richelot passe en revue les statistiques des différents chirurgiens qui ont fourni des documents sur cette question. Il rappelle plusieurs faits de sa pratique personnelle, dans lesquels le cancer n'était pas douteux, et où la survie a été cependant d'assez longue durée. Il insiste sur la bénignité de l'opération et arrive à cette conclusion que, nier les grands bienfaits de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, c'est nier l'évidence.

Passant ensuite à l'étude de l'hystérectomie abdominale, à l'examen des résultats qu'elle donne, il la considère comme une opération palliative, applicable surtout aux cas de cancers étendus qui ne sont plus justiciables que d'interventions purement palliatives.

Pour M. Richelot, l'opération vraiment curative est celle qui se pratique avant l'envahissement des lésions. Toute opération pratiquée après cet envahissement ne sera jamais qu'une opération palliative. Or, pour le premier cas, l'hystérectomie vaginale suffit parfaitement à sa besogne.

Plusieurs présentations ont été faites à la fin de la séance: M. Nimier a montré un soldat atteint d'un **ostéome du brachial antérieur.**

M. Albarran a montré un **rein tuberculeux** qu'il a enlevé la veille. Cliniquement, il n'y avait aucun symptôme. C'est grâce à la cystoscopie et au double cathétérisme uretéral, que M. Albarran est arrivé à porter un diagnostic qui est entièrement confirmé par l'examen de la pièce enlevée.

Un nouveau succès de l'intervention immédiate dans les plaies pénétrantes de l'abdomen; coup de couteau à 3 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, lésant l'artère spermatique, la veine épigastrique, l'artère appendiculaire; hémorragies multiples intra-abdominales, laparotomie trois heures après, ligature des vaisseaux lésés, drainage, guérison.

C'est M. Morestin qui a présenté cet intéressant malade. Sa communication fera l'objet d'un rapport.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(XIII[e] CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1899)

Séance d'ouverture.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR ANTONIN PONCET, PRÉSIDENT

Messieurs,

Lorsque vous m'appez appelé, il y a deux ans, à la présidence de ce Congrès, vous m'avez fait le plus grand honneur que puisse ambitionner un chirurgien, soucieux de mériter votre haute estime et votre sympathie.

Une telle distinction me touche profondément.

Ce n'est pas sans une douce émotion, sans un mélange de joie et de fierté, que j'occupe cette place, ennoblie par douze de nos collègues, qui furent mes prédécesseurs (1).

Au déclin de ce dix-neuvième siècle qui finit, pour la chirurgie, dans un couchant de gloire et de progrès, il m'eût été agréable de jeter un coup d'œil d'ensemble, sur le chemin parcouru depuis cent ans, de constater la réalisation de ce qui fut, pendant si longtemps, un rêve pour l'humanité, d'évoquer les grands noms de cette époque, dont les rayons éclaireront toujours l'aube des âges à venir.

Le siècle qui a vu naître et entrer dans la pratique courante, l'anesthésie, l'antisepsie, c'est-à-dire le triomphe sur la douleur et sur la mort par complications opératoires, est marqué d'une auréole impérissable.

D'autres diront plus tard, avec le recul nécessaire, ces merveilleuses conquêtes, auxquelles sont attachées tant de mémoires, qui nous sont chères. Ils apprécieront, mieux

(1) Trélat, Verneuil, Larrey; MM. Ollier, Guyon, Desmons, Lannelongue, Tillaux, Terrier, Eugène Bœckel, Gross et Le Dentu.

que je ne saurais le faire, la part importante qui vous revient.

Mais déjà, il est permis de se demander si, par les méthodes nouvelles de l'asepsie et de l'antisepsie, toutes les promesses ont été tenues, et si la pratique journalière n'a pas à bénéficier d'une sorte d'examen de conscience.

Le moment me semble venu, dans tous les cas, de vous entretenir d'une grande méthode chirurgicale, que je crois trop délaissée dans ses applications.

Il s'agit d'un ensemble de doctrines et de faits, qui constituent ce qu'on peut appeler la *chirurgie à ciel ouvert.*

Sous ce nom s'agite, en effet, une très grosse question de médecine opératoire, de thérapeutique chirurgicale.

L'expression de *chirurgie à ciel ouvert* laisse supposer qu'il existe une *chirurgie fermée*, ce qui est, du reste, parfaitement exact, et ces deux termes englobent le traitement des plaies, dans sa totalité.

A l'une appartiennent les opérations viscérales, intra-abdominales et autres, avec les sutures, les ligatures perdues. les enfouissements de pédicules, etc., et à côté de ces opérations, si belles, la plupart du temps, dans leurs résultats, mais toujours, néanmoins, d'un pronostic un peu aléatoire, d'autres opérations, cavitaires, plus ou moins aveugles, des procédés opératoires incertains, dangereux : ponctions, injections, etc.; enfin l'occlusion absolue, partielle des plaies, sans drainage, ou avec un drainage insuffisant, etc.

De l'autre, qui est la *chirurgie au grand jour*, relèvent, au contraire, les manœuvres méthodiques, les procédés opératoires, de front, en surface, l'abandon des plaies à leur évolution naturelle, l'absence complète ou non de tentatives de réunion, le drainage, la canalisation parfaite, les pansements à plat, les pansements absorbants, etc.

Ces derniers moyens sont inspirés par la même idée directrice : *favoriser, obtenir l'évacuation des exsudats, fournis par les surfaces cruentées, assurer le libre écoulement des liquides de la plaie, n'avoir pas de rétention et, partant, pas d'infection.*

Cette doctrine de l'assèchement des plaies par des artifices divers, est aussi ancienne que la chirurgie.

Sous le nom de : *réunion primitive* ou de *réunion secondaire*, elle a préoccupé tous les chirurgiens, qui avaient bien vu la relation de cause à effet, entre le manque d'assèchement et le développement de la suppuration et des complications nosocomiales.

Je ne viens pas soulever la querelle des *suturistes* et des *anti-suturistes* du siècle dernier, qui seraient les *réunionistes* et les *anti-réunionistes* d'aujourd'hui. Le débat s'est, en effet élargi de l'horizon des découvertes modernes. La cause de la réunion par première intention est, depuis longtemps, gagnée.

Déjà, grâce à la conception géniale de Chassaignac, l'accord avait pu se faire entre les deux camps.

« Sans les drains de Chassaignac, me disait, il y a une vingtaine d'années, un maître non moins illustre, sir J. Lister, je ne pourrais rien faire. Le drainage est le complément indispensable de l'antisepsie. »

Chassaignac et Lister, nous associons leurs noms dans un même sentiment d'admiration et de gratitude.

Il n'en est pas moins vrai, que la révolution des mœurs chirurgicales, a été telle, dans ces dernières années — toutes les audaces ont été souvent si bien récompensées par le succès, que l'on a cru trop facilement, il me semble, pouvoir s'affranchir de certaines règles, abandonner, plus ou moins — une pratique comme le drainage, *suturer, quand même en totalité*, et ne se préoccuper, l'esprit trop libre de la terreur, autrefois si justifiée, des complications, que de la rapidité, de la perfection des résultats.

Ces tendances se sont accrues chaque jour depuis vingt ans. Elles se sont étendues, généralisées de l'hôpital, à la ville, à la campagne, c'est-à-dire partout. Elles ont ainsi établi une confusion réelle, entre ce qui était permis, dans des conditions déterminées de personnes, de milieu, et ce qui ne l'était pas.

On paraît croire, trop aisément, que les plaies sont naturellement aseptiques, que leur traitement, uniforme, réside, exclusivement, dans l'emploi de la stérilisation, dans le maniement des solutions, des substances antiseptiques, dans l'usage presque systématique des sutures, dont les perfectionnements rendent, cependant, chaque jour, de si grands services.

Le moment me semble également propice de rappeler qu'une instruction étendue, qu'une excellente éducation chirurgicale restent, de première nécessité, pour pratiquer des opérations, et qu'une propreté, trop souvent encore relative, avec ou sans *condiments antiseptiques*, ne saurait suffire à tout, qu'elle n'est alors, le plus souvent, qu'un trompe l'œil.

J'aborde cette étude avec une entière indépendance et avec une expérience hospitalière personnelle de plus de vingt ans.

J'ai connu la chirurgie pré-antiseptique. J'ai été élevé par des maîtres éminents, qui ignoraient encore, que de leurs travaux, que des recherches de ceux qui les avaient précédés, devait surgir une ère nouvelle.

Un des premiers, avec J.-Lucas Championnière, avec les professeurs Gross et Terrier, pour ne parler que des initiateurs de la première heure, et dès 1879 (1), après avoir vu Lister à l'œuvre, dans son service de King's College, j'obtenais les mêmes résultats, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en suivant, de point en point, la pratique du maître (2).

Depuis lors, dans des publications, dans mon enseignement, je n'ai cessé de lutter, et de rendre aussi rigoureusement réalisable que possible, la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie (3).

Une confiance absolue, la foi, dans l'union de ces deux modes de traitement, ne m'ont jamais fait défaut. Aujourd'hui, autant que jamais, plus que jamais, puisque mon expérience est plus longue, je tiens à en proclamer, avec vous, la puissance.

Mais, je crois également nécessaire de tenir toujours compte des enseignements du passé, et de les perfectionner dans leurs plus grandes applications, comme dans les moindres détails. En fait d'asepsie, de propreté chirurgicale, on ne fera jamais machine arrière. Chaque jour voit apparaître de nouveaux antiseptiques.

L'asepsie et l'antisepsie, les deux grands A de la chirurgie contemporaine, ne sauraient être opposées l'une à l'autre. C'est une erreur de les mettre en parallèle. Elles se renforcent, elles se complètent. Aussi longtemps que l'on observera des plaies infectées, on devra en pratiquer la désinfection, c'est-à-dire recourir à l'antisepsie.

Faut-il le rappeler, l'asepsie est *préservatrice* de l'infection, l'antisepsie s'efforce d'en être *curatrice.*

Avant d'aller plus loin, il importe d'établir quelques données cliniques et expérimentales, qui sont, trop volontiers, perdues de vue au lit des blessés.

Le fait capital est celui-ci : toute plaie qui mérite ce nom par ses dimensions, par sa profondeur, par son siège, etc., s'accompagne, dans les premières heures, d'une exsudation séreuse, séro-sanguinolente, plus ou moins abondante, parfois d'un véritable écoulement sanguin, et cela, en dehors, comme on semble encore trop le croire, de toute action irritante produite par des lavages, par des applications directes

(1) Un séjour à Londres, au point de vue de la chirurgie antiseptique. (A. PONCET. *Lyon médical*, 1880.)

(2) Quinze mois de chirurgie antiseptique à l'Hôtel-Dieu de Lyon. (A. PONCET. *Lyon médical*, 1881.)

(3) Une salle d'opérations à l'Hôtel-Dieu de Lyon. (A. PONCET. *Rev. de chirurgie*, 1889.)

de solutions antiseptiques. Leur emploi ne peut évidemment que l'accroître.

Si, physiologique, l'assèchement parfait d'une plaie n'existe pas, il doit être également considéré comme tel, au point de vue chirurgical.

Suivant diverses conditions, mais en dehors aussi de toute contamination, de toute autre irritation que le traumatisme, l'exsudat se produit. Il ne varie que par son abondance plus ou moins grande.

Une autre remarque, non moins importante, découle de recherches microbiologiques, nombreuses, variées. Elles établissent « qu'aucune méthode de pansement ne prévient la pénétration des microbes dans une plaie » (Schange, Zedler, Micquel et Redard, Bossowsky, etc.). Il n'y a guère, en effet, que 15 p. 100 des plaies, bien traitées par la méthode aseptique, qui soient stériles; les 85 p. 100 restantes sont souillées par des microorganismes, souvent par des microbes pathogènes (Kousnetzoff, Budinger, etc.).

Dernièrement, Auché et Chavannaz, pour ne citer que les recherches les plus récentes, n'ont trouvé stériles, les liquides de la cavité péritonéale, après 24 laparotomies, que dans 3 cas.

Comment, du reste, en serait-il autrement « quand on songe, que toutes les cavités de l'organisme sont habitées, que les microbes sont partout, dans l'air, dans l'eau et sur les solides » ?

Évidemment, entre l'asepsie bactériologique et l'asepsie chirurgicale, suffisante, cependant, pour placer la plaie à l'abri de toute complication, nous ne voudrions pas établir de confusion.

Des accidents septiques sont, cependant, en imminence latente, et pour expliquer le silence des agents pathogènes, il faut invoquer leur virulence atténuée, la défense de l'organisme, la qualité du terrain, etc., toutes conditions plus ou moins inconnues, et qui doivent nous tenir en garde contre l'apparition, alors possible, de complications infectieuses.

Ne sait-on pas, d'autre part, depuis longtemps, que la stagnation des liquides, que leur rétention à la surface d'une plaie, dans une cavité close, etc., est éminemment favorable à leur altération, à leur virulence ?

Rétention est synonyme d'imprégnation et d'absorption. La clinique le démontre à chaque instant.

Mais, voici des recherches expérimentales, non moins convaincantes, empruntées au remarquable mémoire de Préobagensky (1).

De larges plaies pratiquées chez des chiens et recouvertes de sang putride, éminemment septique, se cicatrisaient promptement, sans suppuration, lorsqu'elles étaient siphonnées par un pansement avec de la gaze très absorbante. Elles s'enflammaient, au contraire, dès qu'elles étaient recouvertes d'ouate ordinaire, formant tampon et s'opposant au drainage.

Les plaies granuleuses se comportent comme les plaies fraîches. « Les unes et les autres n'absorbent ni les substances chimiques (provenant du pansement), ni les bactéries et leurs produits (microbes pyogènes, de l'érysipèle, streptocoque, du charbon, etc.), lorsque le pansement par sa forme, sa densité, sa perméabilité, utilisent, créent les courants d'osmose et de capillarité. »

La preuve en est donnée par des expériences très variées.

Des plaies récentes, chez des souris, et saupoudrées de strychnine, des plaies faites sur des cobayes, et arrosées avec des cultures en bouillon du bacille charbonneux, etc., n'entraînent pas la mort si le pansement réalise des conditions d'absorption et d'évaporation suffisantes. Traités, par contre, avec des pansements non absorbants, ces animaux succombaient, dès le deuxième ou troisième jour.

Les conditions que doit réunir un drainage sont, en outre, établies par des recherches, *in vitro*, fort intéressantes.

La chirurgie sanglante à ciel ouvert est précisément celle qui satisfait à ces divers *desiderata*.

Elle comporte des procédés, des manœuvres, dans lesquelles l'œil et le doigt s'aident mutuellement. L'opérateur voit, à chaque instant, ce qu'il fait. Il est maître de son champ opératoire.

C'est la chirurgie aussi des grandes incisions, des débridements étendus, des contre-ouvertures, des voies de décharge, des résections osseuses libératrices, des larges drainages, etc. C'est celle enfin, après l'opération, de la guerre préventive à l'accumulation des liquides, à leur rétention, par une canalisation parfaite de la plaie et par certains pansements.

Elle est l'antipode des incisions et des sections sous-cutanées, des ponctions, des injections modificatrices, etc.

C'est une banalité de dire qu'il est nécessaire, pour opérer, d'y voir clair. Sans vouloir jouer avec l'expression de *ciel ouvert*, il est bien certain qu'une salle d'opérations doit être parfaite au point de vue de la lumière. Pour un grand nombre d'interventions sanglantes, l'éclairage, entre autres particularités, viendra d'en haut.

Nous soulignons, en passant, cette nécessité, parce qu'on a fait beaucoup au point de vue de l'aménagement des salles opératoires, mais dans ce genre de perfectionnements, on ne saurait aller trop loin.

Pour être suffisante, la propreté hospitalière sera luxueuse, elle s'étendra à tous les locaux d'un service, salles de malades et autres. Dans cet ordre d'idées de grands progrès sont encore à réaliser.

La chirurgie à ciel ouvert se prévaut encore de tel artifice, je dirais volontiers de tel *truc opératoire* qui rend, tout à coup, faisable, facile, ce qui paraissait jusqu'alors impossible, difficile.

Ce sont ces manœuvres, souvent personnelles à un chirurgien, qui lui donnent une habileté spéciale. Elles constituent, parfois, sa caractéristique, comme *modus faciendi*, dans telle ou telle opération. Elles en expliquent les succès. Elles justifient le désir de le voir opérer, de le voir triompher de difficultés que l'on connaît bien, pour les avoir soi-même rencontrées.

Ce n'est pas, Messieurs, un des moindres avantages de nos Congrès que de nous permettre des visites réciproques, que de savoir où trouver immédiatement ce que l'on a parfois vainement cherché.

La chirurgie abdominale est riche en applications de ce genre.

Nous n'en voulons pour preuve, que la position inclinée du tronc, dont les avantages ont été si bien mis en lumière, et rajeunis par Trendelenburg.

Sur ce champ de bataille, qui est le champ opératoire, c'est tout un art, parfois très personnel, de disposer ses moyens d'attaque et de défense.

Dans les opérations viscérales, en particulier, la libération, méthodique, sans danger, la mobilisation, la luxation au dehors, à un moment donné, de l'organe malade, est une ressource précieuse.

Dans les ablations de goitre, entre autres, qu'il s'agisse d'une thyroïdectomie partielle ou d'une énucléation intra-glandulaire, la luxation au dehors, entre les lèvres de la plaie des tissus malades, rend simple, à un moment donné, une opération qui, autrement, eût été moins dangereuse que laborieuse.

Ces opérations au grand jour : hystérectomie abdominale, pylorectomie, entérectomie, large ouverture du crâne,

(1) Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies, par le docteur M.-J. Préobagensky (de Saint-Pétersbourg). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. IX, 1897.)

extirpation thyroïdienne, etc., n'ont pas seulement le mérite de l'exécution, elles sont également et surtout, ainsi que nous l'avons fait remarquer, aussi peu graves que possible.

Elles permettent, en effet, d'opérer rapidement, de faire vite, sans hésitation, et, par cela même, de bien faire. Il importe, en effet, au premier chef, de ne pas s'attarder, d'aller carrément au but.

A cet égard, il ne saurait plus y avoir, aujourd'hui, grande divergence entre les chirurgiens.

Il est cependant une limite à la rapidité qui, poussée trop loin, expose à de graves mécomptes. L'art d'opérer a ses traditions d'habileté, de sécurité. Il ne faut pas songer à en faire un sport.

L'*opération à ciel ouvert* est terminée, mais elle n'est que le premier temps de la chirurgie qui mérite ce nom.

Il faut alors, suivant les circonstances que nous allons déterminer, compléter l'acte opératoire par la mise en pratique de tels soins immédiats consécutifs qui ont, dans l'espèce, la plus haute importance.

Une distinction s'impose immédiatement : 1° la plaie est *aseptique*; 2° elle est *douteuse*; 3° elle est *infectée*.

1° *La plaie est aseptique.*

Cette plaie, qui ne peut être qu'une plaie créée par le chirurgien, présente, de par sa stérilisation, la condition, *sine quâ non*, de la recherche de la réunion par première intention. Il faut, cependant, qu'elle offre certaines garanties, sur la présence desquelles l'accord a toujours été parfait : absence de corps étranger sur la plaie, d'hémorragie, intégrité suffisante des tissus, possibilité d'un affrontement exact, etc.

Mais où la divergence se produit, malgré la torsion des vaisseaux, malgré les ligatures résorbables, etc., c'est lorsqu'il s'agit de savoir si l'occlusion de la plaie sera complète ou non, si la couture aura lieu, avec un luxe plus ou moins grand de sutures, dans tous les cas, avec ou sans drainage.

La réponse, cependant, me paraît simple : *il faut toujours drainer*.

Si la plaie a une certaine importance, si elle est profonde et plus ou moins anfractueuse, en dehors d'une exhalation variable, il restera des vides, dans lesquels les liquides s'épancheront et séjourneront. Leur stérilisation n'est, d'autre part, jamais certaine, et le meilleur moyen de pouvoir l'escompter est, précisément, de soustraire la plaie au danger d'une stagnation.

Le drainage est indispensable. Les liquides dussent-ils, sans lui, rester aseptiques, il n'en a pas moins encore son utilité, puisqu'il évite leur accumulation qui provoque de la douleur, une tension plus ou moins grande des tissus, et, par l'étranglement qu'elle engendre, des accidents inflammatoires.

Nous n'ignorons pas que, maintes fois, des réunions par première intention ont été, dans des régions plus facilement soustraites que d'autres à des causes d'infection locale, obtenues sans canalisation, sans aucune soupape de sûreté. Nous savons également que certaines opérations autoplastiques ne réussissent complètement qu'à ce titre, mais cette recherche absolue d'une réunion par première intention a ses périls.

La série des succès ne tarde pas à s'assombrir, et à côté de réparations rapides, presque merveilleuses, combien d'accidents plus ou moins graves imputables à cette occlusion complète de la plaie !

Nous n'entrerons même pas dans leur énumération, dans l'appréciation relative de leur fréquence. Nous savons qu'ils peuvent aller depuis une suppuration insignifiante, obligeant à faire sauter seulement, quelques points de sutures, jusqu'à une septicémie suraiguë, promptement mortelle.

Il faut donc, et c'est notre conclusion : *ne chercher la réunion par première intention d'une plaie qu'après l'avoir drainée méthodiquement, quelque aseptique qu'elle puisse être.*

Ce drainage préventif sera réalisé par des tubes en verre, en os décalcifiés, surtout en caoutchouc, à la façon de Chassaignac. On les multipliera, s'il y a lieu, on leur donnera la préférence sur les lanières de gaze qui font souvent tampon. Enfin, on se préoccupera d'éviter, de la sorte et le mieux possible, toute rétention.

Il reste, cependant, une série d'interventions sanglantes, pour lesquelles le drainage n'est pas indiqué au même titre.

Dans les opérations intra-abdominales, exécutées sur des tissus sains et sans menace d'infection autochtone, le ventre est journellement fermé, et la guérison survient, la plupart du temps, sans incident.

Mais là encore, quoiqu'il s'agisse d'une région spéciale, quoique le péritoine, dans toute la zone sous-ombilicale surtout, ait une plasticité remarquable, une puissance grande de résorption, il faut, si l'opération a duré pendant un certain temps, si elle a été laborieuse, hémorragique, avec ou sans incidents notables, si, en un mot, on a la moindre arrière-pensée sur les suites de l'opération, pratiquer l'excellent drainage de Mickulicz, par la voie sous-ombilicale, et utiliser aussi le chemin naturel, qui est la voie vaginale. N'est-elle pas la route suivie dans nombre d'hystérectomies, et ne reste-t-elle pas, heureusement, par son siège et sa déclivité, le canal d'écoulement le plus parfait que l'on puisse désirer ?

Il faut le répéter : on ne se repent jamais d'avoir drainé. Bien souvent, au contraire, les chirurgiens les plus expérimentés ont eu à regretter des tentatives d'affrontement !

On sera, en outre, d'autant plus sobre de tout essai de réunion que les contre-indications, même dans les cas en apparence favorables, sont souvent nombreuses.

Il faut, en effet, grandement tenir compte de l'état général du sujet. Aux deux extrêmes de la vie, chez le nouveau-né, chez le vieillard surtout, chez des sujets affaiblis, chez des convalescents, cachectiques, anémiés, chez des malades atteints d'un état infectieux quelconque, septicémie préopératoire et autre, chez les diabétiques, les albuminuriques, en un mot, chez les tarés, etc., les tissus manquent de plasticité. Ils sont guettés par l'infection, par le sphacèle.

Il en est de même chez les obèses. Chez les simples adipeux, la graisse se prête mal à la réunion par première intention. Les fils de catgut les mieux stérilisés y deviennent facilement amorce et hameçon pour les agents pathogènes. Dans diverses régions, au voisinage, au contact des cavités et des canaux naturels, etc., si riches en microorganismes de tous genres, l'absence de toute tentative de réunion doit être également la règle.

Les contre-indications tirées de l'état local ne sont pas moins réelles, si les tissus ont été contusionnés, déchirés, dilacérés, etc., au cours d'une opération un peu longue.

Il vaut mieux alors, malgré toutes les précautions aseptiques, ne pas affronter du tout, et lorsqu'on songe, qu'en face de la question de sécurité se pose uniquement celle de la rapidité de la guérison, et qui n'en est pas la plupart du temps notablement accrue, puisque dans une plaie aseptique les drains doivent être enlevés au bout de deux ou trois jours, on ne voudra pas se passer du drainage préventif.

Sans les drains, les sutures constituent une arme redoutable.

Sans le drainage, il vaudrait mieux, à tout prendre, qu'elles n'existassent pas.

N'était-ce pas déjà l'opinion de notre illustre aïeule, l'Académie de chirurgie, après les mémoires de Pibrac et de Louis ? Mais, j'ai hâte d'ajouter que les bienfaits du drainage étaient à peu près inconnus, et que l'on ne se doutait pas de l'asepsie.

2° *La plaie est douteuse.*

Il faut distinguer les plaies créées par le chirurgien, et celles produites accidentellement.

Dans *une plaie chirurgicale*, en effet, qui a pu être contaminée pendant une opération, soit par les tissus infectés sur lesquels on intervient, soit par quelque faute constatée contre l'asepsie, il faut laisser tout ouvert.

La vie du malade l'exige souvent dans des opérations viscérales ou dans d'autres opérations graves. C'est une erreur de croire que, guidé par la température et l'examen quotidien du blessé, on sera toujours à temps de parer aux accidents infectieux qui pourraient survenir.

La septicémie est malheureusement trop variable dans ses modalités, et autant il est simple de prévenir l'infection, autant il peut être difficile et même impossible de lutter contre ses manifestations. La résistance de l'organisme est tout à fait individuelle. Nous n'avons, jusqu'à ce jour, aucun moyen de juger de ses degrés. La plupart du temps notre thérapeutique est tellement illusoire que nous ne pouvons que constater les effets de l'infection, allant quelquefois, sans qu'on puisse en apprécier la cause, depuis un simple mouvement fébrile jusqu'à des accidents mortels foudroyants.

Dans le doute sur la désinfection d'une plaie opératoire, la prudence exige que l'on s'abstienne de toute tentative d'affrontement par sutures ou autres moyens. Les seules sutures qui nous paraissent permises, sont les sutures secondaires, réalisées par des fils d'attente (réunion par première intention secondaire), alors que la plaie est granuleuse, et que son occlusion ne présente plus de dangers.

La plaie est accidentelle.

Ici pas d'hésitation. La plaie doit être considérée comme contaminée. Tant mieux s'il n'en est pas ainsi, mais dans la pratique, on l'envisagera comme telle.

Si dans la pratique civile, hospitalière et autre, les plaies accidentelles doivent être considérées comme infectées, quel rôle ne devra pas jouer cet aléa dans la chirurgie de guerre!

Le rejet des sutures profondes, superficielles, et de tout affrontement devient une loi d'autant plus impérieuse, que les blessés sont souvent perdus de vue.

Les longues incisions, les débridements, les contre-ouvertures dans des plaies cavitaires, les résections osseuses, articulaires, primitives, à une date aussi rapprochée que possible avant l'apparition des phénomènes généraux, constituent d'excellentes opérations.

Seules, elles créent un jour, un espace suffisant pour éviter la rétention.

Dans les plaies osseuses et articulaires, la résection de portions squelettiques plus ou moins étendues est l'équivalent des grandes incisions et des contre-ouvertures pour les parties molles enflammées. Elles sont nécessaires pour placer les drains et assurer l'écoulement des liquides.

Cette exhalation est-elle abondante, les chances de guérison s'accroissent d'autant.

Une plaie récente qui coule abondamment au dehors est synonyme de : plaie bien portante, de blessé en bonne voie. C'est du moins l'observation qu'il nous a été permis de faire bien des fois.

3° *La plaie est infectée.*

Toute distinction disparaît. Il faut s'efforcer de désinfecter la plaie.

Nous n'envisagerons pas le nettoyage des tissus contaminés, les irrigations, les bains antiseptiques, etc. Mais, quels que soient les moyens de cet ordre employés, il est certain qu'au premier rang se place l'évacuation des liquides infectieux, pus, exsudats divers. Ce serait un véritable crime de lèse-humanité que d'escompter alors la possibilité de réunions partielles, plus ou moins étendues. De telles manœuvres sont dangereuses, elles ouvrent des voies nouvelles à l'absorption, elles ne sont, comme on l'a dit souvent, qu'un cache-misère, qu'un voile jeté sur des lésions profondes des tissus, qui, pour évoluer le moins gravement possible, doivent être laissées à ciel ouvert.

Il faut recourir aux gros drains, aux drains tubulaires, percés de trous béants, aux drains en canons de fusil, en anse, en arrosoir, en chalumeau, etc.

Le meilleur drainage est souvent alors l'absence de drains à proprement parler, mais un tamponnement méthodique avec des mèches, avec de la gaze antiseptique chiffonnée, le tout doublé d'une surveillance rigoureuse du blessé; l'état général étant contrôlé matin et soir par le thermomètre.

Un pansement bien fait est le dernier terme de cette chirurgie avec portes et fenêtres ouvertes. Il sera pratiqué avec de la gaze antiseptique qui lui donnera, comme les recherches expérimentales, comme les expériences du laboratoire nous l'ont enseigné, deux qualités physiques fondamentales, à savoir : d'être *absorbant et évaporant* (1).

Ainsi se trouve continué l'*hydraulique de la plaie*, qui est un agent précieux d'asepsie préventive, et le meilleur moyen de désinfection dont nous puissions disposer. N'est-on pas allé (Reichel) jusqu'à prétendre « que la désinfection par les antiseptiques ne jouait aucun rôle, que l'essentiel était la transformation du foyer fermé en foyer ouvert »?

Pendant la guerre russo-turque de 1878, il est très probable que les beaux résultats dans le pansement des plaies de guerre, à un moment où on ignorait presque l'antisepsie et l'asepsie, ont été dus aux pansements absorbants (gaze, ouate hydrophile). En outre, l'atmosphère était sèche, et non saturée de vapeur d'eau, comme à Sébastopol.

La gaze est le tissu le plus absorbant et le plus évaporateur que nous possédions.

Le pansement moderne qu'elle réalise est, expérimentalement, une réunion de drains.

Il paraît bien démontré, dans tous les cas, que les propriétés physiques du pansement, qui active, du côté de la plaie, les courants d'osmose et de capillarité, sont des armes puissantes dans la lutte contre les microorganismes.

Telle est, Messieurs, la chirurgie à ciel ouvert, qui a, comme vous le voyez, de nombreuses indications.

Elle ne consiste pas uniquement dans l'emploi de tel ou tel procédé, de tel ou tel moyen de traitement. Elle comprend tout un ensemble de règles thérapeutiques, qui ont pour but de prévenir, plus sûrement, l'infection, et de lutter contre elle.

Elle répond, si vous me permettez l'expression, à un état d'âme chirurgical qui, tout en ne perdant pas de vue les très grands avantages de la réunion par première intention, ses merveilles, dans la chirurgie par exemple, de l'estomac, de l'intestin, s'incline, cependant, devant l'expérience clinique et la réalité des faits.

La sécurité, en tout et partout, doit être la principale préoccupation du chirurgien. Dans le traitement des plaies, il faut être aussi simpliste que possible, tabler avec les grandes moyennes, et fort peu dans sa ligne de conduite, tenir compte des faits rares, surtout des cas exceptionnels.

J'évoquerais volontiers, à ce propos, la maxime du Nouveau Testament : *Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'il vous fût fait.* Ce qui, dans l'espèce, revient à dire : Ne fermez pas la plaie de votre prochain, si vous voudriez, à sa place, qu'elle fût laissée ouverte. Je n'ai pas à sonder le fond de votre cœur. Mais je sais bien que, si j'étais dans la nécessité de subir une opération sanglante, je demanderais, en grâce, d'être cousu au minimum. Je

(1) Ces qualités d'un bon pansement perméable n'avaient pas échappé à la sagacité des anciens observateurs. Quesnay disait déjà de la charpie fine qu'il utilisait dans le tamponnement des foyers cavitaires : « Elle est au pus l'échelle à l'aide de laquelle il s'élève du fond jusqu'à l'ouverture de la plaie. »

dirais même, de ne pas l'être du tout, si cette abstention de toute suture était chirurgicalement possible.

Dans tous les cas, je demanderais un bon drainage.

Ce dernier argument est, je le reconnais, un argument de sentiment, mais, après les autres et en fin de compte, il a bien sa valeur.

En terminant, M. le président Poncet rend hommage à la mémoire des membres de l'Association morts pendant le courant de l'année : MM. les docteurs Bois (d'Aurillac), Grizou (de Châlons-sur-Marne), Serres (d'Auch), Chipault (d'Orléans), Guerlain (de Boulogne-sur-Mer), Ferron, directeur du service de santé du 13e corps d'armée, G. Assaky (de Bucarest), William Binaud (de Bordeaux), le professeur Socin (de Bâle).

MÉDECINE PRATIQUE

Le mûrier comme diurétique (1).

Froitzky, âgé de quatre-vingts ans, souffrant depuis dix ans d'œdème des pieds, a essayé sur lui-même les effets du *Rubus chamæmorus*.

L'*Adonis vernadis*, qui, dans le principe, lui avait donné de bons résultats à cause de son action diurétique, fut infidèle ensuite. Il eut alors recours à l'emploi des feuilles de mûrier, remède diurétique populaire en Sibérie, et dont la promptitude et l'efficacité ne se sont pas démenties pendant cinq ans. L'auteur fait préparer une infusion de la manière suivante :

Feuilles de mûrier............... 2gr50
Eau bouillante.................... 2 tasses.

Laisser infuser huit à dix heures en lieu chaud, prendre une tasse le matin et une le soir. La saveur de cette infusion n'est pas désagréable. Elle a une forte odeur de thé. On en continue l'usage pendant trois jours. La sécrétion de l'urine va graduellement en augmentant : de 54 onces par vingt-quatre heures au début, elle s'élève à 66, 72 et finalement à 88 onces.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 OCTOBRE 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 23 OCTOBRE, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Retterer, Launois et Desgrez; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Terrier, Lejars et Mauclaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Gaucher et Méry; — (2e série) : MM. Fournier, Déjerine et Teissier; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 24 OCTOBRE, à une heure. — 4e : MM. Proust, Roger et André; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Vaquez; — (2e série) : MM. Joffroy, Thiroloix et Ménétrier; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : Panas, Thiéry et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Letulle et Dupré; — (2e série) : MM. Debove, Hutinel et Marfan; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Poirier, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 25 OCTOBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Sébileau.

(1) *Archives orientales de médecine.*

3e (2e partie) : MM. Joffroy, Déjerine et Gilles de la Tourette; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 26 OCTOBRE, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Thoinot et Dupré.

1er de sages-femmes (1re et 2e classe, nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Ribemont-Dessaignes et Gley; — M. Widal, suppléant.

VENDREDI 27 OCTOBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Broca (Aug.) et Lepage; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie) *Hôtel-Dieu* : MM. Poirier, Legueu et Sébileau; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Méry et Launois; — (2e série) : MM. Landouzy, Widal et Thoinot; — M. Gaucher, suppléant.

SAMEDI 28 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Quénu, Rémy et Faure; — (2e partie) : MM. Hutinel, Ménétrier et Vaquez; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Albarran et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Widal; — (2e série) : MM. Debove, Charrin et Marfan; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Poirier, Bonnaire et Wallich; — M. Retterer, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Épreuve écrite : « Nerf maxillaire supérieur. — Complications du diabète sucré. »

Questions restées dans l'urne : « 1° Les deux veines azygos et le tronc de la veine-cave supérieure; Abcès intracraniens. — 2° Muscles du voile du palais; Tétanos. »

Hôpitaux de province. — BORDEAUX. — Le concours de l'externat s'est terminé vendredi matin.

Voici par ordre de classement les noms des candidats qui sont désignés par le jury au choix de l'administration : Bossuet, Codet, Boisse, Ducas, Girard, Ribéreau, Rabère, Delalbre, Gagnerot, Verdeau, Peyri, Depierris, Charrier, Berne, de Boucaud, Lacouture, Gourdon, Couraud, Lapouble, Bonnaire, Hautefort, Capdevielle, Gaüzère, Simounnet, Lalung, Beynex, Dabat, Gentilhe, Denis, Pétriat, Lacroix.

Les questions données ont été les suivantes :

Epreuves orales : Artère fémorale, signes et diagnostic de l'anévrisme. — Artère humérale, lymphangite aiguë. — Muscles de la région antéro-externe de la cuisse. — Plaies des veines. — Tibia. — De la contusion.

Épreuves manuelles : Bandage roulé de l'avant-bras. — Simulacre de la piqûre de morphine.

LYON. — A la suite du concours d'internat qui vient de se terminer, ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Pouly, Bérief, Desgouttes, Hau, Bernard de Teissier, Gonnel, Voulier, Montagnard, Muller, Pravaz, Vacher, André, Bancel.

Internes suppléants : MM. Bolgey, Belbèze, Micaud, Aubery, Moiret, Servonat, Fellu, Faure, Fieux, Vial, Condamin, Delay, Eggli, Pellanda, Lafond, Meynet, Tavernier, Gallay, Horand, Moreau, Souffray, Prat, Bovier-Lapierre, Dauvergny, Gimbert.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Debierre (Charles-Marie), professeur à la Faculté de médecine de Lille, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Aubilan, maire de Borderès, est nommé officier d'Académie.

Guerre. — MM. les médecins aides-majors de première classe dont les noms suivent sont affectés aux postes ci-après désignés :

Lhomer, pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye; — Caziot, pour l'hôpital militaire de Maubeuge; — Peyroux, maintenu au 119e d'infanterie; — Wagon, pour le 4e cuirassiers.

Marine. — Un concours s'ouvrira à Toulon, les 17 et 18 janvier 1900, pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et de séméiologie médicale, à l'école annexe de médecine navale. Le jury de ce concours sera composé de M. Cunéo, inspecteur général du service de santé, et de MM. Fontan, médecin en chef, et Coquiard, médecin principal.

Statistique. — On a constaté du 1er au 7 octobre 808 décès (moyenne 819; la semaine précédente 759). L'état sanitaire continue donc à rester satisfaisant.

La fièvre typhoïde est stationnaire (21 décès). On a signalé 106 cas au lieu de 100 pendant la semaine précédente, de 117 pendant la semaine antérieure et de 146 auparavant.

Les autres maladies sont rares. La rougeole a causé 6 décès, la scarlatine 4, la coqueluche 4, la diphtérie 3, chiffres voisins de la moyenne. La variole n'a causé aucun décès pendant treize semaines.

La diarrhée infantile 34 décès au lieu de 36 la semaine précédente (moyenne 42).

En outre 35 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 55 décès au lieu de 67 la semaine précédente (moyenne 82).

La phtisie a causé 194 décès (moyenne 180), la méningite tuberculeuse 11 décès, les méningites aiguës 8. L'apoplexie et le ramollissement cérébral 56 décès, enfin 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

La peste à Oporto. — Le total des cas constatés depuis l'origine jusqu'au 7 octobre est de 132, celui des décès de 47.

Une école de pharmacie pour femmes. — D'après les *Archives russes de pathologie*, il est question de fonder à Varsovie un institut de pharmacie destiné exclusivement aux femmes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Pruvost (de Loos, Nord), Maydieu (d'Argent, Cher).

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — JEUDI 19 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 19 OCTOBRE 1899. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE....... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(17 OCTOBRE 1899)

On se rappelle la thèse soutenue par M. Lancereaux sur les **rapports du paludisme avec l'angine de poitrine**. Cette thèse avait trouvé des détracteurs. M. Laveran, entre autres, en se basant sur sa grande expérience du paludisme, l'avait combattue. Il vient de nouveau produire un certain nombre de documents, qui viennent à l'encontre de la thèse de M. Lancereaux : c'est d'abord un travail de M. Cardamatis qui, d'après l'examen d'un grand nombre de faits, arrive à cette conclusion qu'il n'existe aucune relation entre le paludisme et l'angine de poitrine ; il a bien rencontré quelques cas très rares d'angine de poitrine chez des paludiques ; mais ces paludiques étaient également des arthritiques ou des fumeurs. M. Laveran produit d'autres documents qui aboutissent également à cette conclusion que l'aortite ne doit pas être rangée parmi les affections d'origine paludique.

L'Académie a encore entendu dans cette séance plusieurs rapports, ceux de M. Vallin sur le **prix Vernois**, de M. Roux sur le **prix Barbier**, de M. Motet sur le **prix Herpin**.

Signalons aussi un rapport de M. Ferrand, sur un travail relatif à **Mékhitar, médecin arménien du XIIe siècle.**

M. Doléris a fait une lecture intéressante relative à l'**influence de l'accouchement sur la marche de la tuberculose.** Il a cité plusieurs exemples de femmes atteintes de tuberculose latente, chronique, ayant pris brusquement une marche rapide après l'accouchement. Ces faits sont bien connus, mais ce qui l'est moins, c'est l'explication qu'en donne M. Doléris. Il montre expérimentalement qu'il s'agit, dans ces cas, d'une véritable septicémie tuberculeuse, déterminée par l'irruption du bacille de Koch dans le sang. Si, par exemple, on inocule à des cobayes du sang provenant des ventouses scarifiées appliquées aseptiquement à ces malades, on constate que ces cobayes deviennent rapidement tuberculeux. Il y a donc là une recherche intéressante, et qui fait honneur à son auteur.

M. Bœckel a fait une communication sur les **tumeurs de la vessie et leur traitement chirurgical.**

DES HÉMATURIES ESSENTIELLES

Par MM. A. MALHERBE et F. LEGUEU (1).

Jusqu'à ces derniers temps, dans les traités didactiques, dans les ouvrages classiques, on divisait habituellement les hématuries en deux classes, et on distinguait les hématuries essentielles des hématuries symptomatiques. Celles-ci, les hématuries symptomatiques, les plus fréquentes et les mieux connues, dépendent d'une affection determinée, elles relèvent d'une cause bien établie.

A côté d'elles, les autres apparaissent au premier abord très différentes : elles semblent indépendantes d'une altération quelconque de l'appareil urinaire, elles semblent constituer à la fois le symptôme et la maladie tout entière. Et pour caractériser leur différence avec les autres, elles ont été appelées « hématuries essentielles ».

Rayer les définissait « celles qui ne peuvent être rattachées ni à une lésion de l'appareil urinaire, ni à une maladie déterminée ». Ces deux termes d'hématurie essentielle protestent cependant eux-mêmes contre l'association qu'on leur impose : l'hématurie n'est qu'un *symptôme* (Guyon), et on ne conçoit pas une hématurie qui ne relèverait pas d'une maladie quelconque.

(1) Résumé du rapport qui sera lu à la IVe session de l'Association française d'urologie (19 octobre 1899).

[Aussi, après avoir passé en revue tous les travaux parus sur la question, les auteurs se demandent :]

L'hématurie essentielle existe-t-elle réellement? Y a-t-il une hématurie indépendante d'une altération du rein ou d'une maladie déterminée?

Telle est la question que nous devons chercher à résoudre en soumettant à la critique et à la discussion la liste des observations publiées. Nous étudierons donc d'abord les *hématuries symptomatiques*, et nous verrons ensuite la place qu'il convient de réserver à côté de celles-ci aux *hématuries essentielles*.

I. Hématuries symptomatiques

Les causes de l'hématurie sont de deux ordres, ce sont des causes *générales* et des causes *locales*.

A. Hématuries dans les maladies infectieuses. — L'hématurie s'observe au cours des maladies infectieuses, et plus particulièrement des pyrexies graves. Elle survient, en général, à une phase tardive de ces pyrexies : elle en constitue une phase ultime, et le pronostic en est aggravé.

Le saignement peut s'effectuer par toutes les muqueuses de l'appareil urinaire, mais il est probable qu'il s'effectue surtout par le rein.

Il n'est pas besoin pour l'expliquer d'invoquer l'influence d'un agent microbien spécial, hémorragipare. Des infections très diverses l'ont produite, au cours desquelles on trouvait dans le sang des microbes différents. Charrier a démontré l'action hémorragipare de certaines toxines, que les microbes, même les plus vulgaires peuvent fabriquer.

Les microbes agissent donc sur le rein soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs toxines, qui produisent la nécrose cellulaire. Quoi qu'il en soit, la néphrite est l'intermédiaire presque constant de ces hématuries observées au cours des maladies infectieuses, et ainsi, la distinction entre les hématuries de cause générale et celles de cause locale, perd de sa valeur, puisque les premières relèvent aussi d'une altération organique. Il en est de même pour les hématuries toxiques, à l'origine desquelles on trouve encore une altération rénale d'ordre chimique.

B. Hématuries de causes locales. — Suivant son point de départ, l'hématurie vient de l'urèthre, de la prostate, de la vessie, de l'uretère ou du rein. Sur chacun de ces organes, un grand nombre de causes sont susceptibles de déterminer l'effraction vasculaire qui aboutit à l'hématurie.

Les *grandes* hématuries, qui vont attirer spécialement notre attention, proviennent exclusivement de la vessie et du rein ; les hématuries d'origine prostatique sont les seules qui, parmi les hémorragies de provenance uréthrale, peuvent avoir une certaine importance, mais elles se confondent, en réalité, avec les hématuries de causes vésicales.

Or, sur le rein comme sur la vessie, les causes des grandes hématuries sont habituellement la *lithiase*, la *tuberculose*, les *néoplasmes*, la *rétention*. D'autres causes interviennent plus rarement; de ce nombre sont le *traumatisme*, l'*inflammation*, les *parasites*.

1° *Hématuries lithiasiques*. — L'hématurie au cours de la *lithiase* est fréquemment observée. Le traumatisme interne et la congestion s'associent pour la déterminer. L'hématurie lithiasique est une hématurie *provoquée* par les mouvements. Les secousses mobilisent le corps étranger, et celui-ci provoque la lésion des vaisseaux de la muqueuse.

L'influence de la congestion n'est pas moins manifeste : il est des calculs qui font saigner par leur seule présence. Telle est l'origine des hématuries qui précèdent ou accompagnent la colique néphrétique.

2° *Hématuries de la tuberculose*. — L'hématurie s'observe à toutes les phases de la tuberculose vésicale ou rénale. Chacun connaît ces hématuries du début de la tuberculose vésicale, qui ont été justement comparées aux hémoptysies prétuberculeuses (Guyon). Dues à l'association de la congestion et de l'inflammation spécifique, il est rare qu'elles se prolongent.

Plus abondantes et aussi plus durables sont les hématuries qui traduisent la tuberculose rénale, et plus particulièrement les formes primitives de cette localisation. Dans quelques cas, c'est le seul symptôme (Tuffier). Quand l'hématurie est associée à la tuméfaction du rein (Ricard), ou, lorsqu'il y a des bacilles dans l'urine (Pousson), le diagnostic est possible ; dans les autres cas, on voit de quelles incertitudes le diagnostic est entouré.

3° *Hématuries néoplasiques*. — Les néoplasmes du rein sont, au même titre que ceux de la vessie, la source de grandes hématuries : en général, les hématuries sont ici plus tardives, moins précoces, elles suivent l'apparition de la tumeur plutôt qu'elles ne la précèdent; mais ici comme là, elles peuvent être abondantes, au point de mettre en danger les jours du malade.

4° *Hématuries de la rétention*. — Les expériences de Guyon et d'Albarran ont clairement mis en relief ce rôle de la congestion dans ces circonstances : dès le début, les arborisations vasculaires se dessinent à la surface de la muqueuse, bientôt apparaissent des taches ecchymotiques, la desquamation épithéliale et l'extravasation sanguine viennent ensuite, et le sang se mêle à l'urine. De là ces hématuries des prostatiques liées souvent à la rétention et disparaissant sous l'influence d'une évacuation régulière de la vessie.

5° *Hématuries traumatiques*. — Parmi les traumatismes, il faut faire une place à part à la *contusion du rein*. Les contusions du rein sont plus fréquentes que les plaies, et une contusion même très minime peut amener des hématuries interminables. Nous supposons qu'il se produit, dans ces cas, une sclérose des points contaminés susceptible de déterminer des hématuries intenses. Il est probable, enfin, qu'il faut encore invoquer ici la congestion.

6° *Hématuries des néphrites*. — Au même titre que la congestion, l'inflammation est un facteur d'hématurie, et du côté de la vessie ainsi que du côté du rein on retrouve des hématuries qui ont leur source dans l'inflammation seule ou associée à la congestion. L'inflammation produit des hématuries de forme et d'abondance variables. En général, elles s'associent à d'autres symptômes, tels que la pollakiurie, la douleur pendant les mictions, la pyurie. Il est donc assez rare que l'hématurie liée à la cystite soit difficile à diagnostiquer.

7° *Hématuries parasitaires* (*endémiques des pays chauds*). — Dans les pays chauds, dans les régions tropicales, l'hématurie existe à l'état endémique : elle se montre de préférence chez les jeunes sujets. Les parasites auxquels on l'attribue sont la bilharzia hematobia, la filaria sanguinis hominis et le strongle géant. L'hématurie est, en général, associée à la *chylurie*, les urines chyleuses alternent avec les urines sanglantes. Par le repos, l'urine dans le vase montre trois couches : au fond le sang, au milieu l'urine plus ou moins claire, à la surface la matière grasse.

L'hématurie endémique présente des allures intermit-

tentes, elle peut durer longtemps sans altérer profondément la santé.

Telles sont les causes principales des hématuries liées à une altération manifeste de l'appareil urinaire et surtout du rein. Qu'il s'agisse du traumatisme (calcul), d'une inflammation (néphrite) ou d'un néoplasme, il est un facteur qui, dans la physiologie pathologique de l'hématurie, intervient à chaque pas, c'est la *congestion*. La congestion joue, dans la pathologie urinaire, un rôle de premier ordre. M. Guyon a maintes fois insisté sur ce point. C'est elle qui, en matière d'hématurie, détermine souvent l'apparition du symptôme; c'est elle qui dénature la relation entre une lésion donnée et l'hématurie qui la traduit : c'est elle, en somme, qui modifie les allures cliniques du symptôme et trouble le praticien par un paradoxe déconcertant.

Mais cette congestion ne peut-elle, à elle seule, causer l'hématurie? Ne peut-elle, en tout cas, par son adjonction à une cause minime, expliquer certaines hématuries, que l'on serait tenté de qualifier d'essentielles, si nous n'avions déjà sous les yeux des faits bien établis où une hématurie abondante relevait d'une cause connue, mais de minime importance?

II. Hématuries essentielles

Après avoir passé en revue les grandes causes des hématuries symptomatiques, nous sommes préparés à l'étude des hématuries essentielles.

On désigne sous ce terme des hématuries qui, apparemment, ne relèvent d'aucune des causes précitées. Leurs caractères cliniques n'offrent rien de particulier. Elles sont le plus souvent abondantes jusqu'à l'anémie et rebelles à tous les traitements employés.

Que sont, en réalité, ces hématuries essentielles?

En pathologie, tout phénomène a une cause ; et de ce que l'on ne trouve pas cette cause, il ne s'ensuit pas qu'elle fasse défaut.

L'hématurie, quand elle se produit, doit avoir quelque part sa raison d'être. Si on ne la trouve pas, c'est qu'on peut ignorer encore que telle altération insignifiante, en apparence, est capable de produire l'hématurie, alors que la pluralité d'observations identiques, leur rapprochement par analogie, permet à des observateurs mieux documentés de tirer des conclusions positives.

Lorsque l'on aborde la discussion des hématuries essentielles, on se trouve en présence de deux catégories de faits : les observations purement cliniques et les observations à la fois cliniques et anatomiques. Les premières sont après tout incomplètes, il y manque le contrôle anatomique. Voilà pourquoi les faits à la fois cliniques et anatomiques revêtent, au point de vue de la discussion, une importance de premier ordre.

De l'analyse de ces observations, il ressortira cette constatation, *c'est qu'à l'origine de ces hématuries dites essentielles, il y a presque toujours une lésion méconnue* ou jusqu'alors *inconnue*. Quelques rares observations seules font exception à cette règle; et pour celles-ci la discussion reste ouverte.

Pour la facilité de la discussion, nous classerons en trois groupes les hématuries dites essentielles :

1° *Les observations purement cliniques ;*

2° *Les observations anatomiques avec lésions ;*

3° *Les observations anatomiques sans lésions.*

[Les auteurs passent alors en revue ces observations que nous analysons brièvement.]

1° Observations purement cliniques (sans vérification anatomique). — Il s'ensuit que la plupart de ces faits sont passibles de plusieurs interprétations, et aucun d'eux ne peut servir à appuyer la doctrine de l'hématurie essentielle.

2° Observations anatomiques avec lésions. — Elles se présentent de façon tout autre. Il y a eu un contrôle et *dans toutes on a constaté des lésions*. On peut classer en cinq groupes les hématuries de cette catégorie ; ce sont : 1° *des hématuries par lithiase ;* 2° *des hématuries par tuberculose ;* 3° *des hématuries par sclérose ;* 4° *des hématuries par rein mobile ;* 5° *des hématuries de la grossesse*. Dans toutes, il y avait lésion, et le qualificatif d'essentiel attribué à l'hématurie, cachait une erreur ou méconnaissait une cause d'hématurie.

3° Observations anatomiques sans lésions. — La liste des observations d'hématurie essentielle n'est pas épuisée par la sélection qui précède. Et nous restons en présence des observations d'hématurie pour lesquelles *la constatation anatomique a été faite et est restée négative*. Elles sont peu nombreuses, il est vrai, le travail de révision auquel nous nous sommes livrés les a réduites à cinq (Schede, Klemperer, Broca, Loumeau, Debesarques). Ce sont les seules qui, pour le moment au moins, restent à l'actif des hématuries essentielles. On a cherché à les expliquer par l'hémophilie et par l'influence du système nerveux. Ce seraient des hématuries *hémophiliques* dans un cas, *angionévrotiques* dans l'autre ; et s'il en était ainsi, elles mériteraient très réellement d'être qualifiées d'essentielles.

Après avoir examiné ces deux hypothèses, les auteurs sont amenés à démontrer que ni l'une ni l'autre ne nous donnent une solution satisfaisante.

Conclusions. — Après avoir analysé les observations d'hématuries, dites essentielles, nous avons été conduits à constater que, dans tous les cas ou presque tous les cas qui ont été complètement étudiés et suivis du contrôle anatomique, il est fait mention d'altérations anatomiques du rein. Le raisonnement et l'observation permettent d'affirmer que ces altérations étaient la cause de l'hématurie, et, par conséquent, il ne pouvait être question, dans presque aucun de ces cas, d'hématurie essentielle.

Nous basant sur ces faits anatomiques, nous nous croyons autorisés à dire : *Il n'y a pas d'hématurie essentielle*. Toutes les hématuries sont symptomatiques, et relèvent d'une cause générale (toxique ou infectieuse) ou d'une affection locale.

Quelques faits semblent échapper à cette interprétation : nous laissons aux recherches ultérieures cliniques, anatomiques et expérimentales, le soin de définir la part qui revient aux altérations du sang ou de l'influence du système nerveux dans leur pathogénie.

Diagnostic. — Le caractère dominant des hématuries essentielles est de n'affecter aucune des modalités qui sont habituelles à l'hématurie des calculeux, des néoplasiques ou même des tuberculeux.

Abondantes et continues, elles ne sont pas influencées par le repos ni par le mouvement : totales presque toujours, elles apparaissent au premier abord comme des hématuries rénales, mais la recherche des autres symptômes reste négative : l'examen n'a fourni souvent lui-même aucune constatation positive, et on comprend qu'avant l'opération, le diagnostic ait été souvent erroné, et que même après l'opération et la vérification de l'intégrité apparente de l'organe, on ait cru à une hématurie essentielle.

Nous devons nous demander si, pénétré de la doctrine de l'hématurie toujours symptomatique, il n'est pas possible de pousser plus loin le diagnostic causal de ces hématuries. Nous devons signaler jusqu'aux moindres indices, qui permettront à l'avenir de soupçonner, sinon de définir leur véritable nature.

Pour trancher cette question, nous n'avons pas à redire les caractères désormais classiques ou les associations habituelles de l'hématurie des lithiasiques, des néoplasiques ou des tuberculeux. Nous supposons au contraire une hématurie qui ne présente aucun de ces caractères, une hématurie qui ne s'accompagne d'aucune modification appréciable du côté du rein malgré une longue durée, et nous devons nous demander s'il est possible de reconnaître sa cause et quels sont les indices qui mettront sur la voie.

Le doute existe d'abord sur l'origine même de l'hématurie : les longs caillots moulés de l'uretère ne sont pas toujours rencontrés, le caractère total de l'hématurie n'est pas par lui-même assez démonstratif. Le *cystoscope* se présente donc comme le premier moyen de déterminer l'origine de l'hématurie.

Le cystoscope a pour but de préciser deux choses : d'abord l'intégrité de la vessie et ensuite l'origine rénale de l'hématurie. L'intégrité de la vessie est en général facile à déterminer : cependant il faut savoir que de petits néoplasmes de la vessie déterminent parfois des hématuries considérables, l'erreur de diagnostic sera donc évitée par un examen minutieux. Et si l'inspection de la vessie est négative, il faudra absolument chercher à voir le saignement uretéral pour définir l'origine rénale de l'hématurie.

C'est là une exploration nécessaire, et faute de l'avoir faite, plusieurs chirurgiens ont été couduits à ouvrir la vessie, alors que le rein seul était en cause, ce qu'ils n'auraient pas fait s'ils avaient vu au cystoscope le saignement uretéral.

Grâce au cystoscope, on verra dans les périodes hématuriques le sang sourdre d'un des uretères, et cette première question : d'où vient l'hématurie? sera ainsi tranchée et d'une manière absolument positive.

Mais ce n'est pas tout ; il reste encore à définir si possible la raison de l'hémorragie ; la palpation ne donne rien qu'un rein un peu sensible ou très légèrement augmenté de volume. La durée de l'hématurie éloigne l'idée d'un néoplasme ; sa continuité, l'absence des douleurs ne permettent pas de penser à un calcul. S'agit-il d'une tuberculose primitive, d'une néphrite unilatérale ou d'une autre de ces causes que nous avons indiquées ?

Solution délicate, contre laquelle se heurteront souvent les meilleurs cliniciens ; voyons cependant s'il est des moyens de la trouver.

Le *rein mobile* se reconnaît encore aisément, mais il ne faudrait pas trop se presser d'accuser le rein mobile de l'hématurie, car un rein mobile peut être le siège d'une autre altération, indépendante de la mobilité.

De même pour les *hématuries de la grossesse*, avant de les admettre, il convient de s'assurer qu'il n'existe pas une autre cause d'hématurie et notamment pas de néphrite.

On pensera à la *tuberculose* si le sujet est déjà tuberculeux, s'il offre une hérédité tuberculeuse très chargée. Les bacilles seront cherchés dans le dépôt, et on complétera même par des inoculations cette exploration si elle est négative.

Le diagnostic des *hématuries hémophiliques* ne sera accepté que si le sujet a déjà présenté ou présente actuellement d'autres hémorragies abondantes, si en même temps il s'agit d'un individu jeune, et si l'on trouve l'hémophilie chez ses ascendants ou chez ses collatéraux, et si, bien entendu, aucune autre cause locale ne peut être indiquée pour expliquer cette hématurie.

Mais la cause de beaucoup la plus fréquente de ces hématuries pseudo-essentielles, c'est la *néphrite chronique*, la *sclérose rénale*. C'est elle que nous devrons surtout soupçonner, et, pour la déceler, tous les moyens seront mis en œuvre.

Cette néphrite hématurique se voit plus souvent chez la femme que chez l'homme ; elle se voit surtout de vingt-trois à trente ans.

Le plus souvent, l'hématurie est le premier symptôme de la néphrite : elle apparaît spontanément, sans prodrome, et dure des mois, quelquefois même des années. Continue dans quelques cas, l'hématurie a procédé d'autres fois par poussées, séparées par des intermittences très nettes.

Dans quelques observations, il est fait mention de douleurs rénales ou plutôt réno-uretérales avec prolongement sur le trajet de l'uretère comme dans la colique néphrétique ; ces douleurs sont souvent en rapport avec l'expulsion des longs caillots moulés sur l'uretère.

Le rein lui-même a été parfois sensible à la pression, mais, dans un cas de Potherat, c'est le rein le moins malade qui était le plus douloureux.

Dans ces conditions, l'analyse de l'urine doit avoir une grande valeur. Les modifications quantitatives seront recherchées avec soin : on note, en général, de la polyurie, plus rarement de l'oligurie. La recherche de l'albumine après filtration de l'urine devra être minutieusement effectuée : on attachera de l'importance aux moindres quantités d'albumine, car celle-ci est notée dans la plupart des observations. De même pour l'analyse microscopique, on recherchera ces cylindres hyalins qui indiquent l'altération du parenchyme rénal.

Enfin l'étude de la perméabilité rénale, suivant la méthode de Achard et Castaigne, fournira également de précieuses indications.

Dans la plupart des cas, on devra s'aider du cathétérisme de l'uretère pour étudier la sécrétion d'un seul rein et connaître par comparaison la valeur fonctionnelle du congénère.

Cette exploration du rein opposé comporte, au point de vue du pronostic et du traitement, une importance capitale qu'il est à peine besoin de souligner.

Grâce à ces indications, il sera possible, croyons-nous, de reculer un peu plus loin les limites du diagnostic séméiologique de l'hématurie ; il sera possible de supposer, sinon toujours d'affirmer, l'existence d'une néphrite hématurique uni ou bilatérale. Et pour confirmer ces suppositions, il restera en dernier ressort la ressource de l'incision exploratrice, d'autant plus légitime qu'elle se présente comme le premier temps du traitement de ces hématuries graves, toujours rebelles aux moyens purement médicaux.

Pronostic. — Le pronostic des hématuries pseudo-essentielles relève de deux facteurs, de l'abondance et de la continuité de l'hématurie et aussi de la cause qui la détermine.

Parfois l'hématurie est trop minime ou se répète trop rarement pour constituer un véritable danger, elle n'est qu'un épisode dans le cours d'une maladie, dont la nature commande et règle ce pronostic.

Mais d'autres fois, elle est tellement abondante, qu'elle constitue par elle-même un danger. Alors qu'elle n'est pas très abondante, sa continuité est une cause d'anémie et de déperdition des forces. La malade de Demons avait des syncopes à chaque pas; la malade de Potherat ne pouvait quitter le lit. Dès lors l'importance de l'hématurie prime celle de la maladie causale, l'hématurie constitue par elle-même un danger, elle mérite d'être traitée pour elle-même.

Traitement. — Le traitement doit être avant tout causal : mais nous avons ici surtout en vue le traitement du symptôme hématurie, dans les cas où son abondance ou sa persistance constitue le véritable danger.

Ce traitement est *médical* ou *chirurgical* : le premier n'a pas grande valeur à nos yeux, car les hématuries que nous avons en vue sont précisément celles qui résistent longtemps au traitement médical.

Le malade sera d'abord mis au repos, suivra un régime sévère, le régime lacté par exemple. On emploiera avec Guyon les hémostatiques et les reconstituants. Guyon conseille surtout la térébenthine et les remèdes qui en contiennent, comme l'eau de Léchelle, par exemple. Il emploie le perchlorure de fer, mais plutôt comme reconstituant que comme hémostatique. On pourrait sans doute essayer aussi certaines préparations, qui réussissent dans les métrorragies, comme les préparations d'Hamamelis virginica ou d'Hydrastis canadensis.

Malheureusement, il arrive parfois que ce traitement médical ne donne aucun résultat, et que l'on se trouve dans l'alternative de voir succomber le malade ou de tenter une *intervention chirurgicale*.

C'est probablement Schede qui fit la première *néphrectomie* destinée à combattre une hématurie mettant en danger les jours de son malade. Sonnenburg, l'année suivante (1890), enlevait le rein d'un malade de Senator considéré comme hémophilique. Ces deux opérés guérirent. Sabatier, il est vrai, quelques années auparavant (1886) avait pratiqué déjà la néphrectomie pour une néphralgie hématurique. Depuis lors la néphrectomie a été pratiquée par Pousson, Routier, Nimier, Albarran, Potherat, Reynier, etc.

La *néphrotomie* a été faite avec succès pour des hématuries rebelles par Abbe, par Israël, Debaisieux, Reynier, Loumeau et la *pyélotomie* par Lauenstein.

Dans quelques cas même on s'est contenté de mettre le rein à nu, de l'explorer sans l'ouvrir (Broca) et le résultat a été parfait.

La *néphropexie*, avec ou sans néphrotomie préalable, a été faite par Albarran et par Israël.

Enfin dans quelques cas même, la *cystotomie* a été faite pour vérifier l'origine de l'hématurie ou pour permettre le cathétérisme de l'uretère.

Nous laissons complètement de côté cette cystotomie exploratrice : cette intervention ne fut pratiquée que pour les fins d'un diagnostic difficile. Actuellement la cystoscopie, aidée ou non du cathérisme de l'uretère, constitue un moyen sûr de faire ce diagnostic de localisation, qui est le premier à établir quand on se trouve en présence d'une grande hématurie.

[Après avoir examiné ces différents procédés au point de vue de leur valeur opératoire et de leurs résultats, les auteurs entrent dans le domaine de la pratique où les difficultés se présentent avec une complexité si grande.]

En présence d'une hématurie pseudo-essentielle, que faut-il faire?

Tout dépend de la cause : or, la cause est inconnue. Il convient donc de demander à l'*incision exploratrice* de compléter un diagnostic imparfait. Et en présence de toute hématurie rénale, abondante et rebelle aux moyens habituels, l'exploration du rein nous semble toujours indiquée.

Ce n'est qu'au cours de cette incision, qu'on se décidera pour la néphrotomie ou la néphrectomie. On peut être conduit à l'ablation du rein, non seulement par les lésions qu'on y constate, mais encore par un accident opératoire, toujours une hémorragie abondante par exemple : la néphrectomie représente donc toujours le terme *possible* de l'acte opératoire qui commence à l'incision exploratrice, et c'est une raison pour ne jamais commencer cette opération sans avoir établi par l'examen de l'autre rein les responsabilités à encourir.

Le rein est mis à nu par l'incision lombaire : il est décortiqué et attiré dans la plaie.

On explore sa surface, on note ses adhérences, sa mobilité. S'il est mobile, s'il paraît sain à sa surface, on peut se contenter de le fixer sans l'ouvrir : ce serait cependant une garantie de faire la néphrotomie exploratrice avant la néphropexie.

Une fois le rein ouvert, il faut redoubler d'attention pour ne pas laisser passer une tuberculose miliaire au début. Albarran conseille, pour bien voir la petite tache translucide du tubercule cru, de comprimer le pédicule du rein et d'essuyer délicatement avec le doigt ou avec le dos du bistouri la surface de section.

Si l'on trouve le rein tuberculeux, si l'exploration révèle un petit néoplasme, il faut l'enlever immédiatement.

Mais en dehors de ces circonstances, nous pensons qu'il faut s'en tenir exclusivement à la néphrotomie. Si, après l'incision du rein, on ne remarque rien d'anormal à la surface de la coupe, si on ne sent rien d'anormal dans le bassinet, nous laisserions volontiers le rein en suturant son parenchyme comme d'habitude, et soupçonnant une néphrite, nous terminerions là l'opération sans aller plus loin. Sans doute, en procédant ainsi, dans un cas Routier n'aurait pas vu cette ulcération tuberculeuse d'une papille, qui saignait par un de ses vaisseaux. Mais par contre, d'autres ont guéri, par la seule incision, des hématuries qui n'auraient pas mieux cessé par la néphrectomie.

La néphrectomie secondaire ne reste-t-elle pas d'ailleurs comme le terme ultime de notre intervention contre une hématurie qui aurait résisté au traitement chirurgical conservateur?

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XIIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1899 (*suite*)]

Après le remarquable discours d'ouverture prononcé par M. le président Poncet, et que nous avons déjà donné dans notre dernier numéro, la parole est donnée à M. Ricard pour la lecture de son rapport sur la première question inscrite au programme : « De l'hystérectomie abdominale totale » (voir *Gazette des hôpitaux*, n° 117). Nombre d'orateurs ont ensuite pris la parole, mais à vrai dire, il n'y a pas eu de discussion réelle. Chaque orateur a tenu surtout à apporter les résultats de sa pratique personnelle. C'est donc une série de statistiques que nous livrons à nos lecteurs.

DISCUSSION DE LA PREMIÈRE QUESTION

M. TERRIER. En 1896, 1897, 1898, aux congrès précédents, j'ai communiqué ma statistique personnelle. Ces trois années me donnent pour l'hystérectomie abdominale une mortalité totale de 13,33 p. 100. Depuis lors j'ai pratiqué 59 interventions qui ne m'ont donné que 8,47 p. 100 de mortalité.

Je pratique, suivant les cas, l'hystérectomie totale ou sub-totale et je pense que cette dernière opération est nettement la plus bénigne, car sur 99 supra-vaginales j'ai 8 morts, et le même nombre d'insuccès sur 35 totales seulement. D'ailleurs le mode opératoire n'est pas tout dans dans l'appréciation de ces résultats, il faut tenir compte d'autres facteurs : complications, infection, etc.

Quant aux différents buts que j'ai poursuivis en faisant l'hystérectomie et aux résultats obtenus, ils se répartissent de la façon suivante :

Pour fibromes utérins sans complications, 77 opérations dont 12 totales qui ont donné 70 guérisons.

Pour fibromes compliqués d'adhérences, d'annexites, etc., j'ai 11 cas et 10 succès.

Pour cancer, 15 hystérectomies totales et 12 guérisons.

Presque toujours, j'ai trouvé le vagin envahi, mais cette complication n'a pas augmenté la mortalité opératoire. A la suite de ces interventions complètes, j'ai observé 2 fistules qui ne leur semblent pas imputables.

Quant aux résultats ultérieurs, je tiens à répéter qu'ils sont déplorables. Sur 12 cas on trouve 2 morts immédiates, 5 décès après récidives, 2 malades revues avec des indurations suspectes, et 3 disparues. L'hystérectomie dans ces conditions s'est comportée comme une opération palliative.

Dans 17 cas de salpingites suppurées, j'ai pratiqué 17 hystérectomies (16 sus-vaginale, 1 totale) avec 3 insuccès. La même opération est utilisée systématiquement par M. Hartmann dans toutes les salpingectomies avec grands décollements.

Restent 15 cas divers (grossesses extra-utérines, rétroversions adhérentes avec métrites, métrorragies, etc...) qui m'ont donné 14 succès.

Ma technique est restée la suivante :

Hémostase rapide de chaque ligament large avec une ou deux des grandes pinces que j'ai fait construire, taille des lambeaux péritonéaux, saisie des utérines, extirpation de l'utérus totale ou sub-totale, ligature, et je rappelle ici que je fais une ligature spéciale pour le ligament rond. Enfin fermeture du vagin toutes les fois que je le peux ; dans les cas où cela est impossible, je draine toujours par le vagin.

M. QUÉNU. J'ai recouru systématiquement à la voie abdominale en employant la technique de Terrier. Je fais volontiers l'hystérectomie sub-totale en commençant par la section pédiculaire gauche, en passant à travers le col, l'évidant et le fermant à l'aide d'un surjet au fil fin d'Alsace.

Pour l'hystérectomie totale je n'ai aucun point de technique qui me soit spécial, enfin dans les cas typiques, je pense qu'il y a deux temps opératoires indispensables à bien séparer : la libération de la tumeur et la réfection du petit bassin.

Pour fibromes, depuis quatre ans, j'ai fait 114 opérations, dont 38 vaginales et 76 abdominales, qui m'ont donné 1,75 p. 100 d'insuccès.

Pour salpingites volumineuses, pour déviations utérines avec annexites, pour des suppurations pelviennes, j'ai fait un certain nombre de fois l'hystérectomie abdominale. Je choisis autant que possible la supra-vaginale, en fermant le vagin toutes les fois que l'opération le permet. Dans ces cas complexes, je prends la précaution de drainer. Comme résultat, j'ai eu pour ces hystérectomies complémentaires sur 24 opérations, 1 mort.

M. BOUILLY. Je considère la supra-vaginale comme une opération de choix pour les mêmes raisons que les orateurs précédents.

Jusqu'en 1898, j'ai pratiqué soit l'hystérectomie vaginale, soit l'abdominale avec pédicule perdu.

Depuis 1898, j'ai changé ma technique, je me suis mis à faire l'hystérectomie supra-vaginale et j'estime qu'il n'y a pas de cas où cette opération ne suffise. Je suis la technique de Terrier, en insistant sur la réfection du péritoine et en drainant toutes les fois que cela est nécessaire.

J'ai 27 cas de fibromes ainsi traités, ils étaient tous volumineux, car pour les petits et les moyens je suis resté vaginal. Ces cas m'ont donné 25 guérisons et 2 morts par septicémie.

M. RICHELOT. Pour le cancer, je suis partisan de la voie basse. Plus tard, quand la voie abdominale aura fait ses preuves, peut-être changerai-je d'opinion. Je proteste contre l'assimilation que l'on a voulu faire entre l'hystérectomie vaginale et l'amputation sus-vaginale du col. La première a la prétention d'être curative et elle l'est effectivement dans un certain nombre de cas.

La gravité de l'opération vaginale est infime, et l'on a cité à plaisir des statistiques trop défavorables. Quant à l'efficacité, elle est réelle, et j'ai des malades qui sont vivantes depuis douze ans et demi, dix ans, huit ans, six ans, en sorte que je peux dire avoir rendu service à 17 malades sur 95.

Examinons maintenant la voie haute. Sa gravité est considérable encore, mais je concède qu'elle diminuera avec les progrès de la technique. Quant à l'efficacité, elle est discutable. En effet, les faits cliniques ne suivent pas la logique; il y a des cas où de bons résultats ont été obtenus sans recherche des ganglions, ce qui prouve qu'ils ne sont pas toujours pris. Dans les cas où ces ganglions existent on laisse les lymphatiques et, dès lors, cette poursuite de l'infection n'est qu'une illusion.

En réalité, il faut, non poursuivre l'envahissement, mais le prévenir. Si cet envahissement a eu lieu, il est quelquefois permis d'agrandir le champ d'action en allant par la voie abdominale, mais je rappelle que cette opération, tentée plusieurs fois par moi, m'a donné de très médiocres résultats.

Pour conclure, je répéterai que la vaginale a une mortalité presque nulle et donne 10 p. 100 de guérisons ; que l'abdominale peut être tentée dans quelques rares cas, que cette dernière opération a une mortalité plus élevée, que le mieux est d'intervenir d'une façon précoce, et qu'il faut savoir se borner en ne poursuivant pas indéfiniment cette anarchie cellulaire qu'est le cancer.

M. BŒCKEL (de Strasbourg). Je pense que, pour les fibromes, il faut intervenir toutes les fois qu'on le peut, car j'ai observé un grand nombre de complications inattendues qui m'ont fait regretter des abstentions antérieures. Depuis plusieurs années, je fais l'hystérectomie totale, même pour les moyens fibromes.

Ma technique est celle de Doyen, et mes interventions

durent de vingt à vingt-cinq minutes. Contrairement à Doyen, je fais la saisie préventive des utérines. Je draine par le vagin, en en faisant l'occlusion incomplète. Sur 50 totales, j'ai eu 6 morts.

Les complications opératoires que j'ai pu observer sont : un cas de rupture secondaire de la vessie, puis des lésions primitives du même réservoir, du rectum et de l'uretère.

Je me suis bien trouvé, dans des cas d'infection, d'utiliser de grandes injections de sérum, et le lavage de l'estomac contre les vomissements incoercibles.

Mes malades se lèvent au bout de quinze à vingt jours.

En résumé, je n'opère par le vagin que les petits fibromes ; pour tout le reste, je fais l'opération abdominale en suivant une technique dérivée de celle de Doyen, mais en saisissant préventivement les utérines.

M. GROSS (de Nancy). J'ai fait 82 fois l'hystérectomie abdominale ; je suis éclectique pour le choix des procédés. Je ferme le péritoine en faisant le drainage pelvi-vaginal. Pour fibrome, j'ai pratiqué 45 fois cette opération dans des formes extra-ligamentaires, sans complications, j'ai eu 3 morts. Dans 12 cas extra-ligamentaires avec complications, je compte 3 insuccès. Enfin, pour mes 8 premiers fibromes intra-ligamentaires, j'ai eu 4 décès. Ma mortalité totale a été de 15 p. 100.

J'ai eu l'occasion d'opérer plusieurs cas de sarcome.

Dans 5 opérations pour épithélioma faites par l'hystérectomie abdominale totale, j'ai eu 5 guérisons. Sur ces 5 cas, 2 malades sont disparues, 2 autres ont des récidives, enfin une malade n'a pas eu encore de récidive depuis 16 mois.

M. JACOBS (de Bruxelles). Il ne suffit pas d'enlever, il faut réparer, et les perfectionnements de l'avenir sont dans la réfection du petit bassin. Je me suis toujours attaché à faire une autoplastie pelvienne complète, en enfouissant mes moignons vasculaires et les surfaces cruentées, et en fermant le vagin. J'ai eu une série de 100 cas sans insuccès, et j'attribue ce résultat à ce point particulier de ma technique.

Je laisse volontiers un moignon du col qui sert de soutien à la réparation du pelvis, mais je ne pense pas que l'hystérectomie totale soit plus grave.

Pour fibromes, j'opère toujours par la voie haute.

Pour suppurations pelviennes, j'ai opéré 800 fois par en bas, 100 fois par en haut ; ma mortalité est la même, 2 et demi p. 100.

Pour prolapsus total, j'ai opéré plusieurs fois par la voie haute.

Enfin, pour le carcinome utérin, il n'y a plus qu'une voie, la haute, en sachant bien que la simple hystérectomie totale n'est pas plus curative que la vaginale, et qu'il faut pratiquer l'évidement du bassin en allant jusqu'au promontoire, jusqu'à la région lombaire, si cela est nécessaire.

M. ROUTIER. Au début j'ai pratiqué seulement l'hystérectomie abdominale pour fibrome, plus tard j'ai été amené à pratiquer la même opération pour pyosalpinx graves. L'excellence des résultats m'a surpris.

J'ai commencé par l'hystérectomie à pédicule externe. Sur 28 cas, j'ai eu 5 morts. Plus tard, j'employai une méthode mixte abdomino-vaginale, elle me donna 2 morts par hémorragie pour 6 opérées.

Pour l'hystérectomie abdominale totale, j'ai eu mon procédé d'exérèse basé sur l'ouverture préalable des culs-de-sac du vagin, et l'emploi de liens élastiques pour assurer l'hémostase des utérines. Par ce procédé, j'ai opéré 57 femmes, sur lesquelles 37 fibromes volumineux (je fais les moyens par le vagin) avec 7 morts, et 20 suppurations pelviennes avec 2 morts.

Quant aux procédés nouveaux, ils m'ont donné avec ligatures à la soie, sur 37 cas 9 morts ; et avec ligatures au catgut, sur 28 cas 2 morts.

Je fais la suture de la paroi en un seul plan. Je draine presque toujours par le vagin.

Mes 159 cas d'hystérectomie abdominale m'ont donné le même pourcentage de guérison que mes 385 cas d'hystérectomie vaginale. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur la perméabilité rénale dans la fièvre typhoïde. — MM. G. REYNAUD et D. OLMER, internes des hôpitaux de Marseille, publiant un certain nombre d'observations, arrivent aux déductions suivantes : 1° la perméabilité rénale au bleu de méthylène est souvent modifiée dans la fièvre typhoïde, surtout aux périodes d'état et de convalescence ; 2° ce trouble de l'élimination paraît indépendant de l'albuminurie ; certains sujets albuminuriques ont une élimination normale (8 sur 14) ; d'autres sujets sans albumine ont une élimination troublée (10 sur 30) ; 3° ces divergences dans les résultats indiquent bien que la perméabilité au bleu de méthylène est un fait particulier, d'une interprétation délicate, indiquant peut-être, selon M. Bard, l'état de l'épithélium spécifique.

Dans tous les cas cette épreuve mérite de prendre place à côté des autres signes urinaires (analyse quantitative, épreuve biologique ; recherche de la toxicité urinaire), pour compléter le syndrome urologique de la fièvre typhoïde. (*Bull. méd.*, 14 oct. 1899.)

Le cancer endémique. — Le docteur BEHLA a fait la statistique des cas de cancer survenus dans la ville de Luckau où il exerce depuis vingt-deux ans. Il a constaté que leur nombre était en progression dans cette ville, qu'ils se manifestaient surtout dans le faubourg de Kalou ; dans ce faubourg, Behla notait un cas de mort par cancer sur 9 décès, alors qu'en Prusse la proportion est de 1 sur 30 ou 50 ; de plus, il s'apercevait que quelques maisons étaient de véritables foyers de cancer, que le cancer s'attaquait de préférence aux habitants de certaines rues ou côtés de rues, que la plupart des maisons du faubourg étaient atteintes.

Ces particularités rendaient l'existence d'un agent infectieux bien probable. L'auteur l'a cherché parmi les parasites des plantes potagères dont se nourrissent de préférence les habitants de Luckau. Il songe, notamment, à une myxamibe, Plasmodiophora brassicæ, qui s'attaque aux racines du chou et y détermine la production d'une véritable tumeur ; cette maladie du chou sévit avec une fréquence toute particulière à Luckau.

Il était intéressant de rapprocher ces observations de Belha, des articles publiés récemment dans ce journal sur le même sujet, par MM. Chevalier et Carrière (1). [C. R. in *Centralbl. f. Inn. med.*, 1899, n° 27, p. 719.] P. VIOLLET.

CHIRURGIE

En quel point le rebord hépatique coupe-t-il, sur le vivant, le rebord costal gauche ? — MM. BRAQUEHAYE et WIEHN, à la suite de recherches sur le vivant, concluent que toutes les fois qu'on recherchera l'estomac au niveau du bord hépatique, si l'on a recours à l'incision classique de Labbé parallèle au rebord costal gauche, on devra inciser de la façon suivante :

---

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, n°s 60 et 82, p. 557 et 753

1° Pour un thorax moyen, le milieu de l'incision correspondra à la septième côte.

2° Pour un thorax large, l'extrémité inférieure de l'incision dépassera légèrement la septième côte.

3° Pour un thorax étroit, on commencera l'incision un peu au-dessus de la septième côte.

Chez la femme, ces indications sont exactes, à condition de prendre pour thorax moyen l'angle xiphoïdien de 55 à 60 degrés.

Chez l'enfant, jusqu'à quinze ans, on incisera comme s'il s'agissait d'un thorax étroit. (*Bull. de l'hôp. franç. de Tunis*, 1899, n° 8.)

Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale chez la femme, par M. Stecchi. — Encore un nouveau procédé de kélotomie! Nous le donnons à titre de document, et sans nous permettre de l'apprécier. L'auteur propose, après l'avoir employé avec succès, un nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale chez la femme. Il utilise le ligament rond pour fermer l'anneau crural, anormalement dilaté par le passage du sac herniaire et de son contenu.

Voici la description du procédé :

Incision de la peau et du tissu sous-cutané, parallèle à l'arcade crurale; isolement du sac jusqu'à son collet. Ouverture du canal inguinal; les tissus qui adhèrent au ligament de Poupart sont écartés : on passe une pince sous l'arcade, et ayant saisi le sac, on l'attire à soi, transformant ainsi la hernie crurale en hernie inguinale. Le sac lié, après en avoir réduit le contenu, on l'excise.

On va alors à la recherche du ligament rond, on l'isole, et on l'attire un peu, pour mettre à découvert sa partie moyenne, qui est sensiblement plus grosse que sa portion terminale. Le poussant ensuite sous l'arcade de Fallope, on le fait passer dans le canal crural; après quoi, on fixe, au moyen de points de suture, le ligament rond lui-même au ligament de Gimbernat et au pubis, en haut à l'arcade crurale, en bas à l'aponévrose de la crète pectinéale, et enfin, au tissu péri-vasculaire, situé en dehors du canal.

Ainsi, la portion du ligament rond suturée aux bords de l'annean crural ne risque pas de se nécroser, et grâce à son élasticité a l'avantage de pouvoir fermer entièrement le canal crural; il est nécessaire que les sutures ne compriment pas le cordon.

Avec quelques points de suture on ferme le canal inguinal, qui n'a plus sa raison d'être, et après avoir suturé l'aponévrose pectinée au pli falciforme, on réunit l'incision cutanée. (*Policlinico*, 1899, n° 8.) L. G.

Un cas de cancer latent du gros intestin. — M. Koudriachov rapporte une observation de cancer intestinal, qui présente quelques points intéressants au point de vue clinique.

L'affection a débuté brusquement par des symptômes bruyants d'une occlusion intestinale aiguë : douleurs abdominales, nausées et plus tard constipation et vomissements. Cependant les vomissements ne se sont montrés que seize jours après le début des accidents et ne devinrent fécaloïdes que trois jours plus tard; l'arrêt des gaz n'est survenu qu'avec les vomissements. La constipation était dès le début de ces troubles absolument rebelle à tous les purgatifs et aux lavements. L'état général du malade âgé de soixante-sept ans continuait à rester très satisfaisant et celui-ci ne gardait presque pas le lit. En raison de la localisation respective de la matité, du tympanisme et de l'apparition tardive des vomissements, on avait diagnostiqué une obstruction par coprostase dans le segment inférieur du gros intestin. Trois semaines après le début, l'état du malade s'aggrava et il succomba bientôt. A l'autopsie on trouva la partie inférieure de l'S iliaque rétrécie dans une étendue de 2 centimètres; à ce niveau siégeait une ulcération à fond vélamenteux, à bords très indurés et renversés; la lumière du canal y était complètement effacée. Il y avait en outre des lésions de péritonite fibrineuse. En somme, le malade a vécu avec un arrêt complet des matières et des gaz pendant vingt-sept jours; malgré cette imperméabilité intestinale, les vomissements ne se sont montrés qu'au seizième jour, et les vomissements fécaloïdes au dix-neuvième jour de l'obstruction. Malgré l'existence d'un cancer et d'une péritonite, le malade est resté debout presque jusqu'au dernier jour et son état général n'a pas laissé soupçonner la gravité de l'affection. (*Vratch*, 1899, n° 25.) S. Broïdo.

BACTÉRIOLOGIE

Présence du bacille diphtérique sur la muqueuse buccale des individus sains, par M. Kober. — Les recherches faites par M. Kober ont porté sur 128 individus qui s'étaient trouvés en contact avec des diphtériques et sur 600 qui n'avaient eu aucun rapport avec des malades de ce genre.

Dans les cas où fut trouvé le bacille de Löffler, le diagnostic fut confirmé : 1° par des cultures sur sérum avec examen microscopique; 2° par la double coloration de Neisser; 3° enfin par l'inoculation aux cobayes.

Les résultats obtenus par l'auteur montrent que l'on a beaucoup exagéré la fréquence de la présence de bacilles diphtériques chez les individus sains. On admet généralement que chez les personnes en contact avec des diphtériques le bacille existe dans 18,8 p. 100 des cas. Les recherches de Kober montrent seulement 8 p. 100. Pour ce qui regarde les personnes non exposées à la contagion, on affirme que le bacille se rencontre dans 7 p. 100, suivant l'auteur dans 2,5 p. 100 seulement. Une recherche minutieuse a montré que, sur 15 individus sains dans la bouche desquels se rencontrait le bacille, 10 avaient été directement ou indirectement en contact avec un foyer diphtérique, si bien qu'en réalité les bacilles se rencontrent chez 0,83 p. 100 des individus. Les bacilles rencontrés dans le premier cas, étaient tous virulents; cent au contraire, provenant de sujets qui ne s'étaient jamais exposés au contact d'un diphtérique, étaient pour la plupart dépourvus de virulence. (*Zeitsch. für Hygiène und Infections Krankheiten.*) L. G.

Recherche du bacille de Koch dans les fèces, par M. Rosemblatt. — L'auteur a obtenu d'excellents résultats, avec le procédé suivant, qui se recommande tout au moins par sa simplicité.

On fait prendre au malade, atteint de tuberculose intestinale, de la teinture d'opium, jusqu'à ce que les fèces aient atteint une consistance suffisante pour être bien formées; les scybales dures, en passant au niveau des ulcérations, emportent à leur surface les bacilles, qui au contraire dans les fèces diarrhéiques sont disséminés; en recherchant dans le muco-pus qui enrobe les fèces, on trouve ainsi sans difficulté les bacilles de Koch. (*Centralblatt f. Innere med.*, 1899, n° 29.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

L'huile dans le traitement de la peste. — Cette médidication n'est pas nouvelle : l'année dernière, le docteur Ramaswamy Nayndre rappelait, dans *The Indian Lancet*, que depuis longtemps l'empirisme avait démontré la sorte d'immunité dont semblaient jouir les fabricants et les marchands d'huile. Au siècle dernier les onctions d'huile chaude sur tout le corps ont été employées avec succès en Orient, et à diverses reprises, on a constaté depuis les bons effets de cette méthode.

Voici, d'après le *Bulletin médical*, le mode d'emploi recommandé par le Révérend Lewis (de Smyrne).

« Aussitôt qu'une personne est reconnue atteinte de la

peste, on l'enferme dans une chambre à issues bien fermées et on la place auprès d'un grand feu de bois. Armé d'une éponge trempée dans l'huile d'olive chaude, on frictionne énergiquement tout le corps, de façon à provoquer une transpiration profuse. Durant la friction, du sucre et des baies de genièvre sont brûlés dans le brasier, ce qui produit une fumée épaisse utile au traitement. La friction n'a pas besoin d'être continuée pendant plus de cinq minutes et une pinte d'huile est suffisante pour chaque opération. En général, la première friction est suivie d'une abondante transpiration. »

Cette opération doit être pratiquée dès le début de la maladie.

Les succès obtenus par l'emploi de l'huile à l'extérieur encouragèrent l'essai de l'huile à l'intérieur. On en fit prendre aux malades sous diverses formes. A l'île Maurice en particulier, les meilleurs résultats furent obtenus en donnant toutes les demi heures deux cuillerées à bouche d'une préparation contenant 7g50 de camphre dissout dans 28 grammes d'éther sulfurique et mélangés avec une livre d'huile d'olive.

D'après les nombreuses observations rapportées par notre confrère, il semble que l'huile d'olive ne soit pas indispensable. Toutes les huiles sont également bonnes.

Il est évidemment difficile de se prononcer sur la valeur réelle de cette médication, elle mérite cependant par sa simplicité d'attirer l'attention. F. R.

La photothérapie à l'acétylène, par M. le docteur G. Colleville. — Un certain nombre d'auteurs se sont occupés de la question du traitement des ulcères par les agents physiques : chaleur, lumière, ventilation, électricité.

M. Colleville, rappelant qu'il a préconisé le traitement par la lumière du gaz d'éclairage et par les rayons X dans les ulcères, propose aujourd'hui la photothérapie à l'acétylène qui lui a donné de bons résultats. Il enferme la flamme dans une espèce de lanterne en tôle noircie, analogue aux lanternes magiques, munie d'un réflecteur pour rendre les rayons parallèles et d'une lentille plan convexe, pour concentrer lesdits rayons sur une plaque lumineuse située pour cet instrument à 5 centimètres de la lentille. Pour exclure le plus de rayons calorifiques possible, il interpose entre le bec et la lentille une plaque de verre bleu violet. La plaie à cicatriser est exposée au foyer lumineux. Il est facile de vérifier avec un thermomètre qu'en ce point on ne ressent pas de chaleur.

Les séances sont absolument indolores. Il n'y a pas d'irritation au voisinage, peu de suintement et si l'on tient compte du bon marché du combustible, de son grand pouvoir lumineux et surtout de l'absence de réaction douloureuse pendant la cure, on voit que l'expérience est facile à répéter. (*Gaz. hebd.*, n° 80, 1899.) F. R.

Le bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie. — M. Haslé vient d'exposer, dans sa thèse, les résultats obtenus par l'emploi du bromure de camphre dans le service des enfants épileptiques de M. Bourneville à Bicêtre.

Il a constaté que le bromure de camphre possède une action sédative évidente sur les fonctions circulatoires, respiratoires et en particulier sur le système nerveux.

Le camphre monobromé s'élimine par l'urine; le brome à l'état de bromure de sodium, et le camphre sous la forme de produits dérivés résultant d'oxydations produites dans l'organisme.

Dans le traitement de l'épilepsie, le camphre monobromé a une action douteuse sur les accès épileptiques. Le camphre monobromé possède une action favorable sur les vertiges épileptiques. Il en diminue le nombre et les fait souvent disparaître complètement. Le camphre monobromé sera donc prescrit avec avantage seul, dans le traitement de l'épilepsie vertigineuse, ou associé à l'élixir polybromuré (formule d'Yvon) quand des accès nombreux accompagnent les vertiges. (Th. de Paris, 1899.)

Le sérum antivenimeux de Calmette dans les piqûres de la vive. — La vive est un trachinide (acanthopterygiens percoïdes). Le genre comprend quatre espèces :

1° La petite vive ou toquet, 2° la grande vive dans la Manche et l'Océan, 3° la vive à tête rayonnée, 4° la vive-araignée, toutes deux dans la Méditerranée.

Cette dernière est un poisson comestible, à corps allongé, couvert d'écailles bleuâtres, et armé de deux sortes d'appareils venimeux, l'un en avant de la nageoire dorsale constitué par quatre aiguillons, l'autre près de l'opercule, en forme d'épine. Son poison tue rapidement les poissons et les rats. tue plus lentement la grenouille, et chez l'homme produit une mortification presque instantanée des tissus au siège de la blessure et des accidents nerveux, bruyants accès analogues au tarentulisme, avec mouvements à grande amplitude des membres supérieurs.

MM. de Bassompierre et Schneider, médecins militaires, ayant eu à donner leurs soins à un officier piqué pendant un bain de mer par une vive-araignée, obtinrent une sédation rapide des phénomènes nerveux, puis la guérison, après une injection de 20 centimètres cubes de sérum antivenimeux de Calmette.

Si l'on se rappelle que cette envenimation par la vive peut donner lieu dans certains cas à une paralysie de longue durée pouvant s'accompagner de contractures, on trouvera très justifiée l'indication du sérum de Calmette dans ce cas, son emploi étant d'ailleurs exempt de tout inconvénient. (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, oct. 1899.) F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des prix de l'internat (médaille d'or). — Les jurys sont composés provisoirement de la façon suivante :

Médecine : MM. Debove, Besnier, Dreyfus-Brisac, Oulmont, Cruveilhier.

Chirurgie : MM. Routier, Chevalier, Gérard-Marchant, Bonnaire.

Concours de l'internat. — Le *jury d'anatomie* est composé de MM. Danlos, Troisier, Legueu, Poirier, Tissier. Les séances auront lieu les lundis, jeudis et samedis, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

La première séance de lecture (candidats militaires) a eu lieu aujourd'hui, mercredi 18 octobre, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

Le *jury de pathologie* est composé de MM. Claisse, Courtois-Suffit, Benjamin Anger, Mauclaire, Bouffe de Saint-Blaise.

Les séances auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

La première séance de lecture (candidats militaires) aura lieu jeudi, 19 octobre, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

L'épreuve orale pour les candidats militaires aura lieu le vendredi 20 octobre, à neuf heures du matin, à l'administration centrale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

La lecture des copies aura lieu dans l'ordre suivant :

Candidats militaires. — MM. Bourée, Faure, Beaulieu, Pillet, Savornin, Gibert, Duplay, Lévy (F.), Pedebidou, Périn (J.).

Candidats non militaires. — 1. MM. Dardeau, Wagon, Touchard, Bosc, Plantard, Trénaunay, Ribadeau-Dumas, Mary, Marclaud, Rodocanachi.

11. Lemonnier, Chevé, Sabaréanu, Méheut, Lacasse, Laborde, Leroux, Juquelier, Cattier, Tanon.

21. Garrigues, Le Couëdic, Vivier, Zacchiri, Juy, Goujon, Thaon, Taguet, Tissot, Hervoit.

31. Mlle Mangeret, MM. Stepinski, Mercadé, Royer, Quillon, Rostanié, Tabary, Latron, Osty, Sudaka.

41. Wicart, Monnier, Dobrovitch, Remoussenard, Bauer, Laffitte, Regnard, Pamard (Paul), Jouhaud, Léculier.

51. Reulos, Larré, Tisseire, Vacquerie, Sée, Dromard (René-G.), Grillot, Poupault, Deveux, Duclos.

61. Le Lorier, Digne, Dauzats, Lebhart, Rollin, Boudréaux, Fontanié, Levy-Albert, Roger Saint-Ange, Fessard.

71. Dreyfus-Rose, Lejeune, Bourguignon, Benoît, Billard, Ducot, Louste, Vassor, Guénot, Dommartin.

81. Cauchoix, Cholet, Beauvy, Theulet-Luzié, Berthier (Paul), Roger, (René-H.), Gillet, Lafoy, Robin, Detot.

91. Salmon, Bué, Javal, Bloch (M.), Jomier, Verbeck, Mlle Delporte, MM. Coudert (Raoul), d'Oëlnitz, Mauban.

101. Grosset, Jullien, Lavenant, Millon, Gros-Dévaud, Aubertin, François (R.), Calvé, Crouzan, Piquand.

111. Mlle Francillon, MM. Bouchot, Goulard, Devraigne, Israëls, Lecornu, Blairon, Guihal (Ét.), Mieulet, Foisy.

121. Kahn (G.), Mettey (Ph.), Dupuy (J.-Paul), Lebreton, Bordenave, Bigex, Menet, Raoult, Blavot, Phillipon.

131. Bricet, Dupuy (Aug.-Ch.), Pellagot, Boissier, Inglessi, Fumouze, Dill, Rolland (Ed.), André, Bouchet.

141. Lemaître (R.), Cresson, Berruyer, Daniel (C.), Dieu, Chaix, Friedel, Tassin, Brissy, Sourdille.

151. Deglos, Tansard, Petit (M.), Halgan, Poujade, Andrieu, Bornait-Legueule, Saison, Savignac, Blondin.

161. Verliac, Nau, Papillon, Mirande, Merlet, Mathieu (P.), Pécharmant, Cottu, Mesnil, Gasne.

171. Bourlot, Chômet, Le Gambier, Delaunay, Lemierre, Rabant (U.), Bonamy, Heller, Boisseau, Rabant (F.).

181. Beneteau, Bidel, Vinsonneau, Descamp, Leri, Carton, Boidin, Meret, Gaultier, Ambard.

191. Gimbal, Tremollières, Sebilleau, Bloch (Paul), Beaufumé, Hautefage, Cahen, Delage (J.), Glatard, Mezger.

201. Halberchstadt, Prunier, Bentz, Legrand, François (Henri), Lemaître (Georges), Matsoukis, Chastenet de Géry, Mahoudeau, Vaillant.

211. Weill (B.), Chevalier (Paul), Mallet, Legueu, Gauckler, Poupardin, Thomas, Ferry, Leh, Lhermitte.

221. Roy, Darré, Gotschalk, Brüder, Gennet, Darcanne, Ayrignac, Froin, Compain, Laurens.

231. Barnsby, Da Silva, Bony, Boileau, Baumgartner, Cathala, Cisternes, de Closmesnil, Crépin, Barcat.

241. Algret, Bouffier, Barbin, Pied, Camus (Paul), Ambrosi, Philibert, François-Daimville, Loin, Guillemet.

251. Aribat, Rabier, Lobligeois, Mahau, Bloch (Édmond), Guihal (Paul), Aubourg, Horteloup, Brocard, Denucé.

261. Roque, Perpère, Brelet, Denis, Fouquet (Ch.), Leenhardt, Vitry, Baudoin (H.-E.), Le Play, Beaujard.

271. Cornélius, Cointepas, Guillaume (Louis), Courtellemont, Mircouche, Napieralsky, Duc-Dodon, Dionis du Séjour, Jamet (Julien), Morel.

281. Claude (G.), Genevrier, Thiollier, Gernez, Georget, Nathan, Martin, Gardner, Housselot, Marsoo.

291. Liné, Petit (Henri-L.), Roussy, Moreau, Jarvis, Levassort, Preciado, Gougis, Barbier, Hulleu.

301. Lecène, Aubertin, Guillemin (J.), Boyer (Jos.), Renon (Maurice), Damaye, François (Joseph), Landowski, Pelicier, Tridon.

311. Trastour, Renoult (G.), Rousseau, Causard, Berton, Tessier, Rouet, Tillaye, Viteman, Fabre (Paul-J.).

321. Bonneau, Brunschwig, Barthélemy, Braillon.

Les lectures d'anatomie commenceront par le n° 1 (M. Dardeau).

Les lectures de pathologie commenceront par le n° 163 (M. Papillon), pour reprendre ensuite au n° 1, lorsque cette seconde partie de la liste sera épuisée.

Le nombre de candidats inscrits était de 580, les copies remises sont au nombre de 324.

Le Congrès d'urologie s'ouvre demain jeudi 19 octobre, à deux heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

Marine. — MM. les médecins de première classe de réserve Deniau, du port de Brest, et Bouché, du port de Rochefort, sont maintenus, sur leur demande, dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

M. le médecin de première classe Reboul est désigné pour embarquer sur la *Triomphante*, dans la division navale de la Cochinchine, en qualité de médecin de division.

M. Vincent, médecin de première classe, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur l'*Infernet*; — M. Aubry, médecin de première classe, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Châteaurenault*.

— Par décision ministérielle, en date du 14 octobre 1899, M. le médecin de deuxième classe Degroote, du cadre de Lorient, a été nommé pour deux ans, à compter du 21 octobre 1899, à l'emploi de prosecteur d'anatomie, à l'École annexe de médecine de Toulon, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Viguier.

— Par décision ministérielle en date du 13 octobre 1899, MM. les médecins-majors de deuxième classe Montet et Chevalier sont affectés aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam.

— Le décret du 5 juin 1899 (Guerre), relatif aux engagements que doivent contracter les élèves de l'École du service de santé militaire, est rendu applicable à la marine pour les élèves de l'École principale du service de santé.

— M. Roger, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, au 3e dépôt des équipages à Lorient, M. le docteur Béguin.

Les médecins des enfants. — M. le docteur Dupeux a présenté au Conseil d'arrondissement de Bordeaux le vœu suivant :

« 1° Que les médecins-inspecteurs soient pourvus d'un pèse-bébé de précision et pratique, c'est-à-dire peu encombrant :

2° Qu'ils soient tenus, dans leurs visites, de consigner sur le livret de l'enfant la pesée qu'ils ont constatée. »

Le Conseil s'est rangé à l'avis de M. Dupeux, eu égard surtout à la portée morale pour les nourrices de se sentir surveillées, et le vœu a été adopté.

L'impôt médical au Portugal. — Dans ce pays où fleurissent les impôts... autant que l'oranger, le gouvernement n'a eu garde d'oublier de mettre en coupe réglée la profession médicale. Voici la manière curieuse dont s'opère la répartition des impôts entre les membres du corps médical d'une ville. Le gouvernement informe les praticiens que le corps médical de... est soumis à une contribution globale de... (ici un chiffre fantastique de mille reis). Les médecins se réunissent et élisent obligatoirement un conseil, la « Gremio ». La Gremio est chargée de répartir le plus équitablement possible les charges entre les confrères, d'après la clientèle qu'elle leur suppose. Les médecins qui se croiraient lésés dans cette répartition, ont le droit d'en appeler à une cour spéciale instituée pour juger les contestations entre les Gremio (il en existe pour toutes les professions) et les contribuables.

Un détail qui permettra de juger la rage d'imposition qui sévit au Portugal : une forte taxe ayant été établie sur les allumettes, les habitants économes s'étaient remis à l'usage du briquet. Ceci ne faisait pas du tout l'affaire du gouvernement. Aussi s'est-il hâté de mettre également en régie la fabrication de la corde remplaçant l'amadou pour ces briquets ; il est formellement interdit de se servir d'autre corde que la corde de la régie. Et la régie a soin de débiter la sienne au prix de la corde de pendu ! (*Le médecin*, de Bruxelles.)

Pavage en liège. — Le pavage en liège employé dans certaines rues de Londres se comporte de façon très satisfaisante. Les pavés sont composés de liège réduit en petits morceaux, mélangé à du bitume et de la fibrine, et comprimé en blocs massifs sous une pression de 42 kilogrammes par mètre carré. Ces blocs sont très élastiques, n'absorbent pas l'eau et forment

un pavage sonore, plus durable, paraît-il, qu'aucun autre ; de plus, leur surface est sûre au pied des chevaux.

Une grande voie carrossable a été pavée ainsi il y a six ans environ, et n'a pas exigé de réparations depuis lors. Le 4 juillet dernier, une partie de ce pavage a dû être démontée pour le creusement d'une tranchée, et on a pu constater à cette occasion qu'eu égard au trafic exceptionnellement intense qui s'exerce sans discontinuité sur ladite voie, l'usure du pavage était insignifiante, et que celui-ci répond entièrement aux espérances qui s'attachaient à son emploi. Les frais d'établissement du pavage en liège ne sont pas plus élevés que ceux des meilleurs pavages en bois dur. En raison des avantages qu'il présente comparativement à ces derniers, il faut donc s'attendre à voir le pavage en liège s'implanter rapidement dans les grands centres. (*Technologie sanitaire.*)

Après décès. — Poste à prendre dans une ville d'eaux importante. — Pour tous renseignements, s'adresser au Journal.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — SAMEDI 21 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 21 OCTOBRE 1889. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du 1er janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE.	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

REVUE GÉNÉRALE

Les ascites laiteuses.

Par le docteur L. FRANÇOIS, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Le qualificatif donné à la variété du syndrome « ascite », que nous nous proposons d'étudier, ne saurait en rien préjuger de la valeur d'une des théories pathogéniques, qu'il faudra passer en revue dans ce travail; c'est pourquoi nous l'avons choisi entre les dénominations d' « ascite huileuse, ascite graisseuse, hydropisie adipeuse, ascite chyleuse, ascite chyliforme », qui, avec d'autres mots, s'appliquent à des faits à peu près semblables. Le titre d' « ascites laiteuses » se trouve d'ailleurs en tête de maintes études, depuis celle de Bossu, la troisième en date, jusqu'à celles toutes récentes publiées par Ceconi et la *Médecine moderne*.

I

FRÉQUENCE. HISTORIQUE. — Aux observations ci-dessus désignées, il faut ajouter les 68 cas relevés par Bargebühr et qu'il divisait en 48 cas d'ascite chyleuse vraie et 20 d'ascite adipeuse. A une liste déjà si fournie, il convient de joindre les cas publiés depuis sept ans par Corselli et Frisco, Lion, Lyonnet, Merklen, Schramm, Whyte, Hirtz et Luys, et ceux que nous n'avons vus mentionnés nulle part, de Martin, Le Pelletier, Sandifort, Milleret, Springue, Wilks, pour ne pas les citer tous, les autres venant prendre place au fur et à mesure de cette étude. Nous arrivons donc au chiffre respectable de 90 cas environ d'ascite laiteuse, ce qui nous autorise à dire avec Mme Perrée, que les faits que nous étudions, pour être rares, ne sont pas aussi exceptionnels qu'on l'a cru tout d'abord.

Depuis les observations les plus anciennes, celle de Paucy-Saviard, parue en 1702 sous l'appellation d' « hydropisie singulière », et celle de Vernage, jusqu'à celle de Bergeret, que l'on trouve dans le *Journal d'anatomie et de physiologie* de 1874, les auteurs se sont contentés d'exposer des faits sans trop chercher à les expliquer; ils admettaient sans contrôle, sans recherches expérimentales qu'ils avaient toujours affaire à des épanchements de chyle. Le premier, Guéneau de Mussy, dans ses *Cliniques*, expose une théorie acceptée par Sainton, mais vivement discutée par Quincke. Tandis que Potain se livre à des recherches expérimentales, Debove, Letulle, Straus, chacun à leur tour, émettent des opinions diverses, qui ne tardent pas à être battues en brèche ; chacune d'elles a pourtant contribué pour sa part à éclairer un côté de la question. Les thèses de Veil, Perrée, Sébileau, la communication de Bargebühr en Allemagne, celle de M. Hirtz à la Société des hôpitaux de Paris, contribuent à sa mise au point et nous puiserons largement auprès de chacun de ces mémoires.

II

CAUSES. ÉTIOLOGIE. — Les facteurs les plus souvent relevés dans les observations peuvent se ranger sous plusieurs chefs de diverse importance, suivant la fréquence avec laquelle ils sont invoqués :

1° La *tuberculose généralisée*, cas de Quincke, Van Camp, Whyte, Whytla; la tuberculose péritonéale, cas de Lorain, de Quincke, etc., que nous citons sans nullement prétendre faire table rase des lois de Louis et de Godelier, doivent être placées en tête de cette énumération ainsi que :

2° La *carcinose* qui, lorsqu'on ne la découvre pas dans l'examen direct du sujet, se retrouve parfois dans ses antécédents héréditaires (cas de Bergeret). La carcinose, avant de se généraliser, a touché le péritoine (Quincke, Wilke et Ormerod); le pancréas, le canal thoracique (Bargebühr, Leydecker et Schramm); le mésentère (Marshall Hughes); l'ovaire (Lion); l'estomac (Hirtz et Luys, Lyonnet, Sainton, Labouré et Laure).

3° Les *maladies infectieuses*, la syphilis, la fièvre typhoïde, l'érysipèle à répétition, la pneumonie, les *fièvres éruptives*

sont mises en cause, ou bien comme constituant à elles seules le dossier pathologique des malades, ou bien comme ayant favorisé l'évolution d'une tuberculose ultérieure ou un développement anormal des ganglions voisins du canal thoracique.

4° Rokitansky, Oppolzer, Letulle, les premiers chez des adultes, le troisième chez un garçonnet de huit ans, présentant un épanchement péritonéal de couleur laiteuse ou café au lait, ont observé, chez leurs malades, une endocardite avec lésions d'insuffisance mitrale pure ou encore associée à une insuffisance tricuspidienne ; on est donc bien venu à faire rentrer avec Debove l'existence d'une *cardiopathie antérieure* dans le cadre étiologique que nous établissons, et pour être complet il faut dire qu'il s'agit là, le plus souvent, de cardiaques asystoliques.

5° Les *infections puerpérales* retentissant à distance, mais à forme plutôt lente, sinon bénigne, trois jours après l'accouchement dans l'observation de Chomel, huit jours dans celle de Le Pelletier, méritent d'être citées.

6° Une condition étiologique signalée dans ces dernières années, est la coexistence d'une affection hépatique : cirrhose atrophique dans les publications de Depoix, Méry et Ceconi ; cirrhose atrophique avec dégénérescence graisseuse dans la communication de M. Merklen, à propos d'une de ses malades de l'hôpital Laënnec ; dans ce dernier cas, l'hépatite a évolué sans période préascitique, sans troubles digestifs, quelques jours après un traumatisme assez violent de l'abdomen, qui avait fait songer au début à une phlegmasie péritonéale de nature tuberculeuse.

7° On retrouve également le *traumatisme* dans l'observation de Vernage : jeune fille chez laquelle l'épanchement évolua à la suite d'un violent effort ; l'influence du froid, des fatigues excessives, du surmenage doivent entrer ici en ligne de compte.

Au milieu de ce dédale de causes occasionnelles ou prédisposantes, rien qui tranche, rien qui domine par sa constance, pas de lien pour réunir des éléments aussi divers ; il faut toujours se tenir dans le détail; tout au plus pourrait-on dire pour se résumer, qu'il importe de retenir plus particulièrement dans l'évolution des processus déjà indiqués, la période de cachexie, de marasme comme favorisant la production de l'ascite laiteuse.

Avant de poursuivre, il importe de rappeler la fréquence du syndrome étudié dans le sexe féminin, et sa fréquence relative dans le jeune âge, où s'observent également les manifestations tuberculeuses du péritoine. Nous ne citerons que pour mémoire les faits de Littré, de Lorain, qui ont traité des fillettes de moins de dix ans, et nous ferons mention de celui de Morton, qui observa un épanchement laiteux du péritoine, chez un enfant de deux ans, et celui plus extraordinaire de Wiklam, où l'ascite fut consécutive à la coqueluche, chez un nourrisson de six mois. Toutefois, pour rendre l'analogie complète avec la tuberculose des séreuses, il serait permis de créer une *forme tardive*, dans laquelle cadreraient les observations telles que celles de Rokitansky et Schramm.

III

Symptomatologie. Évolution. — Quoi qu'en aient dit certains auteurs, les diverses variétés d'ascites, ascites simples, gélatineuses, biliaires, hémorragiques ou dermoïdes, n'apportent dans la constitution du syndrome lui-même aucun caractère spécial qui puisse permettre de songer à une forme plutôt qu'à l'autre. La ponction elle-même expose à des surprises, car la transformation du liquide citrin en un liquide laiteux a été observée dans les cas d'Oppolzer et de Rendu : une première ponction peut fournir le liquide de l'ascite commune : « les deux suivantes un liquide légèrement hémorragique, la quatrième un épanchement franchement opaque, bleu, blanchâtre, dont la couleur rappelle celle du lait. »

A la période d'état, l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation même de la région hépatique plus particulièrement, porteront à notre connaissance les divers signes physiques partout bien décrits : développement symétrique du ventre en ventre de batracien, effacement de la cicatrice ombilicale dans les cas de sérosité très abondante, effacement qui peut amener une telle distension que Le Pelletier et Chomel purent constater que le liquide avait fusé entre les muscles et le péritoine et qu'il s'était établi une véritable fistule. A noter aussi l'aspect de la peau de la paroi abdominale qui est lisse, vergetée sur les flancs et sillonnée de lacis veineux complémentaires formant la classique *tête de Méduse* sans que, dans le relevé des observations publiées, on signale une prédominance sous-ombilicale plutôt que sus-ombilicale.

La palpation fournit des renseignements de peu d'importance sur le degré de tension de la paroi. Lorsque l'ascite est peu volumineuse et que la palpation profonde est facile à pratiquer, elle peut fournir des sensations de frottements, de froissements plus ou moins rudes, de crépitation neigeuse ou amidonnée perçues aussi par l'oreille.

La mobilité de la matité, la sensation de flot, de cercle ondulatoire progressif abdominal, le flot lombo-abdominal, l'abaissement de la matrice et des culs-de-sac vaginaux, la mobilité du col utérin, la sensation de ballottement et d'abaissement de poids de l'utérus peuvent donner des indications utiles sur la quantité de l'exsudation péritonéale.

Dans cet ensemble de faits, aucun de spécial à l'ascite laiteuse : il nous faut rappeler le peu de fréquence de l'œdème localisé à la paroi et du cloisonnement de l'ascite bien que ces deux symptômes fassent souvent partie du cortège de la péritonite tuberculeuse. Rappelons enfin les troubles fonctionnels qui relèvent d'une seule cause, la compression : troubles des appareils digestif, circulatoire, respiratoire ou urinaire, gêne dans la statique, œdèmes généralisés.

En dehors de cette symptomatologie propre à toute ascite, il faudrait indiquer les signes particuliers aux malades que nous avons réunis au chapitre étiologie et qui précèdent ou accompagnent l'épanchement. Ceux-ci évoluent indépendamment et pour leur propre compte sans qu'il soit rien changé à leur ordre symptomatique. La variabilité même de ces affections explique la multiplicité de leurs caractères d'origine inflammatoire, cachectique ou autre, parmi lesquels il est de toute impossibilité d'en arrêter un qui soit pathognomonique ou simplement spécial.

Jamais l'évolution de l'ascite laiteuse ne se fait d'une façon identique et les observations se succèdent tandis que les étapes du processus diffèrent d'aspect et de durée, en revanche la terminaison à laquelle elles aboutissent est toujours fatale. On a bien noté des cas avec arrêts, rémissions, avec évolution temporaire, tels ceux de Smidt et van Camp. La malade de M. Rendu sortit de l'hôpital, améliorée après une cinquième ponction fournissant une sérosité ascitique normale, et fut perdue de vue. Aussi exceptionnels, sont

les cas de Le Pelletier et de Chomel qui disent avoir observé la guérison. Le plus souvent, après un, deux, trois ans pendant lesquels les ponctions se succèdent à intervalles assez rapprochés (Saviart et Vernage), le patient meurt épuisé, cachectique. D'autres fois la mort survient après la première intervention chirurgicale, laparotomie ou paracentèse (Schramm). Il importe de dire que, dans les cas où l'épanchement est généralisé aux séreuses thoraco-abdominales comme dans les faits de Rokitansky et Whyte, l'évolution n'en est en rien modifiée; la durée de l'hydropisie laiteuse peut se prolonger quinze et trente ans (général russe de Guéneau de Mussy et un cas de van Camp).

IV

Composition et quantité du liquide. — La quantité du liquide des épanchements laiteux, quoique très variable, ne paraît pas avoir atteint les chiffres fournis par les ascites simples. Elle va de 1 litre et demi à 2 litres (Letulle), jusqu'à 6 et 10 litres (Smidt et Quincke), et atteint celle de 16 litres dans le cas de Schramm; elle ne paraît pas être influencée par le nombre des ponctions; quant aux changements dans la composition du liquide au fur et à mesure des paracentèses, il est assez difficile d'avoir à ce sujet des renseignements bien précis en dehors de l'observation de Straus qui nous sera tout à l'heure un guide des plus utiles; en effet la plupart des auteurs n'ont voulu ou n'ont pu se contenter que d'une seule analyse.

Le liquide a l'apparence blanc bleuâtre, blanc laiteux, blanc crémeux tirant sur le jaune clair semblable à du petit lait ou encore à une émulsion d'amandes, suivant l'expression de Marshall Hughes. Sa densité est fort inférieure à celle du sérum du sang qui est de 1028 après coagulation de la fibrine; Bergeret, Murphy, Whitler, Hirtz et Merklen, donnent les chiffres suivants : 1007, 1023, 1020, 1013. Le liquide retiré par Straus et analysé par Guinochet voit sa densité s'abaisser après chaque ponction de 1013 à 1011 et 1009 ce qui s'accorde bien avec la loi de Cheyron pour les liquides d'ascite commune : la densité du liquide diminue après chaque ponction, car l'alimentation n'est pas suffisante pour réparer les pertes de l'organisme. A peu près tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les liquides laiteux sont d'une grande homogénéité qui persiste parfois plusieurs jours comme dans le cas de Lorain; ils sont exempts d'odeur, « fait intéressant à signaler quand il s'agit d'un liquide riche en matières organiques d'ordinaire si facilement putrescibles. » Il faut cependant rappeler un cas de décomposition rapide du liquide, une heure après la ponction, celui de Le Pelletier.

Le liquide, au repos, se sépare habituellement en deux couches, une inférieure assez haute faite de sérosité presque limpide, une supérieure blanchâtre, véritable masse flottante de matière crémeuse sans voile à sa surface. Sa réaction au tournesol est neutre ou plus souvent légèrement alcaline, il est un peu salé au goût. Dans la plupart des cas, à l'examen microscopique on trouve de petits corps moléculaires, punctiformes, des globules graisseux d'une finesse extrême, surtout comparés à ceux que l'on trouve dans le lait, mais qui peuvent se réunir, en passant par tous les intermédiaires, pour former des amas granuleux de 5 μ à 21 μ de diamètre; on y voit quelques globules rouges et de plus rares corpuscules lymphatiques qui permettent de retrouver le signe de Litten à l'aide de l'appareil centrifugeur. Nulle part le liquide d'ascite laiteux n'a présenté à l'examen de corpuscules de Glüge, les cristaux de cholestérine y sont moins fréquents que dans les ascites simples. Il nous faut citer ici deux cas d'ascite laiteuse non chyleuse. Dans le premier, M. Achard observa un liquide stérile avec d'innombrables granulations extrêmement fines, réfringentes, agitées de mouvements browniens, non colorables par l'acide organique et insolubles dans l'éther; dans le second, de M. Léon, où l'aspect laiteux n'était non plus nullement en rapport avec l'existence de particules graisseuses, il signale l'existence d'une substance albuminoïde précipitant par l'alcool et se dédoublant par l'ébullition en présence d'un acide fort qu'il range parmi les glycoprotéides d'Hammarster : en outre dans ce cas le liquide contenait des éléments cancéreux que Quincke signale aussi dans une de ses observations de cancer du péritoine.

Voici maintenant le résumé des trois analyses de Whyka, Straus et Hirtz :

I.	Eau	94
	Substances solides	5,9
	— inorganiques	0,99
	Substances organiques (albumine 2,87, graisse 1,03, sucre 0,21)	4,9
II.	Résidu sec	43g795
	Eau	956 265
	Matières grasses	9 48
	Caséine	11 6
	Albumine	8 925
	Matières extractives	11 685
	— minérales	1 595
	Perte	0 510
III.	Résidu sec	33g30
	Matières grasses	5 50
	— albuminoïdes	17 70
	— minérales	7
	Urée	1 10

Dans chacune de ces analyses nous trouvons des écarts assez grands avec les chiffres correspondants d'une analyse de chyle normal ou même des analyses de liquide ascitique commun, d'après Robin, les phosphates, chlorures, sulfates et carbonates étant mis à part.

C'est ainsi que, dans les liquides d'ascite laiteuse, la teneur en eau et en albumine n'est jamais aussi considérable; en revanche, les matières extractives peuvent y atteindre un chiffre beaucoup plus élevé, il en est de même des matières grasses, celles-ci dissoutes par l'éther et la potasse et dosées par la méthode d'Adam avec la liqueur éthéro-alcoolique ammoniacale. Cela se conçoit aisément, d'autant que les chiffres de l'analyse de Straus sont, eux, fournis par une troisième ponction, alors que l'addition de beurre au régime alimentaire du malade était destinée à mettre en évidence le passage de la matière grasse ingérée dans le liquide épanché dans la cavité péritonéale. Il nous faudra d'ailleurs revenir plus tard sur cette expérience.

« La présence du sucre ne fournit aucune indication depuis que Richard, Reichel et Rotmann ont montré que tous les liquides pathologiques exsudés soit dans les cavités séreuses, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, à l'exception du pus, contiennent du sucre en proportion variable. » Ceci vient donc à l'appui des résultats de Strauss et infirme ceux de Quincke et de Bargebuhr; ce dernier s'était autorisé de la constatation du sucre pour établir une division des ascites laiteuses en ascites chyleuses vraies et en as-

cites chyliformes. D'autre part, Straus et Guttmann sont d'accord pour nier la plus petite trace de peptone, ce qui les amène à affirmer que les albuminates introduits dans l'estomac peuvent pénétrer tels quels dans le chyle sans se changer en peptones. Quant au rapport qu'il y aurait entre la quantité d'urée et l'albuminurie dans cette variété d'ascite, il nous paraît fort difficile à établir. En se résumant, on peut dire que l'hydropisie laiteuse tient le milieu entre le liquide ascitique vulgaire et le pus, « elle constitue un pus mort, inoffensif. »

V

Anatomie pathologique. — Les lésions d'autopsie trouvées chez les malades ayant succombé au cours d'une ascite laiteuse nous paraissent susceptibles de se classer en trois groupes :

1° *Cas dans lesquels les lésions ressortissent simplement à une affection qui ne sort pas de son cadre ordinaire et sans caractéristique aucune du côté du système lymphatique.* — Se rangent ici les observations de Veil dans lesquelles l'autopsie montra uniquement un foie syphilitique gommeux, avec rate volumineuse, entourée de minces fausses membranes fibrineuses et de Maguire où les lésions banales de la syphilis et de l'alcoolisme se sont seules révélées. Les malades de Schmidt moururent de cachexie consécutive à la variole, à la pneumonie, à la rougeole sans lésion des glandes, sans injection des chylifères, un seul qui présenta un abcès du cerveau avait son péritoine adhérent et épaissi. Rémond et Rispal ne purent trouver à l'autopsie de leur malade que de la néphrite et Depoix et Merklen qu'une cirrhose atrophique avec hypertrophie de la rate dans un cas.

2° *Cas où l'on trouve associées les lésions d'une affection concomitante et celles du système lymphatique soit par lésion directe, soit par compression due à une tumeur, aux ganglions, voire même au liquide d'ascite.* — Ce groupe est de beaucoup le plus nombreux et les lésions soit tuberculeuses, soit cancéreuses, s'y rencontrent presque partout.

Avec Balmann, Bergeret, Duffey, Letulle, Lorain, Oppolzer, Quincke, Sècrétan, Schmidt, Wilke et Osmerod, Whykla, c'est à la tuberculose que nous avons affaire. La plupart de ces observations montrent nettement que les lésions les plus profondes sont celles du péritoine, du mésentère ou de l'intestin. Il va sans dire, en passant, que nous ne comprenons nullement dans ce travail les kystes chyleux du mésentère si bien étudiés par Will et Carson.

Ce que l'on voit c'est une injection, une pigmentation de la séreuse qui en même temps est épaissie à la fois sur l'intestin et sur la paroi abdominale antérieure avec quelques dépôts fibrineux plus abondants vers la valvule de Bauhin, à un endroit où prédomine souvent une injection très fine des chylifères et sans lésion appendiculaire spéciale. L'intestin et parfois l'estomac sont distendus, masquant les autres viscères. Les adhérences du péritoine et des anses intestinales se retrouvent au niveau des deux feuillets du mésentère dont les replis sont reliés les uns aux autres. Les lésions du système lymphatique sont un rétrécissement, une obstruction peu marqués des vaisseaux chylifères, tordus, distendus, rarement rompus, la présence d'un caillot dans le canal thoracique, la réplétion chyleuse des villosités intestinales. Les adénopathies des glandes lymphatiques sont presque toujours signalées, quand il s'y joint des adénopathies médiastines ou cervicales, c'est qu'on est à peu près sûr de trouver des foyers caséeux dans les poumons.

Il importe d'opposer à ces faits ceux où le maximum de lésions porte sur le canal thoracique. Citons Renvers et Whykla : « Le canal thoracique était flexueux, dilaté et épaissi, la sous-clavière oblitérée jusqu'au bras. A l'endroit où la jugulaire s'abouche dans le tronc veineux brachio-céphalique, elle offrait une dilatation kystique dépassant le volume d'un œuf de pigeon ; au-dessus et au-dessous thrombus. Le contenu du kyste était rouge veineux, la rate hypertrophiée... » Dans son observation de tuberculose miliaire généralisée, Whykla dit : « Le canal thoracique disséqué par le professeur Redfern, son tiers inférieur était très dilaté, ses parois épaissies avec des granulations tuberculeuses; tout à fait en bas de cette partie dilatée, il y avait une perforation de la grosseur d'un pois en un point où les parois s'étaient graduellement amincies. Ce n'était pas là une déchirure d'autopsie. La partie supérieure du canal thoracique était transformée en un cordon fibreux oblitéré, dès lors cela explique la distension de la partie inférieure et sa rupture. » Recklinghausen explique les ruptures du canal thoracique par les efforts de toux et [Bianchi dit que dans ces cas la guérison est possible par la formation d'une thrombose lymphatique.

L'observation de fistule du canal thoracique que nous venons de transcrire n'est pas unique ; il nous y faut joindre celles de Basset, Monro, de Monson, de Vernage, de Bargebühr, quoique dans ces dernières les détails nécropsiques n'aient plus la même précision. S. Busey rapporte 28 observations d'épanchement chyleux et dit que dans 27 cas on put démontrer la rupture de quelque vaisseau chylifère.

Dans les ascites laiteuses par carcinose, Straus rapporte une autopsie intéressante à un double point de vue. « Dans un abdomen parsemé de noyaux cancéreux, très durs, multiples surtout entre les deux feuillets du mésentère, on voit par un examen attentif, à deux endroits différents, s'écouler par deux petits pertuis existant sur la lame antérieure du mésentère, un liquide blanchâtre, ressemblant tout à fait à du lait ou du chyle. » Straus insiste tout particulièrement pour bien indiquer que ces deux fistules n'ont pas été produites par des manœuvres d'amphithéâtre. « En outre la surface externe de l'intestin présente une teinte rouge foncé d'hyperhémie générale et est parsemée de nodules cancéreux de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un pois ; sur ce fond rouge se détachent un grand nombre de taches blanchâtres ou gris blanchâtre, plusieurs d'un blanc laiteux. Elles ressemblent aux plaques laiteuses, mais on constate qu'elles forment un léger relief. En piquant la séreuse au niveau de ces plaques à l'aide d'une pipette, l'effilure se remplit d'un liquide blanc laiteux, de véritable chyle. C'étaient là des extravasations chyleuses et M. Landouzy compara avec justesse ces plaques aux nappes sous-céreuses de mercure que l'on voit sur les pièces anatomiques, là où des ruptures se sont produites par un accident dans l'injection. » Il s'agissait là d'un cancer alvéolaire ayant débuté primitivement par le pylore et s'étant propagé aux ganglions abdominaux, au péritoine, au foie et au pancréas.

Pour en finir avec ce groupe, rappelons que, dans l'observation de Morton également (compression du canal thoracique secondaire à une pneumonie), les lésions du côté de ce canal et des ganglions avoisinants étaient très développées et citons la présence de noyaux cancéreux dans le myocarde (observation de Lionnet).

3° *Cas dans lesquels le système lymphatique seul paraît touché.* — Vaisseaux lymphatiques proprement dits, vaisseaux chy-

lifères, ganglions lymphatiques, canal thoracique, grande veine lymphatique.

Les publications de Leydecker rappelées par Bargebühr, celle de Rokitansky rentrent dans cette catégorie, ainsi que celle de Little où il y avait « obstruction des vaiseaux chylifères par suite de la présence des glandes mésentériques hypertrophiées et crayeuses ». Y prennent place également les six cas de Corselli et Frisco, celui de Marshall Hughes où l'on trouve des tumeurs encéphaloïdes, des ganglions mésentériques de la grosseur d'une petite orange. C'est dans ces cas qu'on a signalé la coïncidence de l'ascite laiteuse et du sérum lactescent.

VI

Pathogénie. — Si la pathogénie de l'ascite simple comprend des théories multiples, celle des ascites laiteuses n'est pas moins complète; comme il arrive en pareil cas, l'éclectisme le mieux raisonné et le plus indulgent ne saurait se déclarer satisfait de l'abondance des conceptions que nous allons résumer.

1° *La théorie de Guéneau de Mussy et Sainton ou théorie de la transformation du liquide d'ascite.* — Alors que Chomel et Vidal de Cassis parlent de métastase, Guéneau de Mussy prétend que l'épanchement provient de la liquéfaction lente des leucocytes d'un liquide purulent en amas granulo-graisseux ou provient directement d'une lipémie exagérée. Cette transformation, qui relève entièrement des lois chimiques et que l'on peut observer sur le cadavre, paraît également probable à Veil. Pour lui et d'après Robin, le pus contient les éléments du liquide chyliforme; en outre, lorsqu' « il est situé profondément et ne peut être évacué au dehors, il présente des modifications parmi lesquelles une des plus fréquentes est la dégénérescence graisseuse ». Or cette tendance à la transformation et à l'émulsion paraît favorisée par la sérosité ascitique et tous les malades qui ont présenté des exemples d'ascite chyliforme sont éminemment propres à faire du pus, ce sont des scrofuleux, des tuberculeux, des alcooliques.

Les adversaires de cette théorie lui objectent que jamais on n'a vu de transformation aussi complète que veut bien le dire Guéneau de Mussy et que, quoique la transformation de pus en graisse soit très longue, dans les ascites laiteuses, le liquide réapparaît en peu de jours.

2° *Théorie de Quincke, Straus et Schmidt. Les ascites laiteuses sont des ascites dans lesquelles l'épanchement est réellement un épanchement de chyle par lésion ou obstacle en un point quelconque du système lymphatique.* — Paucy et Saviard, à propos de leur observation, parlent déjà de l'obstruction des vaisseaux et des glandes qui servent à la conduite et à la filtration du chyle. Straus dit que la finesse de l'émulsion graisseuse, « l'absence de corps granuleux, de cellules analogues aux cellules de cholestérine ou de cellules cancéreuses en voie de désintégration, l'abondance et la rapidité de reproduction de l'épanchement avec les mêmes caractères, » lui font rejeter l'hypothèse d'un exsudat rendu lactescent par le mélange de cellules (purulentes, cancéreuses ou autres) en voie de colliquation graisseuse. En outre, se basant sur la propriété des chylifères d'absorption des graisses, il a soumis son malade à un régime riche en matières grasses et les ponctions successives ont accusé, non seulement une augmentation de graisse dans le liquide, mais encore « la présence d'un principe gras provenant de l'alimentation et qui ne fait pas partie de la graisse humaine, la butyrine ». Les observations de Rokitansky et Whykla viennent corroborer ces conclusions qui tendent à faire admettre que « l'irruption du chyle dans le péritoine a lieu soit par franche solution de continuité des chylifères ou du canal thoracique, soit par transsudation ». Verdelli et Bargebühr dans leurs classifications des ascites chyleuses admettent ce mécanisme pathogénique des « ascites véritablement chyleuses », en ajoutant que la présence du sucre dans le liquide d'ascite sera un fait caractéristique si le malade n'est pas diabétique; mais il a été déjà dit plus haut que les travaux de Richard contredisent cette assertion.

En outre cette théorie ne peut se rattacher aux cas que nous avons étudiés les premiers, à la notion anatomie pathologique; d'autre part, l'expérimentation n'est pas arrivée à reproduire d'épanchement chyleux. Potain y a particulièrement insisté, un obstacle même très complet ne produit guère aux nombreuses collatérales qu'une distension légère et transitoire des vaisseaux lymphatiques. Debove, qui combat cette théorie comme la précédente, dit qu'on parle de liquides chyleux mais que la présence du liquide chyliforme n'a pas été seulement constatée dans les points de l'économie qui sont en rapport avec les vaisseaux chylifères et les auteurs seraient bien embarrassés pour décrire les voies suivies par le chyle pour arriver jusqu'au rein comme dans la chylurie où pour expliquer les épanchements chyliformes au niveau de la cuisse rapportés par Buchanan.

3° Debove propose alors sa *théorie des épanchements chyliformes d'emblée*, sans préjuger de rien, simplement en se contentant de constater la présence de graisse émulsionnée dans les cavités séreuses; la lumière ne se fait pas davantage.

4° *Théorie inflammatoire de Letulle.* — Si le cadre se resserre davantage, il y gagne en précision. « L'existence de lésions antérieures de la séreuse a une importance capitale aux yeux de Letulle. Elle prouve que tout épanchement chyliforme est toujours de nature inflammatoire, pour ce qui est de la plèvre et du péritoine tout au moins. Il faut supprimer le terme d'ascite et lui substituer celui plus juste de *péritonite chronique avec épanchement chyliforme.* Les lésions inflammatoires et les lésions chroniques antérieures, épanchement devenant secondairement chyliforme, telle est la progression logique des phénomènes. »

Nous ne voulons pas ici entrer dans une trop longue énumération, mais comment faire accorder cette théorie avee les observations de Schramm, de Rémond ou de Merklen, dans lesquelles la phlogose péritonéale était pour ainsi dire insignifiante?

5° *Théories parasitaire et microbienne.* — Winckel a observé dans certains cas de nombreux entozoaires très petits doués de mouvements énergiques et qui seraient des filaires du sang analogues aux espèces de Bancroft et Mauson; c'est par leur présence que Le Dentu explique les hydrocèles laiteuses et Levois la lymphurie. Pour Lancereaux, le parasite déterminerait la rupture d'un chylifère et cette conception ne serait donc qu'un corollaire de celle de Straus.

Les récentes recherches de Desouby et Porcher, celles de Nocard qui montrent le passage des microbes intestinaux à travers la paroi intestinale saine et même dans le sérum des animaux, lorsque ces derniers ont ingéré de la graisse ou du lait, permettront peut-être à quelque théorie nou-

velle de répondre victorieusement aux attaques qui ébranlent toutes celles qui précèdent.

VII

Conclusions.— 1° L'ascite laiteuse ne constitue nullement une entité morbide (Terrier); elle peut aider au diagnostic de tumeurs des ganglions mésentériques (Berger) et ne contre-indique aucun mode d'action chirurgical.

2° L'ascite laiteuse comprend deux variétés essentielles : celle des épanchements chyleux puis celle des épanchements chyliformes. La première se différencie de l'autre par la finesse et la régularité de l'émulsion graisseuse, sa pauvreté en globules blancs et rouges; l'épreuve de la butyrine, conseillée par Quincke et bien détaillée par Straus, en faisant varier l'aspect du liquide, peut aider au diagnostic.

3° Les épanchements chyliformes peuvent se diviser eux-mêmes en graisseux et non graisseux : l'absence de graisse, bien vite reconnue par le traitement par la potasse, l'éther et l'acide osmique, ne peut nullement faire induire la nature cancéreuse ou non de la maladie.

4° « L'existence de lésions inflammatoires chroniques de la grande séreuse abdominale, représente un des éléments les plus constants de la genèse de l'ascite laiteuse. »

6° Les théories pathogéniques des épanchements laiteux sont jusqu'à aujourd'hui insuffisantes et d'une valeur toute relative.

Bibliographie.

Ballmann. *Centralbl. f. d. méd.*, 1876. — Bargebuhr. *Deut. Arch. f. Klin. med.*, Leipz. 1892. — Bass et Monro. *Essay on dropsy*, 1789. — Bergeret. *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1873. — Bossu. *Journ. de méd. de chir. et de pharm.*, Paris 1770. — Busey. *Rev. des sc. med.*, 1890. — Ceconi. *Wiener med. Blatt.*, 1899. — Corselli et Frisco. *Riforma med.*, 1896. — Courtois-Suffit. *Tribune méd.*, 111. — Debove. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, et *Union méd.*, 1881. — Depoix. Th. de Paris, 1889. — Desombry et Porcher. Soc. de biol., 1895. — Duffey. *Dublin Journ. med. soc.*, 1896. — Guéneau de Mussy. *Cliniques*, 1874. — Guttmann. *Berlin. Klin. Woch*, 1880. — Hirtz et Lays. *Bull. de la Soc. des hôp.*, Paris 1897. — Jeannel. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888. — Le Pelletier. *Journ. de méd. et de chir. pharm.*, 1785. — Letulle. *Rev. de méd.*, 1884. — Lion. *Arch. méd. expérim.*, 1894. — Litten. *Sem. méd.*, 1894. — Littré. *Hist. de l'Acad. des Sc.*, 1710. — Lorain. Soc. de biol., 1858. — Lyonnet. *Lyon méd.*, 1897. — Lyons. *The Dublin Journ. of med. soc.*, 1877. — Marschall Hughes. A remarkable case of abdom. effusion, *Guy's hosp. rep.*, vol. VI. — Martin. *Journ. de méd. et de chir. pharm.*, Paris 1770. — Millevet. *Ibid.*, 1774; *Méd. mod.*, 1899. — Merklen. *Sem. méd.*, 1897. — Morton. *Opera*, 1753, t. I. — Mauson. *Gaz. hebd.*, 1873. — Murphy. *Journ. of Amer. med. Ass.*, 1887. — Chomel. *Mém. de l'Acad. royale des sc.*, Paris 1728. — Oppolzer. *Wiener med. zeit.*, 1871. — Mme Perrée. Th. de Paris, 1881. — Picot. *Processus morbides*, 1876. — Popham. *Dublin Journ. med. soc.* 1854. — Quincke. *Arch. f. Klin. méd.*, Leipzig 1875. — Raymond et Rispal. *Midi méd.*, 1892. — Rendu. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris 1897. — Renvers. *Berlin. Klin. Woch.*, 1890. — Robin. In th. Cheyron, Paris 1879. — Rokitansky. *Lehrbuch der pathol. anat.*, 1865. — Sainton. Th. de Paris, 1881. — Sandifort. *Observat. an. pathol.*, 1781. — Schramm. *Berlin. Klin. Woch.*, 1896. — Sebileau. Th. de Paris, 1889. — Secrétan. Soc. méd. Suisse romande, 1887. — Schmidt. *Trans. soc. path.*, London, 1890. — Smidt. *Zeitsch. f. Klin. med.*, 1890. — Sprague. *Journ. méd. de Boston*, 1823. — Stevenson. Milky fluids from the abdomen, *Guy's hosp. rep.*, Lond. 1872. — Straus. *Arch. de physiol.*, 1886. — Troisier. Soc. méd. des hôp., Paris 1897. — Van Camp. *Ann. de la Soc. med. d'Anver*, 1842. — Veil. Th. de Paris, 1882. — Verdelli. *Il Morgagni*, 1894. — Vernage. *Mém. de l'Acad. royale*, 1700. — Wenker. *Lond. med. rep.*, 1814. — Whyte. *Edinb. Journ.*, 1897. — Wilke et Osmeral. *Trans. of thépath. soc.*, London 1868. — Will et Carson. *Rev. des sc. méd.*, 1890-1891. — Wincrel. *Deutsch. arch. f. Klin med.*, Leipzig 1876. Whykla. *Brit. med. Journ.*, 1885.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XIIIe congrès de chirurgie, 1899 (*suite*)]

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PREMIÈRE QUESTION

M. Tuffier. J'emploie le plus ordinairement l'hystérectomie supra-vaginale et je donne la préférence au procédé américain. Les seules modifications que j'ai introduites sont la conservation de l'ovaire et une ligature simultanée des deux pédicules utéro-ovariens. Pour mes ligatures j'emploie avec succès le tendon de renne.

La voie abdominale est presque toujours employée par moi, cependant dans les petits fibromes, je fais encore l'opération vaginale.

La myomectomie faite par la voie haute ou par la voie basse m'a donné de remarquables résultats. Je n'en dirai pas autant de la ligature atrophiante. Quant à la castration bilatérale, j'estime qu'elle peut rendre des services.

Pour le cancer utérin je suis peu porté à opérer les cas avancés. La ligature atrophiante ne donne que des mécomptes. J'estime que le point important est d'enlever la lymphangite cancéreuse développée dans le pied du ligament large. Pour les infections puerpérales aiguës, il m'est impossible de donner des conclusions fermes. Mais je suis certain qu'il y a des formes localisées au tissu utérin où l'hystérectomie totale peut donner des succès.

M. Hartmann. Dans les cas d'infection puerpérale, deux opérations m'ont donné 2 morts. Cependant j'estime qu'il y a des cas possibles.

Mes hystérectomies totales sont au nombre de 88 et j'ai une mortalité de 5,68 p. 100. Sur ce nombre 50 castrations abdominales totales pour annexite m'ont donné 1 mort; 31 fibromes ont donné 3 décès; 5 cancers ont été opératoirement guéris. Comme technique, je m'attache à faire la ligature isolée des vaisseaux et à pratiquer une bonne autoplastie pelvienne. Je préfère l'opération sus-vaginale comme plus rapide.

Les indications de l'hystérectomies vaginale me semblent les suivantes : après salpingectomies doubles j'enlève l'utérus; pour le cancer je suis abdominal, car l'opération est plus facile, mais j'estime que la présence de ganglions est un signe de récidive fatale; pour les fibromes, les ligatures atrophiantes ne m'ont rien donné, la myomectomie expose aux récidives.

Dans tous les cas je m'attache à respecter les ovaires. Enfin, pour terminer, je répéterai que l'hystérectomie faite systématiquement pour annexite double, est d'une bénignité absolue. Sur 76 cas, je compte 1 seul décès.

M. Doyen. Pour les fibromes je ne vois pas l'utilité de l'opération dite sub-totale, car enlever ou non le col n'a pas d'importance, et d'ailleurs la sus-vaginale est une opération ancienne inutile à rénover.

Quant à la rapidité : 2 minutes et demie permettent de faire une totale.

La ligature préventive me semble toujours inutile, il faut

faire pour l'utérus, comme en chirurgie générale, le pincement des vaisseaux au fur et à mesure qu'on les coupe. Faut-il laisser les ovaires? Je les enlève toujours pour n'avoir pas, comme cela m'est arrivé, à réopérer des malades. Les troubles que l'on a décrits me sont inconnus, et au contraire l'ovulation dans un péritoine fermé me semble un danger.

Mes hystérectomies pour fibrome me donnent 3 p. 100 de mortalité. Je draine quand cela est nécessaire par le douglas.

Pour le cancer je suis abdominal de préférence, moins pour les ganglions que pour la facilité d'éradication du ligament large. Cependant pour les femmes grasses je suis assez partisan de la voie vaginale.

J'ai souvent pratiqué l'hystérectomie totale dans les suppurations pelviennes, mais il faut savoir conserver parfois l'utérus pour faire un bon toit pelvien.

Les mêmes interventions dirigées contre l'infection puerpérale me semblent peu indiquées.

M. MONTPROFIT (d'Angers). J'ai pratiqué 90 hystérectomies abdominales pour fibromes avec 6 décès, sur lesquelles 12 sus-cervicales ont donné 1 insuccès.

Je suis aussi opposé que possible aux opérations vaginales, car il faut laisser derrière soi non des pinces mais des ligatures. Dans quelques cas où des prolapsus peuvent être opérés par le vagin en faisant des ligatures j'adopte cette voie.

Le cancer que je fais toujours par l'abdomen m'a donné pour 15 cas 1 décès. On se trouve bien, pour limiter le mal, de placer 4 pinces érignes par le vagin. Elles constituent, senties par l'abdomen, un point de repère précieux.

M. F. LEGUEU. L'insuffisance de l'hystérectomie vaginale, les résultats défectueux qu'elle m'a donnés, m'ont conduit à traiter les cancers du col par l'hystérectomie abdominale.

J'ai opéré par cette opération deux catégories de cas : des cas compliqués (ce sont les plus nombreux). et des cas simples, ils sont les plus rares; j'entends par cas compliqués des cancers étendus avec infiltration des ligaments larges, adénopathies appréciables, toutes conditions qui rendaient pour ces tumeurs la voie vaginale impraticable. Quant aux cas simples, ce sont des cancers jeunes, saus extension autre qu'au vagin, sans infiltration péri-utérine.

La ligature préalable des hypogastriques ne me paraît pas donner de résultats appréciables; je l'ai abandonnée.

Je recherche systématiquement les ganglions le long de la paroi pelvienne : trois fois, je les ai trouvés augmentés de volume et altérés. Uue fois même, il y avait des masses ganglionnaires suppurées du volume d'une mandarine.

J'ai, depuis dix-huit mois, opéré 9 cancers de l'utérus : 4 malades ont succombé.

Au point de vue des résultats ultérieurs, je n'ai pas de raison d'être satisfait. Chez toutes mes maladés, sauf une, la récidive est survenue très rapidement. Il s'agissait, il est vrai, dans presque tous ces cas, de cancers étendus, avec propagation au ligament large, et qui, par la voie vaginale, eussent été absolument inopérables.

De ces faits, je crois pouvoir conclure ceci : l'hystérectomie abdominale permet de faire une opération toujours plus complète que l'hystérectomie vaginale, et, à ce point de vue, elle lui est toujours supérieure. Mais dans les cancers étendus, infiltrés, l'hystérectomie n'est après tout qu'une opération palliative, mais le bénéfice à obtenir ne vaut pas les risques à courir, et je considérerai à l'avenir ces cas comme inopérables.

Au contraire, dans les cancers limités, dans les épithéliomas qui ne semblent pas s'être propagés aux ligaments larges et aux ganglions qui sont sur la limite du col et du vagin, l'hystérectomie abdominale permettra des opérations plus larges, plus complètes; c'est ainsi qu'on verra les résultats thérapeutiques s'améliorer et la période d'indemnité sans récidive se prolonger pour ces malades à des limites jusqu'alors inconnues.

L'hystérectomie vaginale perd aussi du terrain dans le traitement des fibromes. Je suis arrivé à étendre pour ma part l'hystérectomie abdominale au traitement des fibromes de moyen volume. Je traite même par la laparotomie les fibromes qui ne dépassent pas la symphyse, si le fibrome est unique et si je crois ne pouvoir en pratiquer l'énucléation. J'ai fait 20 fois l'hystérectomie totale pour fibrome depuis deux ans, avec 4 morts concernant de gros fibromes ou des fibromes compliqués; 6 fois j'ai fait une hystérectomie supra-vaginale, en laissant un moignon du col, et j'ai eu 6 guérisons.

Je n'ai pas abandonné l'hystérectomie vaginale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes; j'ai fait actuellement 90 fois cette opération avec 4 morts et 86 guérisons. Si j'en suis venu à l'hystérectomie abdominale, c'est que, par la voie vaginale, on ne fait pas toujours tout ce que l'on veut; on fait trop ou on ne fait pas assez.

Aussi toutes les fois que j'espère pouvoir conserver quelque chose, surtout chez une femme jeune, ou encore toutes les fois que je trouve les trompes haut situées ou si adhérentes que leur ablation intégrale par la voie vaginale me paraît impossible, je pratique la laparotomie qui, sous le contrôle de la vue, me permet de faire ce que je veux et rien que ce que je veux.

Dix-sept fois, au contraire, je me suis trouvé en présence de lésions étendues qui demandaient une exérèse totale, et j'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale. 13 fois les lésions étaient manifestement suppurées, et, dans 10 cas au moins, elles étaient des plus compliquées. Sur ces 17 hystérectomies, j'ai eu 16 guérisons et 1 mort.

Les résultats ultérieurs ont été parfaits.

M. J.-L. FAURE (de Paris). Les progrès incessants de la technique et l'abaissement graduel de la mortalité opératoire élargissent de jour en jour le champ d'action de l'hystérectomie abdominale totale.

Pour les fibromes, il faut réserver la voie vaginale aux tnmeurs peu volumineuses, facilement abaissables et suceptibles d'être enlevées sans long morcellement. Dans tous les autres cas, la voie abdominale est supérieure. Tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur ce point.

Pour le cancer la discussion est plus ardente et la voie vaginale possède toujours des partisans convaincus. Il estime cependant que l'avenir est à l'hystérectomie abdominale, parce qu'elle permet des opérations plus larges que la voie vaginale. Cette considération doit suffire à la faire choisir bien qu'elle soit un peu plus grave, et les succès obtenus dans des cas inopérables par la voie vaginale sont maintenant assez nombreux pour nous convaincre de sa supériorité. Il ne saurait trop, dans cette opération, conseiller de pratiquer la ligature provisoire ou définitive des hypogastriques, non pas tant pour économiser du sang que pour permettre au chirurgien de bien voir ce qu'il fait et de disséquer exactement et facilement les tissus malades.

Il est de plus en plus convaincu de la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations anne-

xielles. Sa gravité est sensiblement égale à celle de l'hystérectomie vaginale. Elle a sur cette dernière deux avantages capitaux, celui de permettre d'enlever exactement la totalité des annexes malades, et celui de permettre de faire des opérations conservatrices, si l'on se trouve en présence de lésions unilatérales. Parfois elle facilite même l'opération, et il affirme que, dans les cas compliqués, il est souvent beaucoup plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules. Dans les cas faciles, tous les procédés sont bons. La section médiane de l'utérus, qui rend ces cas faciles plus faciles encore, lui paraît, dans les cas compliqués, être de beaucoup supérieure à tous les autres procédés.

Mais il est convaincu que, malgré les perfectionnements de la technique, l'hystérectomie abdominale reste plus grave toutes les fois qu'il s'agit de lésions aiguës et virulentes. Dans ces cas, lorsqu'on juge l'opération nécessaire, l'hystérectomie vaginale doit lui être préférée. Mais les cas chroniques, sans poussées aiguës, sans lésions virulentes, qui sont l'immense majorité, sont justiciables de l'hystérectomie abdominable.

M. TÉDENAT (de Montpellier). Mes hystérectomies abdominales m'ont donné une mortalité de 7 p. 100.

Je donne la préférence à la sub-totale. Pour cancer, je n'ai utilisé la voie abdominale que dans les néoplasmes du corps. Je ne crois pas l'opération radicale possible.

M. VILLAR (de Bordeaux). Je n'ai pas de compétence pour l'hystérectomie abdominale dans le cas de cancer.

La voie vaginale appliquée aux fibromes, même très volumineux, ne m'a donné que des succès. Elle est certainement moins grave que la voie haute.

J'ai employé souvent l'hystérectomie abdominale dans les suppurations pelviennes. J'enlève d'abord l'utérus, soit en rasant ses bords, soit par l'hémisection de Faure, puis je décolle les poches purulentes de bas en haut.

Le suc ovarien m'a donné des succès dans les accidents dus à la castration.

MM. PICQUÉ et MAUCLAIRE. Il est utile, dans les opérations abdominales faites pour cancer, de préciser l'état des ganglions. Sur 6 cas, 3 fois nous n'avons pas trouvé de ganglions. Dans les autres cas nous avons trouvé : 1 fois 1 ganglion inflammatoire, 1 fois 1 ganglion cancéreux, et 1 fois plusieurs ganglions nettement néoplasiques.

Dans le cas de fibrome, nous faisons de préférence l'abdominale totale ; 13 cas nous ont donné 1 décès.

M. JONNESCO (de Bucarest). Depuis 1896, j'ai fait 88 hystérectomies abdominales. La voie basse me semble condamnée à jamais.

10 opérations pour cancer m'ont donné 5 morts, et j'estime maintenant qu'il n'y a pas d'opération radicale à tenter pour un néoplasme ayant dépassé l'utérus. Dans 8 cas, je me suis bien trouvé de combiner la ligature atrophiante à un évidement de la tumeur fait par la voie vaginale.

Pour fibromes, la sub-totale me semble l'opération de choix, car elle évite l'hémorragie et l'infection vaginale.

L'hystérectomie pour annexite suppurée est d'une bénignité relative (29 cas, 4 morts).

Les annexites doubles, non suppurées, sont justiciables du même traitement.

M. PHOCAS (de Lille). J'ai au total 11 opérations avec une mort.

J'ai pratiqué 7 ablations pour fibromes avec une mort opératoire, 3 opérations pour salpingites sans mort et 1 opération à la suite d'un kyste de l'ovaire.

Au point de vue de l'hystérectomie pour cancer, je n'ai qu'une observation. Mais je ferai remarquer la bénignité de l'opération vaginale pour cancer (5 hystérectomies, 5 guérisons, dont 2 ont survécu trois ans).

Dans les salpingites, je n'enlève l'utérus que dans certains cas déterminés, quand les lésions sont bilatérales et très avancées, quand la conservation d'un ovaire est impossible. J'attire l'attention sur la nécessité d'enlever parfois l'utérus dans certains kystes de l'ovaire. Je divise au point de vue de la technique les procédés opératoires de l'hystérectomie en trois grandes catégories : 1° procédé de Doyen ; 2° procédé américain ; 3° procédé de dissection (Ricard, Terrier, Delagenière).

J'ai adopté le procédé américain modifié en faisant un sous-procédé qui m'a paru plus commode. Je suis partisan de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.

M. MOULONGUET (d'Amiens). Pour cancer du col limité, l'opération vaginale me semble préférable à l'abdominale, de même pour les fibromes petits et moyens.

36 hystérectomies abdominales pour fibrome m'ont donné 1 mort; 11 pour suppurations pelviennes, 2 morts; enfin 8 pour cancer, 2 insuccès.

Je cherche toujours à saisir l'utérine après l'avoir vue. Dans le cas de cancer, l'isolement de la vessie est le temps difficile, de plus, je n'ouvre le vagin que le plus tard possible. Je draine toujours par le vagin en rétrécissant la plaie vaginale.

M. VIDAL (de Périgueux) insiste sur la nécessité de faire des opérations précoces pour fibromes. Il cite plusieurs observations à l'appui de cette thèse, et notamment des dégénérescences épithéliales et des complications rénales.

POITRINE — COLONNE VERTÉBRALE

M. AUVRAY (de Paris). J'ai observé trois cas de plaies pénétrantes de l'espace de Traube. Dans mon premier cas, le malade avait reçu dans cette région un coup de couteau déterminant un pneumothorax, une perforation du diaphragme et une perforation de la face antérieure de l'estomac. La laparotomie, indiquée par l'état de contracture des parois abdominales, fut suivie de guérison, malgré un épanchement abondant du contenu stomacal dans le péritoine.

Dans les deux autres cas, une balle de revolver avait traversé la cavité thoracique, le diaphragme, le foie et l'estomac.

Dans ces deux cas, on avait constaté des hématémèses abondantes. Les deux fois, la laparotomie fut suivie de mort.

Dans un cas, la balle avait perforé la paroi antérieure et s'était arrêtée dans l'intérieur de l'estomac. Comme l'a démontré l'autopsie, aucun vaisseau n'a pu donner de sang après l'opération, et la mort semble devoir être attribuée à l'épuisement du blessé par hémorragie antérieure.

Dans l'autre cas, les deux parois étaient perforées et la perforation de la paroi postérieure fut méconnue à cause de son siège élevé.

J'insiste sur la rareté des plaies de l'espace de Traube. Elles intéressent d'ordinaire la cavité thoracique et la cavité abdominale, mais les accidents abdominaux sont autrement graves que les accidents thoraciques. Dans le thorax, en effet, le corps vulnérant n'intéresse que le bord du poumon qui est fort mince et fort mobile.

Deux fois le bord gauche du foie fut blessé, et chaque fois l'hémorragie était arrêtée au moment de l'opération. En somme, surtout avec une balle de petit calibre, les plaies de ce bord gauche sont bénignes.

D'après ce que j'ai vu, je crois qu'il faut, de parti pris, examiner la face postérieure de l'estomac, et ouvrir l'arrière cavité des épiploons. De plus, si l'on redoute une plaie limitée à la muqueuse, il faut pratiquer la gastrotomie, tout comme on le fait pour les ulcères, au moment de l'hémorragie.

Dans les plaies de l'espace de Traube, le siège de la blessure est très élevé, très profond, sur la face postérieure de l'estomac. Quelquefois, c'est la terminaison de l'œsophage qui est atteinte. Il est donc de toute nécessité d'avoir une voie d'accès très large : il faut pratiquer une incision latérale gauche, parallèle au rebord costal gauche, et venant joindre l'incision verticale de la ligne médiane. Et même, s'il est nécessaire, le rebord costal gauche doit être réséqué, comme on le fait du côté opposé pour le foie. La résection des septième, huitième et neuvième cartilages gauches, d'après le procédé de Monod et Vanverts, ainsi qu'il résulte d'expériences cadavériques, donne une voie d'accès très large.

M. TÉMOIN (de Bourges). J'ai eu l'occasion d'opérer une malade qui avait reçu six mois avant un coup de fusil à bout portant. La charge avait pénétré à droite, au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux. J'ai sectionné les parties molles au-dessous de la cicatrice, sur une étendue de 12 à 15 centimètres, réséqué la sixième côte et incité le tissu pulmonaire. J'ai extirpé une bourre complète et la malade a parfaitement guéri.

De l'utilité de l'intervention précoce dans les fractures pathologiques et traumatiques de la colonne vertébrale. — M. DELAGENIÈRE (du Mans). Au point de vue anatomo-pathologique, il faut distinguer deux sortes de fractures de la colonne vertébrale. Les fractures spontanées et les fractures traumatiques, les premières relevant presque toujours du mal de Pott. Dans les deux classes, ce sont les lésions de la moelle qui doivent déterminer l'intervention. Et dans tous les cas, où la compression n'a pas détruit complètement l'axe médullaire, la guérison opératoire peut être obtenue. Or, comme on ne peut jamais prévoir que la destruction est complète, il faut opérer dans tout les cas.

J'apporte l'observation de deux malades : l'un, opéré d'une façon précoce, a guéri ; l'autre opéré tardivement, n'a pas été amélioré.

Dans la première observation, il s'agit d'une fillette de quatorze ans, atteinte de mal de Pott depuis trois années, qui s'est fracturé la colonne vertébrale dans une chute accidentelle : l'opération relève la douzième dorsale et la première lombaire et libère des adhérences pie-mériennes.

Les deux premiers jours, la malade ressent des douleurs assez vives dans les jambes. La sensibilité reparaît le troisième jour et la flexion complète des jambes au quinzième jour.

Deux ans et demi après l'opération, la malade ne porte plus de corset. La guérison est parfaite.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une fracture traumatique, opérée six mois après. On trouve la moelle tendue sur une saillie osseuse; à ce niveau, il n'y a plus de substance médullaire. L'opération ne donne aucun résultat et la paraplégie persiste. Je compte d'ailleurs réopérer ce malade et pratiquer une suture de la moelle.

M. CHIPAULT (de Paris). Je suis de moins en moins partisan de l'intervention dans les fractures de la colonne vertébrale et je préfère l'immobilisation simple. Quant à la suture de la moelle, elle ne me paraît pas devoir donner de résultat. Lorsque l'immobilisation simple n'aura pas suffi, on pourra plus tard pratiquer la ligature des apophyses.

M. REDARD (de Paris) expose la **méthode de redressement forcé**, qu'il a adoptée depuis longtemps **pour le traitement de certaines variétés de scolioses**. Il décrit en détail les appareils qui lui servent à placer le tronc en contre-déviation, avant l'immobilisation dans le plâtre.

ESTOMAC — INTESTIN

Traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac. — M. JONNESCO (de Bucarest). Pour remédier à la dilatation de l'estomac, on a proposé successivement et séparément la gastropexie, la gastrorraphie, la gastro-entérostomie. Chacune de ces opérations est également irrationnelle, si elle est employée seule. La seule fois où j'ai eu l'occasion d'intervenir en pareil cas, je me suis demandé s'il fallait m'en contenter, et, après mûre réflexion, j'ai préféré les combiner.

Mon malade souffrait depuis trois ans de troubles stomacaux intenses. Aucun traitement médical ne l'avait soulagé. Son estomac était à la fois dilaté et prolabé et ses limites dépassaient en haut la dixième côte, en bas l'ombilic. Le 27 mai 1899, je pratique la laparotomie médiane et je combine ainsi les divers procédés. Je fais successivement :

1° La gastrorraphie, comme l'ont déjà faite Faure et Hartmann, en faufilant des fils de catgut dans la paroi antérieure de l'estomac, du pylore jusqu'au cardia. Cette paroi antérieure se trouve ainsi supprimée. Les fils sont conservés assez longs pour servir au quatrième temps.

2° La gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure.

3° La jéjuno-jéjunostomie, par adossement direct. Ces deux temps avec une aiguille de couturière et du fil de catgut 00, en sutures à trois étages.

4° La gastropexie avec les fils conservés dans le premier temps.

La guérison est obtenue sans température. Le quatrième jour le malade est mis au régime lacté. Le septième jour, l'alimentation habituelle est reprise. Il sort le 30 juillet; ses douleurs ont complètement disparu; l'estomac est imperceptible à la palpation. L'examen du suc gastrique, qui avait montré avant l'opération une hyperacidité marquée, prouve que la sécrétion est maintenant normale.

M. MONTPROFIT (d'Angers). J'ai pratiqué **11 résections de l'estomac pour cancers** avec 8 guérisons et 3 morts opératoires.

J'ai pratiqué de plus 24 gastro-entérostomies avec 3 morts opératoires dont l'une par hémiplégie. Dans ces opérations je ne me suis jamais servi du bouton anastomotique.

M. JOURDAN (de Marseille). J'ai pratiqué une fois la **gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac**. Le malade n'a eu aucun accident depuis huit mois et, résultat intéressant, la recherche de l'acide chlorhydrique, qui donnait 3,25 p. 1000 avant l'opération, ne donne plus que 0,50.

M. PANTALONI (de Marseille). J'apporte le **résultat de quinze gastro-entérostomies**. J'exécute l'opération à l'aide des sutures seules et je donne la préférence au procédé en Y de Roux (de Lausanne).

MM. BÉRARD et DELORE (de Lyon). Nous avons observé, en deux ans, 6 fois le **volvulus de l'intestin grêle chez des adultes.** Cette affection n'est donc pas spéciale à l'enfance. Le tableau clinique est absolument celui de l'occlusion aiguë. Quant à l'opération, elle doit être faite sans aucun retard.

M. MONTPROFIT (d'Angers). Dans la **cure radicale d'une énorme hernie inguinale,** j'ai trouvé dans le sac une partie de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse. J'ai été amené, à cause de l'irréductibilité, à réséquer 2m30 d'intestin grêle et 80 centimètres de gros intestin. Le malade a parfaitement guéri. Je crois donc que ces résections étendues sont beaucoup moins graves qu'on ne l'a dit.

Indication des bandages herniaires. — M. THIÉRY (de Paris). Étant donné le nombre de cures radicales de hernies que l'on fait chaque jour, on devrait supposer que le bandage herniaire n'est plus qu'un mythe. Il n'en est rien cependant, et beaucoup de malades, ignorant les dangers qu'il y a à conserver une hernie, sont encore porteurs de bandages. Pour les seules hernies inguinales, on a délivré en 1898, dans les hôpitaux de Paris, 1540 bandages inguinaux simples et 1550 bandages inguinaux doubles. L'Assistance publique a dépensé, de ce chef, 70000 francs. J'ai, pour ma part, examiné des centaines de cas et j'ai pu constater que jamais le bandage ne pouvait être utile, n'étant jamais approprié à la nature de la hernie.

Néanmoins, un bandage bien fait et bien appliqué doit être conseillé aux vieillards et aux adultes porteurs d'une hernie ne descendant pas au-dessous de l'anneau inguinal externe et facilement réductible. On doit opérer tout malade adulte porteur d'une hernie scrotale, sauf contre-indications tirées de l'état général. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

Contre les éphélides (taches de rousseur).

Soufre précipité	10 grammes.
Camphre	0,70
Mucil. gomme arabique	3 grammes.
Eau de chaux	} *ââ* 70 —
Eau de roses	

Usage externe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des prix de l'internat (médaille d'or). — Le jury de médecine est composé provisoirement de la façon suivante : MM. Debove, Besnier, Dreyfus-Brisac et Oulmont qui ont accepté et Cruveilhier.

Le jury de chirurgie est composé provisoirement de la façon suivante : MM. Chevalier et Bonnaire qui ont accepté, Routier, Gérard-Marchant et Charrin.

Concours de l'internat. — CANDIDATS MILITAIRES. — *Notes d'écrit* (18 et 19 octobre) : MM. Faure-Beaulieu, 10 + 13 = 23; Périn (J.), 11 + 12 = 23; Gibert, 10 + 10 = 20; Lévy (F.), 7 + 10 = 17; Pillet, 5 + 9 = 14.

Oral (20 octobre). Question donnée : « Artère fémorale et grenouillette » : MM. Périn (J.), 23 + 10 = 33; Gibert, 20 + 12 = 32; Lévy (F.), 17 + 14 = 31; Pillet, 14 + 5 = 19.

Les lectures continueront pour l'anatomie, le samedi 21 à cinq heures ; et la pathologie, le mardi 24 à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

Guerre. — M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux, est placé, à dater du 18 octobre 1899, dans la 2e section (réserve), du cadre des médecins-inspecteurs.

— Par décret, en date du 18 octobre 1899, M. Madamet, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, membre du comité technique de santé, est nommé au grade de médecin-inspecteur dans la première section du cadre des médecins-inspecteurs, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Morache, placé dans la section de réserve.

M. le médecin de première classe Pierrot, médecin-chef à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, est nommé, tout en conservant ses fonctions, membre du comité technique de santé.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Fache est désigné pour le 127e d'infanterie.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 41e semaine 864 décès, au lieu de 808 pendant la semaine précédente, et au lieu de 819, moyenne ordinaire des semaines d'octobre.

La fièvre typhoïde reste stationnaire. Elle a causé 21 décès, chiffre identique à celui des trois semaines précédentes. Les médecins ont signalé 100 cas nouveaux, au lieu de 106 pendant la semaine précédente.

Les autres maladies épidémiques sont très rares. La scarlatine a causé 1 décès, chiffre identique à la moyenne; la coqueluche 3 et la diphtérie 2 (moyenne 5).

La rougeole et la variole n'ont causé aucun décès.

La peste. — Rio-de-Janeiro, 18 octobre. — On dément, de source officielle, les bruits suivant lesquels la peste bubonique aurait fait son apparition à Santos.

Quelques journaux affirment que le fait est exact, ajoutant qu'on a observé depuis une quinzaine une grande mortalité sur les rats à Santos.

D'autre part, on croit que les bruits en question ont été répandus par la spéculation afin d'amener une baisse sur le change.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie de la plèvre et du poumon, par M. le professeur F. TERRIER et M. le docteur E. REYMOND. Un vol. in-12 avec gravures, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan, éditeur.

Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, leur action et leurs effets vulnérants, par les docteurs H. NIMIER, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et E. LAVAL, médecin aide-major de première classe. Un vol. in-12 avec gravures. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan, éditeur.

Tubage et trachéotomie, en dehors du croup, chez l'enfant et chez l'adulte, par le docteur A. SARGNON. Un vol. gr. in-8°, avec pl. et fig. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

L'ataxie des tabétiques et son traitement, par le docteur A. RICHE. Un vol. gr. in-8°, avec planches. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

La distribution segmentaire des symptômes en séméiologie médicale. Leçons cliniques du professeur GRASSET, recueillies et publiées par le docteur GIBERT, chef de clinique médicale à l'Université de Montpellier. Un vol. in-8° de 77 p. — Montpellier, Delord-Bœhm et Martial, éditeur.

Des épanchements urineux d'origine rénale, par le docteur A. Rattier. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Annales de la Société obstétricale de France (compte rendu des séances de la 7ᵉ session). Un vol. in-8° de 500 p., avec 61 fig. dans le texte et 2 tables générales des matières contenues dans la collection des Annales de la Société, depuis sa fondation jusqu'à 1899 inclusivement. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Fumées et poussières de Paris, spécialement dans le IXᵉ arrondissement (*La lutte contre la phtisie*), par le docteur Paul Berthod. Un fascicule. — Prix : 1 franc. — Paris, Maloine, éditeur.

Erkrankungen der gefæsse (*Maladies des vaisseaux ; 1ʳᵉ partie :* Maladies des artères), par le professeur L. von Schrötter (de Vienne). Un vol. in-8°. — Prix : 9 marks 50 pf. — Wien, Alfred Hölder, éditeur.

A Manual of Modern Gastric Methods chemical, physical, and therapeutical, by A. Lockhart Gillespie. Un vol. in-8°. avec gravures. — Prix : 5 shellings. — Edinburg, Oliver and Boyd, éditeur.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 121. — MARDI 24 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 24 OCTOBRE 1899. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

Abonnements pour un an.	France.	15 francs.
	Union postale.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(20 octobre 1899)

M. Souques présente un malade, âgé de quarante-sept ans, atteint d'un **anévrysme de la crosse de l'aorte,** lequel vient faire saillie dans la région pectorale gauche et s'est manifesté par des signes anormaux et relativement rares.

Voici, en quelques mots, l'histoire de cet anévrysme. Il y a dix mois environ, le malade ressentit des douleurs intercostales, de la dyspnée d'effort et des quintes de toux ; puis survinrent des troubles de la déglutition et des ictus syncopaux.

Une tumeur ne tarda pas à devenir visible. Elle occupe actuellement la situation suivante : elle vient faire saillie dans la région clavi-mammaire gauche et s'étend de la clavicule à la cinquième côte, et du bord sternal au bord antérieur de l'aisselle; elle a la forme d'une voussure mate et pulsatile. Les deux pouls radiaux sont synchrones, le pouls carotidien gauche n'est plus perceptible.

Cette poche est probablement implantée sur la portion horizontale de la crosse aortique et sur la face latérale gauche de cette portion qui regarde à gauche et en avant. Ce sur quoi il faut attirer l'attention, — ainsi que fort justement le fait remarquer M. Rendu, — c'est sur l'apparition des ictus laryngés, qui, en réalité, sont rares dans l'anévrysme de l'aorte.

Le traitement qu'il faut instituer est le traitement ioduré, en dépit de ce fait que, dans le cas particulier, il est impossible de découvrir la moindre trace d'une syphilis antérieure.

Mais il ne faut pas oublier que les anévrysmes de l'aorte sont sujets à des intermittences dans leurs manifestations cliniques (Le Gendre, Béclère), et il ne faut pas se hâter de conclure à l'efficacité du traitement, alors que l'atténuation de quelques signes objectifs peut être en quelque sorte spontanée et habituelle.

M. Variot présente un cas d'**inocclusion du septum ventriculaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et sans cyanose.** On sait que cette malformation congénitale a fait l'objet d'une remarquable étude de Roger (1879). Le diagnostic en est possible sur le vivant, grâce à l'existence d'un souffle systolique très fort et râpeux, ayant son maximum au tiers supérieur de la région précordiale, non propagé dans les vaisseaux du cou et accompagné d'un frémissement cataire.

A ce propos, M. Duflocq insiste sur l'avenir qui est réservé à ces malades. Il rapporte l'histoire d'une fillette qui, il y a quatorze ans, fut examinée par M. Potain, et chez laquelle le diagnostic d'inocclusion ventriculaire était évident. Actuellement, cette fillette est résistante, peut courir, faire de la bicyclette; mais son cœur est considérablement hypertrophié, la pointe vient battre dans le huitième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. En dépit d'une bonne santé apparente actuellement, on peut craindre en pareil cas que l'existence des malades ne se prolonge pas pendant longtemps.

M. Merklen rappelle que l'on a décrit le **passage de caillots de l'oreillette droite à l'oreillette gauche par un trou de Botal non oblitéré** (*embolie paradoxale*). On arrive à s'expliquer ainsi certaines embolies de la grande circulation dont, autrement, on ne comprendrait pas l'origine. M. Merklen a récemment constaté un fait de cette nature à une autopsie de cardiaque mort avec des embolies multiples.

M. Béclère lit, au nom de M. Boinet (de Marseille), une observation d'**hémiplégie transitoire,** de **monoplégie brachiale droite assez prolongée dans un cas de maladie de Basedow** inutilement traité par l'exothyropexie, la résection totale des deux sympathiques cervicaux et la thyroïdectomie.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XIIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1899 (*suite*)]

FOIE

M. LEJARS. J'ai fait depuis 1893, 20 opérations de **cholécystostomies et cholécystectomies** et je voudrais signaler l'excellence des résultats tant immédiats qu'éloignés.

Deux fois j'ai eu à traiter des cholécystites suraiguës colibacillaires, et j'ai eu 1 mort et 1 guérison parfaite depuis trois ans. Le drainage des voies biliaires employé dans ces deux cas m'a donné de bons résultats dans les gros empyèmes de la vésicule.

Le même traitement a été souvent appliqué par moi aux cholécystites calculeuses chroniques ordinaires où le phénomène principal, celui qui commande le plus généralement l'intervention, est la douleur. Le diagnostic différentiel envers ces formes chroniques et le cancer est souvent fort difficile, mais dans le doute il ne faut pas hésiter à intervenir.

Les cholécystites calculeuses peuvent être réparties en 3 groupes :

a. Celles où l'on trouve un liquide clair avec un gros calcul souvent unique. La cholécystostomie est le traitement de choix.

b. Les formes où l'on trouve une vésicule bourrée de calculs gros ou petits. J'ai fait pour ces cas 9 cholécystostomies dont 7 sont restées guéries, mais avec quelques ennuis dus soit à leur fistule soit à la persistance de la vésicule. Au contraire 3 cholécystectomies sont restées absolument indemnes. D'où je conclus que le drainage des voies biliaires n'est pas toujours indispensable.

c. Une dernière variété composée de vieilles vésicules rétractées, pleines d'une bouillie calculeuse. La cholécystostomie est là la seule opération possible.

On peut conclure que les opérations sur les voies biliaires donnent des résultats particulièrement heureux. Dans toutes les formes septiques, on fera l'abouchement de la vésicule. La cholécystectomie, meilleure dans ses résultats, sera réservée aux cas où l'ablation paraît particulièrement facile.

M. PONCET. Tous les auteurs reconnaissent que le **drainage des voies biliaires** produit une accalmie complète dans les accidents hépatiques. Les affections non calculeuses peuvent relever des mêmes méthodes et en particulier les infections gastro-intestinales à forme hépatique.

Dans un cas où des crises de fausses coliques hépatiques s'accompagnaient d'infection, je me suis bien trouvé d'établir un drainage permanent.

M. REYNIER. La **cholédocotomie sans sutures**, opération déjà ancienne, est encore peu courante; j'en rapporterai une observation dans laquelle des douleurs dites gastriques s'accompagnaient d'ictère, d'amaigrissement et de fièvre. Après laparotomie je trouvai sous le foie des adhérences nombreuses entéro et gastro-hépatiques. Au milieu de ces adhérences, on sentait une masse qui était certainement un calcul. Il fut extrait par une incision de 1 centimètre et demi. Des sutures auraient été difficiles et dangereuses à mettre, à cause de la proximité de la veine porte. Je me contentai de protéger la région avec un drainage à la gaze. La réunion fut parfaite.

Je pense que c'est là une opération facile, utile à généraliser.

M. DOYEN. J'ai l'habitude de toujours **fermer la vésicule**. Je le fais en me servant de mon écraseur et d'une ligature. C'est le même procédé que j'applique à la fermeture du duodénum et de l'estomac dans la pylorectomie.

Lorsque j'extirpe la vésicule biliaire, j'aime peu à faire une simple ligature du canal cystique qui oblige au drainage. J'ai coutume de faire la décortication sous-séreuse de la vésicule et la fixation du manchon séreux à la paroi. Bien entendu j'emploi mon écraseur pour fermer le canal cystique.

CÆCUM

M. VAUTRIN (de Nancy). Outre la tuberculose et le cancer, il y a une affection sur laquelle je voudrais attirer l'attention du Congrès, c'est le **rétrécissement inflammatoire du cæcum**. On en trouve dans la littérature médicale 10 cas, j'en ajouterai un onzième. Il s'agit d'un malade ayant des antécédents syphilitiques, et qui présentait une tumeur de la fosse iliaque droite. L'évolution de cette tumeur fut accompagnée d'accidents d'obstruction intestinale. Le traitement spécifique fut institué et à deux reprises les accidents s'amendèrent. Plus tard, l'inefficacité du même traitement étant devenue évidente, je fis la laparotomie. J'extirpai le cæcum et mon malade guérit. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un rétrécissement inflammatoire. Je pense qu'étant donné les antécédents du malade et l'action indéniable du traitement spécifique il s'agissait d'une lésion syphilitique.

Les autres observations que j'ai pu réunir se rapportent, tantôt à des rétrécissements d'origine extrinsèque, tantôt à des lésions typhiques ou dysentériques. Un fait à noter est que presque toujours la sténose siège au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Les résultats obtenus dans ces nouveaux cas montrent que la résection du cæcum est relativement facile et bénigne. Je considère comme la méthode de choix l'exclusion de la portion intestinale à enlever. Dans une opération secondaire on peut extirper l'anse exclue.

M. PHOCAS (de Lille). J'ai fait, dans un cas, une **extirpation étendue du côlon transverse**. Mon malade présentait une constipation opiniâtre, des coliques et une tumeur sus-ombilicale très mobile, d'une consistance et d'un volume variables. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un néoplasme du côlon transverse, Je réséquai 17 centimètres de cet intestin, puis pratiquai une entérorraphie en prenant la précaution de faire un abouchement partiel à la paroi. Mon malade porte encore une fistule stercorale de petite dimension.

M. DELAUNAY (de Paris). J'ai eu deux fois l'occasion de pratiquer l'**extirpation du cæcum**. Dans un cas, il s'agissait de tuberculose, bien que M. Brault ait fait des réserves sur le diagnostic histologique. Dans un autre cas, j'ai eu affaire à un cancer. Mes deux malades ont guéri.

Dans ces deux faits, après extirpation de la partie malade, j'ai fermé les deux bouts intestinaux, puis pratiqué une entéro-anastomose qui fut latéro-latérale dans un cas, et termino-latérale dans l'autre.

J'estime qu'il faut intervenir aussi tôt que possible, et qu'il est regrettable que les médecins nous envoient trop souvent des cas désespérés.

M. BOUILLY. J'ai observé un cas de **rétrécissement cicatriciel** et un cas de **tuberculose du cæcum**.

Ma première observation a trait à un malade qui souffrait de vagues crises appendiculaires. En enlevant l'appendice

je trouvai un cæcum épaissi, entouré d'adhérences. Quelques jours après se produisait une fistule intestinale. Deux fois je pratiquai sans succès une entérorraphie. Résolu à une opération plus large, je trouvai sur le cæcum un rétrécissement qui montait vers le côlon. La résection me donna une guérison. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un rétrécissement inflammatoire chronique.

Dans le second cas, j'ai eu affaire à une jeune malade pour laquelle on avait posé les diagnostics de pérityphlite et d'appendicite. La résection de l'appendice ne fit disparaître aucun symptôme. Je pratiquai alors une résection étendue de toute la partie malade, puis une entéro-anastomose avec le bouton de Murphy. Il y eut malheureusement un peu de sphacèle intestinal, d'où une fistule qui persiste encore.

En résumé, je pense qu'il faut être très hardi et très large dans ce genre d'opération.

M. DOYEN. J'ai une observation de **rétrécissement cicatriciel** absolument comparable à celle de M. Bouilly. Quant à ma technique, elle consiste à fermer les deux bouts intestinaux par une double ligature en bourse, je fais ensuite l'anastomose latéro-latérale.

M. MONTPROFIT. Je fais également la fermeture des deux bouts et l'anastomose latéro-latérale. Quant à la longueur du segment réséqué, je pense qu'elle n'a pas d'importance.

APPENDICE

M. ROUX (de Lausanne). Les erreurs de diagnostic sont fréquentes lorsqu'il s'agit d'**appendicite**, et je vous citerai un cas où une vésicule enflammée descendant très bas simulait une affection appendiculaire, alors que le cæcum et l'appendice se trouvaient dans la fosse iliaque opposée.

Je pense que c'est une erreur grave de vouloir opérer immédiatement tous les cas d'appendicite, car, d'une part, l'opération faite trop hâtivement n'est pas toujours innocente ; et, d'autre part, on peut tomber sur une erreur de diagnostic, et avoir à faire une opération pour laquelle on est insuffisamment armé.

L'observation de plus d'un millier de cas me permet d'affirmer qu'on tuerait plus en opérant toujours qu'en s'abstenant systématiquement, car on s'expose à traiter une appendicite bénigne avant son encapsulement. C'est surtout dans les formes mésocoliques que l'intervention est dangereuse.

Si nous examinons de quelle façon meurent les malades non opérés, nous voyons que c'est par perforation secondaire, accident que l'on peut éviter en ouvrant les foyers collectés. Il faut donc attendre que l'infection se limite et ne pas prendre pour de la péritonite généralisée l'exsudat séreux qui se fait autour de l'abcès encapsulé.

Enfin, je vous rappellerai qu'opérer pour des signes gastro-intestinaux et une douleur dans la fosse iliaque droite, c'est s'exposer comme à plaisir aux pires erreurs de diagnostic : indigestions, cholécystites, appendicites hystériques, etc.

M. LARGER (de Maisons-Laffitte). Je proteste également contre l'opération systématique. Dans 21 cas, j'ai obtenu par le traitement médical 21 succès. Je suis partisan de l'opération à froid, sauf quand l'on a affaire à des sujets sédentaires susceptibles de suivre un régime.

M. PICQUÉ. J'ai trop vu mourir de malades qui avaient subi le traitement médical pour ne pas être fixé maintenant. Trop souvent s'abstenir, c'est faire courir au malade un véritable danger de mort.

M. MONTPROFIT. Je n'ai pas opéré systématiquement tous les cas qui se présentaient. J'estime que le pouls donne des indications précieuses, et qu'il faut en tenir grand compte.

Relation de 21 opérations d'appendicite suivies de succès. — M. GUILLEMAIN (de Paris). Les opérations que j'apporte représentent ma pratique de deux années : du 1er août 1897 au 1er août 1899 ; elles se répartissent ainsi :

7 appendicites à froid, 14 appendicites aiguës, dont une avec péritonite généralisée.

La péritonite généralisée consistait en une adhérence des anses intestinales entre elles : elles étaient recouvertes d'un enduit visqueux. Ces adhérences ont persisté, comme j'ai pu m'en assurer, en enlevant l'appendice à froid au bout d'un an, et font du malade un infirme, souvent pris d'obstruction.

Pour les appendicites aiguës, contrairement à la majorité des chirurgiens, j'institue toujours le traitement médical, et je n'interviens que quand ce traitement échoue, ou quand il y a un abcès nettement constaté.

Pour les appendicites à chaud. Deux fois j'ai enlevé l'appendice ; en règle générale, il faut se contenter d'ouvrir l'abcès sans rechercher l'appendice, quitte à l'enlever plus tard à froid. Mes faits personnels et ceux d'autres chirurgiens que j'ai pu observer, m'ont prouvé que l'ablation de l'appendice augmente la gravité de l'acte opératoire et expose aux fistules stercorales.

M. PONCET. Dans un cas, j'ai pratiqué la décortication sous-séreuse de l'appendice. Un de mes élèves a montré que c'était là toujours une opération facile, tant sur l'appendice sain que sur l'appendice malade. Cette méthode est particulièrement indiquée dans les cas où des adhérences rendent pénible la libération de l'appendice.

RATE

M. JONNESCO. J'ai fait, depuis 1896, **29 splénectomies pour splénomégalie avec adhérences.** Dans plusieurs cas, les malades présentaient de l'ascite. Ces cas m'ont donné 10 morts.

J'ai depuis cherché à pratiquer la ligature atrophiante. L'expérimentation sur les animaux m'a montré que sur les rates saines, il se produit un sphacèle total, mais que si l'on crée des adhérences artificielles, il se produit, par la ligature, une atrophie rapide du viscère.

Ce résultat m'incline à faire la ligature totale du pédicule dans les grosses rates adhérentes. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections d'huile créosotée dans le traitement des chéloïdes.

La fréquence des récidives après l'ablation chirurgicale des chéloïdes est aujourd'hui bien connue. MM. Balzer et Mousseaux ont essayé, dans un cas de ce genre, les injections intra-parenchymateuses d'huile créosotée à 25 p. 100 déjà préconisées par M. P. Marie (1). Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, de constitution strumeuse et dont le père est mort tuberculeux ; elle présentait au niveau du lobule de l'oreille gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant dans toute la région maxillaire voisine, de coloration rouge brun et de consistance élastique ; cette tumeur avait déjà été extirpée il y a trois ans et avait récidivé

(1) Soc. méd. des hôpit., 3 mars 1893.

plus volumineuse qu'auparavant. Une autre plus petite était apparue à l'angle de la mâchoire. Après avoir porté le diagnostic de chéloïdes vraisemblablement tuberculeuses, les auteurs ont pratiqué dans ces tumeurs des injections d'huile créosotée à 20 p. 100; ils injectaient chaque fois 1 centimètre cube en plusieurs piqûres faites en des points différents : mais, le tissu se laissant difficilement infiltrer par le liquide, une certaine quantité ressortait presque aussitôt; la douleur était peu intense, mais les jours suivants il se produisait une inflammation assez vive avec gonflement, bientôt suivie de l'élimination d'une portion de tissu chéloïdien, et d'une ulcération assez profonde se réparant en quelques jours et ne laissant qu'une cicatrice presque invisible, la petite chéloïde a disparu après 4 injections, ne laissant à sa place qu'une trace rougeâtre; 9 injections furent pratiquées dans la plus grosse, dont il ne persiste plus qu'une grosseur du volume d'une petite noisette, molle, élastique, située dans le sillon rétro-auriculaire ; le lobule de l'oreille a reparu et s'est dégagé ; il est entouré d'une zone rouge brunâtre, souple, où l'infiltration de la peau tend à diminuer : l'amélioration déjà obtenue permet d'espérer un résultat encore plus complet.

M. Péri (de Toulouse), rapportant une observation analogue (1), constate qu'il a obtenu par les injections d'huile créosotée une amélioration considérable dans une chéloïde récidivée et extrêmement développée. Comme toujours, elles ont agi en amenant l'escarrification et l'élimination de fragments de néoplasme. Le résultat immédiat a été excellent. Malheureusement le malade a été depuis perdu de vue.

Le nitrate de plomb dans le traitement de l'ongle incarné.

Voici en quoi consiste ce procédé, déjà indiqué par MM. Chailloux et Tardif (de Longué) et préconisé plus récemment par M. Montprofit [d'Angers (2)] : avec une spatule très plate on glisse profondément, entre l'ongle et le bourrelet fongueux, une mince couche d'ouate, et on protège les tissus sains en dehors du bourrelet avec une légère mèche d'ouate roulée.

Puis dans la rainure comprise entre les deux tampons d'ouate, c'est-à-dire sur le bourgeon charnu, on place du nitrate de plomb finement pulvérisé. Par-dessus le tout il faut mettre un peu d'ouate et une bande.

Au bout de deux ou trois applications, le bourgeonnement est complètement détruit et le bord de l'ongle à découvert. On sectionne alors avec les ciseaux le bord de l'ongle de façon à faire cesser l'irritation, et la cicatrisation survient facilement avec la disparition de la douleur. Il n'y a plus qu'à surveiller pour éviter la récidive.

Pendant le traitement le malade peut marcher et vaquer à ses occupations sans éprouver de gêne. Dès les deux premières applications la marche devient plus facile. Ce procédé est toujours efficace, sauf lorsqu'il n'y a pas de bourgeon ulcéré et saillant; dans ce cas il vaut mieux avoir recours à l'intervention sanglante.

VARIÉTÉS

Deux illustres transfuges de la médecine : Gœthe et Schiller (3).

Par M. le docteur Cabanès.

I

« Il y a plus d'un demi-siècle, écrit Gœthe avec quelque amertume, que je suis connu comme poète dans mon pays, et même à l'étranger, et on ne songe pas à me contester ce titre. Mais ce qu'on ne sait pas aussi généralement, et qu'on n'a pas pris assez en considération, c'est que je me suis occupé des phénomènes physiques et physiologiques de la nature avec la plus grande attention, et que je les ai observés en silence avec cette persévérance que la passion seule peut donner (1). »

Tout le monde, en effet, a lu *Faust* et *Werther*, et beaucoup ignorent que la plume qui a produit ces chefs-d'œuvre a écrit un *Essai sur la métamorphose des plantes*, une esquisse d'*anatomie philosophique*, un traité sur la *théorie des couleurs*.

C'est à Leipzig, où il commença ses études, que Gœthe entendit pour la première fois prononcer les noms de Haller et de Linné. La lecture de leurs ouvrages lui donna le goût de l'histoire naturelle. Il s'en lassa bientôt pour s'occuper d'alchimie. Puis renonçant à cette science pleine de visions et de rêveries, il suivit le conseil de son père, qui l'engageait à prendre ses degrés de jurisprudence.

Il se rendit dans ce but à Strasbourg, qui possédait à l'époque une faculté de médecine célèbre. Des professeurs distingués, tels que Lobstein, attiraient à leurs leçons la jeunesse studieuse. Gœthe, dont l'esprit est ouvert à toutes les curiosités, devient un des auditeurs les plus assidus des cours de médecine. Non content de suivre des cours, il veut voir et *pratiquer*. Il étudie l'anatomie, fréquente les cliniques, malgré l'extrême répugnance que lui inspire la vue des malades (2). Lobstein guide ses recherches, et soutient de l'appui de son expérience les premiers pas de son élève.

Gœthe se passionne à la lecture des œuvres des médecins célèbres; il goûte plus particulièrement les écrits de Paracelse et de Boerhave. Il consacre ses loisirs à la physiognomonie et à la chiromancie, qui l'attirent par leur côté mystérieux, tout en lisant avec ardeur des traités de géologie et de zoologie, d'optique et de météorologie.

En 1773, quand il quitte Strasbourg à l'âge de vingt-quatre ans, son génie est en pleine expansion. L'année suivante, il se révèle au monde par un coup d'essai, qui était un coup de maître : *Werther* paraît en 1774.

Pour acquérir des connaissances plus approfondies sur les propriétés des métaux, il est pénétré de la nécessité d'acquérir des notions sérieuses de physique et de chimie. Il fréquente les laboratoires, assiste aux expériences, s'intéresse à la direction des aérostats, aux recherches sur l'électricité, et plus particulièrement à ses applications à l'art de guérir.

C'est à Iéna que Gœthe commença ses premières recherches d'anatomie comparée, sous la direction du professeur Loder. Iéna possédait un musée d'anatomie humaine et une collection d'ostéologie. Gœthe visite d'abord les collections en amateur, mais bientôt il s'assied modestement sur les bancs de l'école, et il saisit bravement le scalpel de l'anatomiste, comme il avait manié le marteau du géologue : il se met, avec toute l'ardeur d'un néophyte, à préparer des squelettes, et d'autres pièces, qui figurent encore aujourd'hui dans les collections publiques (3).

Le jour où il découvre l'os inter-maxillaire de l'homme, son enthousiasme ne connaît pas de bornes :

« J'éprouve, écrit-il à la date du 27 mars 1784, à M[me] de Stein, une joie inappréciable. J'ai fait une découverte anatomique aussi importante qu'inattendue. Ma sensation a été si vive que mes entrailles en ont été remuées. »

Quand sa dissertation sur l'os inter-maxillaire est termi-

(1) *Journ. des maladies cut. et syphil.*, août 1899.

(2) *Anjou méd.*, 1899, n° 10.

(3) Le 150e anniversaire de la naissance de Gœthe vient d'être le prétexte, en Allemagne, de publications nombreuses; en France, nul n'a songé à cette commémoration.

Nous n'avons pas compétence — et le cadre ne s'y prêterait d'ailleurs pas — de louer le talent poétique et dramatique de Gœthe; mais nous pouvons, au moins, porter un jugement sur sa valeur scientifique, — et c'est l'unique tâche que nous ayons voulu nous réserver.

(1) Faivre. *Œuvres scientifiques de Gœthe*, p. 28.

(2) Faivre. Op. cit., p. 30.

(3) *Œuvres scientifiques*, etc., p. 35.

née, il la communique à son professeur, Loder, à Merck, qui fait autorité en la matière, au philosophe Herder, qui proclame hautement son admiration.

Fort de ces marques d'approbation, Gœthe soumet son essai aux anatomistes de profession, et, contre toute attente, le jugement qu'ils portent lui cause un désenchantement cruel.

Camper affecte à son égard une bienveillance amicale, presque blessante; Blümenbach, tout en lui prodiguant d'affectueux encouragements, n'hésite pas à nier l'existence même de l'os inter-maxillaire; quant à Sœmmering, il dédaigne d'exercer sa sévérité sur « une œuvre d'écolier », qui, confesse-t-il, pourtant, a « dû coûter bien de la peine à l'auteur. »

Quelque peu déçu, Gœthe quitte Carlsbad pour entreprendre un voyage en Italie. Il y poursuit ses recherches scientifiques, sans négliger ses productions littéraires. Des vues nouvelles sur les phénomènes de la germination, sur l'identité des parties végétales, sont le résultat de ses méditations. La botanique occupe alors tous ses instants.

A son retour d'Italie, il reprend ses chères études. Pendant trois ans, il suit des cours à Weimar, et à Iéna, centre universitaire le plus important de l'Allemagne. C'est à Weimar qu'il fait ses premières recherches d'optique et qu'il pose les bases de cette théorie des couleurs, qu'il développera plus tard dans un ouvrage étendu.

A cette époque, Gœthe se lie avec Schiller d'une amitié qui ne devait jamais s'affaiblir. Si l'on retrouve, à ce moment, l'inspiration de Gœthe dans l'œuvre capitale de Schiller, *Guillaume Tell*, on ne doit pas oublier que, dans son *Optique*, Gœthe reconnaît avoir reçu de son collaborateur l'explication d'un phénomène chromatique, qui avait jusqu'alors échappé aux observateurs les plus attentifs.

En 1810, Gœthe publiait son *Traité des couleurs*. Cet ouvrage, accueilli avec froideur par le monde savant, eut un meilleur sort auprès des peintres et des gens du monde, qui s'accordèrent à en louer la partie symbolique et artistique.

Toujours à la tête du mouvement progressiste, Gœthe, qui est devenu le conseiller intime du grand-duc Charles-Auguste, décide son protecteur à appeler à l'une des chaires de l'université d'Iéna, le chimiste Dœbereiner. Il profite de cette relation pour faire des expériences sur l'aciération du fer et pour rechercher les moyens de constater la présence des poisons dans le corps de l'homme et des animaux.

On retrouve jusque dans le roman de *Wilhem Meister* des traces de l'impression que la chimie industrielle avait produite sur l'esprit de Gœthe (1).

Plus tard, il s'initiera de même à la paléontologie, que Cuvier avait créée de toutes pièces; et il échangera une correspondance suivie avec Geoffroy Saint-Hilaire, qui venait de commencer ses premières publications. Il se passionnera de même pour la météorologie, à la suite de la lecture d'un ouvrage que Howard avait publié à Londres sur la configuration des nuages : il ne se contentera pas de répéter toutes les expériences de ce physicien, mais il s'ingéniera à exprimer poétiquement les théories arides du savant anglais.

Il y aurait, certes, un intérêt puissant à rechercher, dans l'œuvre littéraire de Gœthe, la trace de ses fortes connaissances scientifiques. La poésie n'est-elle pas le manteau le plus riche de la science? Quand l'homme de science est un artiste, n'a-t-il pas à sa disposition le plus merveilleux des instruments? Exprimer ses pensées dans une langue souple et facile que tout le monde peut pénétrer, n'est-ce pas la vraie vulgarisation scientifique? Le temps, seul, a manqué à Gœthe pour réaliser un plan qu'il avait longtemps caressé : la composition d'un vaste poème sur les phénomènes de la nature. Il en a pourtant laissé quelques fragments qui font suffisamment pressentir l'intérêt de l'œuvre.

(1) Faivre. Loc. cit., p. 51.

Il n'a, toutefois, manqué aucune occasion d'exposer ses théories scientifiques sous forme d'épisodes, de fictions ou de récits, et cela dans les meilleures de ses compositions littéraires. On retrouve dans *Faust*, dans les *Années d'apprentissage de Wilhem Meister*, dans les *Affinités électives*, des considérations sur les sciences, en général, et plus spécialement sur les sciences naturelles.

Dans *Faust*, il essaie de démontrer l'inanité de la science et les illusions des savants.

Dans *Wilhem Meister*, tout un chapitre est consacré à l'anatomie plastique. Wilhem y défend chaleureusement cette nouvelle et ingénieuse application de l'industrie à la science. Il rappelle les services qu'elle rend aux beaux-arts et à la médecine; il insiste sur son importance pour les femmes-médecins, auxquelles la dissection du corps humain inspire souvent de la répugnance et du dégoût. Il conclut que l'anatomie plastique est une véritable conquête pour le savant, le chirurgien et l'artiste.

Dans la dernière année de sa vie, cette question ne laissait pas que de le préoccuper encore.

Dans une lettre, peu connue, qu'il adressait au conseiller Beuth (de Berlin), Gœthe demandait la fondation d'un établissement d'anatomie plastique, où la science, l'art et la technique pourraient être réunis. Mais là où il se trompait, c'est quand il avançait que l'anatomie plastique dispenserait des dissections cadavériques. Le poète, qu'il restait malgré tout, croyait naïvement qu'on n'aurait plus, grâce à son système, « à déplorer des excès, des crimes même, que le besoin des études médicales ne saurait justifier. »

Peut-être avons-nous insisté plus que de raison sur l'œuvre scientifique de Gœthe. Au moins puissions-nous avoir réussi à révéler un côté, peu exploré, de sa biographie.

Malgré quelques erreurs, — quel grand homme n'a pas ses verrues! — Gœthe doit prendre rang parmi les naturalistes philosophes les plus éminents du siècle. Le temps, les connaissances techniques, une méthode suivie, lui ont fait également défaut. Aussi n'a-t-il laissé qu'un nombre restreint de travaux vraiment pratiques.

N'aurait-il composé que son manuscrit sur l'*Os inter-maxillaire*, ses *Essais sur les métamarphoses des plantes*, et ses quelques pages incomplètes d'anatomie descriptive, que nous devrions lui réserver une place d'honneur dans la galerie des savants illustres.

II

Le nom de Gœthe attire invinciblement sur les lèvres celui de son compagnon de lettres, de l'auteur de *Guillaume Tell* et des *Brigands*, du poète Schiller. Combien savent que le plus grand dramaturge dont l'Allemagne puisse s'enorgueillir était destiné, si la Providence n'en eût autrement décidé, à manier la lancette et le bistouri!

Le père de Schiller, qui avait été attaché en qualité de chirurgien-barbier à un régiment de hussards bavarois, n'avait jamais eu d'autre ambition pour son fils que de lui voir embrasser la carrière paternelle. Il l'avait, dans cette intention, fait instruire par un ministre protestant, puis il l'avait placé dans un gymnase.

En 1775, l'Académie de Ludwisburg ayant été transférée à Stuttgard, le prince régnant de Wurtemberg avait exprimé le désir qu'on créât des cours de médecine pour les jeunes gens que ces études tenteraient.

Schiller qui, jusque-là, avait hésité à fixer son choix sur la jurisprudence ou la théologie, mais qui s'était surtout imprégné de la lecture des œuvres de Herder (1), son auteur

(1) Un des plus célèbres penseurs de l'Allemagne, qui fut tout à la fois historien, moraliste, théologien et philosophe, Herder, avait préludé à ses travaux de métaphysique par l'étude de la médecine.

Herder, fils d'un maître d'école, d'autres ont dit d'un boucher ou d'un

favori, se sentait un goût particulier pour l'anthropologie et la physiologie. Ces sciences lui paraissant avoir une relation étroite avec les sciences médicales, il crut trouver l'occasion de parfaire son instruction philosophique, en la complétant par l'étude de la médecine.

A sa sortie de l'Académie, à peine âgé de vingt-un ans, il fut nommé chirurgien (*Arz*) du régiment d'Augé. Auparavant il aurait, dit-on, trouvé un emploi de médecin dans la maison du duc de Wurtemberg, aux appointements de 18 florins, environ 45 francs par mois (1).

C'est pendant qu'il était chirurgien qu'il fit représenter à Manheim, sa pièce des *Brigands* (2). Le désir bien naturel d'assister à la première représentation de son œuvre, lui fit oublier durant quelques heures son devoir militaire.

Il se rendit à Manheim sans congé. A son retour, condamné aux arrêts pour avoir illégalement déserté son poste, il subit sa punition sans murmurer, puis il offrit sa démission. Son protecteur, le duc de Wurtemberg, ne l'entendait pas de cette oreille : non seulement il ne voulut point l'autoriser à se livrer à ses goûts littéraires, mais encore il lui interdit de faire autre chose que des publications médicales. On suppose que c'est à ce moment qu'il aurait utilisé ses loisirs à écrire deux dissertations médico-physiologiques, dont on le soupçonne d'être l'auteur, mais dont on ignore aujourd'hui jusqu'au titre.

Quoi qu'il en soit, il ne tardait pas à quitter cette terre peu hospitalière, et il dut presque s'enfuir du grand-duché de Wurtemberg sous un nom d'emprunt. Libre désormais, il allait s'engager dans une carrière qui devait être si fructueuse, si triomphale!...

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 30 OCTOBRE AU 4 NOVEMBRE 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 30 OCTOBRE, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Poirier et Sébileau ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Kirmisson et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher; — M. Méry, suppléant.

MARDI 31 OCTOBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Ballet et Desgrez.

3e (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Roger.

4e : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Quénu et Albarran ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Hartmann et Thiéry; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

VENDREDI 3 NOVEMBRE, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Rémy, Retterer et Sébileau; — M. Delbet, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e série) : MM. Lannelongue, Poirier et Lejars; — (2e partie) : MM. Landouzy, Letulle et Widal; — M. Mauclaire, suppléant.

SAMEDI 4 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (ancien régime) : MM. Blanchard, Broca (André) et Desgrez.

2e : MM. Rémy, Hanriot et Gley.

4e : MM. Pouchet, Langlois et Vaquez; — M. André, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Debove, Thiroloix et Dupré; — (2e partie, 2e série) : MM. Hutinel, Roger et Marfan; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat (séance du samedi 21 octobre). — *Anatomie* : MM. Dardeau, 12; — Wagon, 7; — Touchard, 6; — Bosc, 5; — Trénaunay, 8; — Ribadeau-Dumas, 12; — Mary, 3; — Marcland, 7; — Chevé, 12; — Sabaréanu, 13.

Bordeaux. — *Concours de l'internat.* — Ce concours vient de se terminer et voici par ordre de classement les noms des candidats : MM. Aubarret, Brun, Mlle Nourrit, MM. de Fleury, Pujos, Duverger; *ex æquo*, MM. Saux, Duballen, Péry.

Une nouvelle épreuve aura lieu dans les premiers jours de la semaine prochaine pour établir la nomination définitive d'un de ces trois derniers candidats.

Le sujet de composition écrite était : « Lobule hépatique, ictère grave. »

Les sujets des épreuves orales : « Conjonctive, ophtalmie purulente. Canal inguinal, anatomie pathologique, signes et diagnostic des hernies inguinales réductibles. Creux poplité. Fracture de la rotule. »

Marine. — M. Couteaud, médecin principal du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer le 23 octobre courant sur le *Gaulois* à Brest, en remplacement de M. le médecin de première classe Onimus.

M. Merleaux-Fonty, médecin de deuxième classe embarqué sur la *Dévastation*, passera, lors du désarmement de ce cuirassé, sur le *Gaulois*.

La désignation de M. le médecin de deuxième classe Barnal, pour servir au 2e dépôt des équipages à Brest, est annulée.

M. le médecin de deuxième classe de réserve Lassou, du port de Rochefort, est rayé, sur sa demande, des cadres de la réserve de l'armée de mer.

Par décision présidentielle du 20 octobre 1899 a été acceptée la démission de son grade, offerte par M. Deschamps, médecin de première classe de réserve de l'armée de mer.

Le navire hôpital, le « Saint-Pierre », est arrivé à Saint-Servan, le 11 de ce mois, rapatriant 19 malades pris à Saint-Pierre et Miquelon; il en avait reçu 20 au départ, mais l'un d'eux est mort en mer au retour.

La maison des Œuvres de mer, à Saint-Pierre, est restée ouverte jusqu'au 20 de ce mois, le désarmement amenant une grande affluence dans ce port.

Pendant cette saison, outre les traversées d'aller et retour, le *Saint-Pierre* a fait 5 croisières sur le banc. Voici le bilan de ses opérations sous la direction de M. le médecin de première classe de la marine Gallas :

---

boulanger, semblait peu préparé par cette descendance, pas plus d'ailleurs que par sa constitution physique, à suivre cette carrière. Il avait dix-huit ans, quand un chirurgien suisse, qui passait par Möhrungen, sa ville natale, remarqua ses brillantes dispositions et proposa de se charger de son éducation.

A peine arrivé à Kœnigsberg, il suivit les cours de l'Université, mais le spectacle de la première opération chirurgicale à laquelle il assista lui fit une telle impression, qu'il renonça pour toujours à poursuivre ses études médicales. Esprit inquiet dans un corps malingre, il se tourna vers la théologie, qui répondait mieux à ses aspirations. Il devint prédicateur à la cour.

Puis la philosophie l'attire et le captive. Élève de Kant, qu'il combattra plus tard, il donne des leçons de littérature à Gœthe, dont il reste l'ami, entretient des relations suivies avec les penseurs du monde entier, notamment avec Lessing et Schiller. Dans le langage imagé et nébuleux qui lui est propre, un philosophe allemand a écrit quelque part : « Herder et Schiller voulurent se faire chirurgiens dans leur jeunesse, mais le destin le leur défendit : Il existe, leur dit-il, des blessures plus profondes que celles du corps, guérissez-les. Et tous les deux écrivirent. » Ils firent aussi bien.

(1) *Union médicale*, 1865, t. XXVI, p. 279.

(2) La pièce fut, un peu plus tard, traduite en français par La Martillière, et jouée chez nous sous le titre de : *Robert, chef des brigands*.

Malades hospitalisés à bord du *Saint-Pierre*, 54; nombre de journées d'hôpital à bord, 885; consultations données à bord de différents navires, 102; livraisons de médicaments aux navires qui en manquaient, 55.

Le navire-hôpital n'a accueilli dans son infirmerie que les malades assez gravement atteints pour que leur abandon sur les autres navires aient pu mettre leur vie en danger ou provoquer chez eux des infirmités incurables. Pour tous les autres, des consultations ont été données, accompagnées d'instructions à leurs capitaines et des médicaments qui leur étaient nécessaires.

Le musée du Frioul. — Au lazaret du Frioul, en face de Marseille, se trouvent réunis les différents instruments qui servaient jadis à communiquer avec les pestiférés.

A côté des gigantesques sabres de cavalerie, et des piques avec lesquelles on ouvrait les bubons... à distance, on rencontre les longues tiges d'argent usitées pour administrer les derniers sacrements aux moribonds sans danger de contamination.

Plus loin se trouve un engin formidable dont la vue rappelle les horreurs de l'Inquisition. C'est une gigantesque cisaille de fer, semblable à une pince de homard et qui porte le nom galant de pince à cadavres. C'est avec cet instrument que les croque-morts confiaient aux flots bleus de la Méditerranée les cadavres des malheureux pestiférés.

Auprès de ce musée des horreurs se trouvent réunis d'autres souvenirs moins macabres, entre autres la chaise à porteurs de la duchesse d'Angoulême qui, en 1820, fit une quarantaine au Frioul, à son retour de Naples.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 122. — JEUDI 26 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 26 OCTOBRE 1899. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE....... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(24 OCTOBRE 1899)

Il est rationnel que l'Académie soit saisie, de temps en temps, des grandes questions de pratique médico-chirurgicale qui se traitent ailleurs que dans son enceinte. C'est ainsi que, sur l'invitation du bureau, M. Pinard a lu un rapport succinct, mais cependant suffisamment documenté, sur le **Congrès de gynécologie et d'obstétrique** qui s'est tenu, en août dernier, à **Amsterdam**. Nous ne suivrons pas ce rapport dans les citations qu'il contient, car nous ne ferions que répéter ce que nos lecteurs ont déjà lu dans le compte rendu que nous avons donné nous-mêmes de ce Congrès. Nous y relevons seulement quelques remarques personnelles de M. le rapporteur. Les congressistes fort nombreux qui se sont réunis à Amsterdam ont tout d'abord constaté l'absence systématique des gynécologues et des accoucheurs allemands. Ce n'est pas la première fois qu'on voit nos confrères d'outre-Rhin obéir ainsi militairement à un mot d'ordre. Quoi qu'il en soit, leur absence ne semble pas avoir diminué l'intérêt très grand des communications et des discussions.

Par une curieuse coïncidence, l'une des questions portées au Congrès de chirurgie se trouvait également au programme du Congrès d'Amsterdam : le traitement chirurgical des fibro-myomes de l'utérus. Tandis qu'au Congrès de chirurgie la question a surtout porté sur les meilleurs procédés opératoires ; à Amsterdam, plusieurs gynécologues se sont demandé si réellement il n'existait pas de traitement médical de cette affection ou, pour mieux dire, si tous les fibromes utérins étaient justiciables d'une intervention. Il n'est pas un de nos chirurgiens qui, malgré les progrès considérables accomplis dans ces derniers temps dans la technique opératoire, soutiendrait cette opinion. On ne s'étonnera donc pas qu'il ait été fait quelques réserves aux conclusions du rapporteur chargé de traiter cette question, malgré l'exclusivisme du rapporteur, qui, comme on sait, était M. Doyen.

M. Pinard a fait un grand éloge du rapport de M. Richelot, qui a retracé d'une façon magistrale les trois grandes périodes de l'antisepsie, depuis Lister jusqu'à nos jours. Relativement à cette question, nous sommes heureux de constater les tendances à la simplification des méthodes et des procédés d'asepsie.

Plusieurs questions d'obstétrique ont été discutées dans ce Congrès. Presque tous les accoucheurs se sont trouvés d'accord sur la plupart des questions, sur les indications respectives de l'opération césarienne, de la symphyséotomie. D'un commun accord, a été à jamais repoussée l'embryotomie dans les cas où l'enfant est vivant.

M. Brouardel a fait un court rapport sur un travail de M. Loir (de Tunis), relatif à l'epoque où il convient de pratiquer les **revaccinations dans les pays chauds**. La conclusion de l'auteur est que la vaccination et les revaccinations doivent être faites surtout dans les mois les plus frais. M. Brouardel ajoute qu'il serait sage de saisir de cette question nos gouverneurs coloniaux.

L'Académie a entendu plusieurs lectures intéressantes : c'est d'abord une curieuse observation de M. Jonnesco (de Bucarest) sur un cas de **troubles psychiques graves résultant d'une compression du cerveau** et qui ont complètement disparu après la décompression du cerveau, obtenue par une craniotomie pratiquée du côté gauche ; c'est ensuite une présentation de M. Reverdin (de Genève), d'un **instrument très simple et très pratique destiné à maintenir la bouche ouverte pendant la chloroformisation** ; c'est encore un travail de M. Gastou sur l'**emploi des injections huileuses de bi-iodure de mercure dans le traitement d'affections syphilitiques ou d'affections d'autre nature** ; c'est enfin une notice historique de M. Courtade sur les **causes de la surdité de Jean-Jacques Rousseau**. Bien que la vie de Jean-Jacques

Rousseau ait été fouillée dans les recoins les plus intimes, en particulier par notre érudit confrère, le docteur Cabanès, cette particularité était jusqu'ici restée dans l'ombre. D'après les documents qu'il a pu se procurer, M. Courtade est arrivé à cette conclusion que Jean-Jacques Rousseau était atteint de la maladie de Ménière.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XIIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1899 (*fin*)]

DISCUSSION SUR LA DEUXIÈME QUESTION : « TUMEURS DES OS » (1)

M. GROSS (de Nancy). J'ai eu l'occasion d'extirper une tumeur pulsatile de la rotule ; les extrémités articulaires du fémur et du tibia étaient saines. Quatre mois après l'opération, je fis l'amputation de cuisse pour récidive fémorale et quelque temps après le malade mourait avec généralisation.

M. DOYEN. Dans deux cas de tumeurs du crâne, une fois en Russie et une fois en France, on a cru opérer un petit lipome et l'incision seule a montré que l'on se trouvait en présence d'un sarcome. Quant aux tumeurs du maxillaire supérieur, elles ne sont pas toujours incurables : un de mes malades est guéri depuis huit ans. Je suis toujours partisan d'interventions très étendues. Quand l'os atteint est suivi par une amphiarthrose, il faut remonter très haut : à l'épaule pratiquer l'interscapulo-thoracique, à la hanche l'interilio-abdominale.

M. FORGUE (de Montpellier). J'ai examiné 11 ostéo-sarcomes et j'en ai opéré 9 avec 3 guérisons.

Une fois j'ai extirpé une petite tumeur de l'extrémité inférieure du tibia qui me frappa par sa mollesse et la gravité des hémorragies.

M. Bosc fit l'examen histologique : la tumeur se composait d'un stroma conjonctif à grandes alvéoles avec des cellules polymorphes épithélioïdes. Dans les fentes inter-fasciculaires, on voyait des cellules en voie de prolifération. M. Bosc prononça le nom d'endothéliome lymphatique. Je signale la malignité particulière de cette forme.

M. JONNESCO (de Bucarest). Je rapporte une observation que je crois devoir ranger dans les *anévrysmes vrais des os*. Il s'agissait d'une tuméfaction volumineuse et fluctuante de condyle externe du fémur. L'incision me conduisit dans une caverne limitée d'une part par le cartilage, d'autre part par le périoste, dans laquelle on trouvait un caillot et de petits vaisseaux donnant de partout. Je laissai, après tamponnement, la caverne se combler par bourgeonnement ; le résultat fut excellent et la guérison s'est maintenue depuis un an.

Après avoir observé ce malade, je me suis convaincu de l'existence des anévrysmes primitifs des os, déjà admise par Richet. Le diagnostic d'avec les tumeurs malignes est difficile et se fait surtout par l'évolution post-opératoire.

M. PONCET (de Lyon). Je ne crois pas l'observation de M. Jonnesco plus probante que celle de Richet, et je pense qu'il s'est trouvé en présence d'un endothéliome ou d'une tumeur à myéloplaxes.

M. J.-L. FAURE. Je ne crois pas qu'il y ait lieu d'établir de règles particulières pour le traitement des tumeurs malignes des os. Quelle que soit leur nature histologique et quel que soit leur siège, ces tumeurs doivent être enlevées et la seule contre-indication à l'extirpation d'une tumeur maligne ne réside guère, à mon sens, que dans son impossibilité anatomique.

En principe, l'os entier doit être enlevé lorsqu'il est envahi en un point quelconque, et l'amputation d'un membre dans le segment situé au-dessus de lui réalise le traitement idéal.

Les ostéo-sarcomes des membres sont donc tous extirpables, ceux de l'omoplate et de l'os iliaque sont eux-mêmes justiciables des désarticulations interscapulo-thoracique et interilio-abdominale. Ceux des os de la face sont facilement accessibles, et je ne vois guère comme au-dessus des ressources de la chirurgie que les tumeurs de la base du crâne et des corps vertébraux.

J'ai opéré 12 malades pour des néoplasmes osseux, en comptant ceux qui ont été opérés pour des tumeurs malignes développées dans le maxillaire supérieur.

Un énorme ostéosarcome de l'omoplate traité par la désarticulation interscapulo-thoracique m'a donné une mort.

J'ai eu également une mort dans un volumineux ostéosarcome de l'os iliaque.

Trois ostéosarcomes du fémur, dont l'un siégeait à la racine de la cuisse et a entraîné la désarticulation de la hanche, m'ont donné 3 guérisons.

J'ai eu une autre guérison dans un ostéosarcome de l'astragale traité par l'amputation de la jambe.

Un ostéosarcome costal m'a également donné une guérison opératoire, malgré une large ouverture de la plèvre.

Quatre extirpations du maxillaire supérieur m'ont donné 2 morts et 2 guérisons.

Enfin un énorme ostéosarcome du maxillaire inférieur m'a donné une guérison.

Soit en tout, sur 12 cas, 4 morts et 8 guérisons.

Sur ces 8 guérisons opératoires, les 2 amputations de cuisse ont été perdues de vue.

L'ostéosarcome costal a certainement récidivé et le malade auquel j'ai désarticulé la hanche commence une récidive.

Un des opérés pour tumeur du maxillaire supérieur a récidivé. L'autre, auquel j'avais fait une extirpation de la moitié de la face, a succombé vingt-trois mois plus tard à une affection interne mal déterminée, sans récidive locale.

Le malade amputé de jambe pour ostéosarcome de l'astragale va bien depuis dix mois.

Enfin le malade auquel j'ai enlevé les trois quarts du maxillaire inférieur, pour un ostéosarcome ayant envahi et ulcéré la peau, est complètement guéri depuis trente-cinq mois.

M. CALOT (de Berck-sur-Mer). J'ai rencontré 6 cas de tumeurs des os, ce qui est peu dans un milieu comme Berck. Dans 3 autres cas, j'avais cru à des tumeurs des os, alors qu'il s'agissait d'ostéomyélite prolongée. Sur les 6 premiers cas, je me suis abstenu 3 fois à cause de l'étendue des lésions et notamment chez deux frères atteints tous les deux de sarcomes des os.

VESSIE — RECTUM — VAGIN

M. AUVRAY. Je crois intéressant de rapporter l'observation d'un malade opéré par Verneuil, il y a vingt-sept ans, pour une **malformation ano-rectale consistant dans un abouchement du rectum dans la vessie**. Verneuil fit un simple abouchement du rectum à la région anale, en laissant la communication vésicale.

Actuellement, le malade est bien portant, il présente un

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1089.

léger degré de prolapsus ; la seule chose qu'il doive éviter avec soin est la constipation, car son anus est inextensible. Dans les premières années, l'urine refluait dans le rectum, maintenant le sperme seul suit cette voie. A plusieurs reprises, il a présenté des crises de cystite, et une blennorragie récente s'est accompagnée de signes intenses de rectite.

J'hésite devant une opération. Et cependant mon malade, du fait de son abouchement anormal, est exposé à des accidents rénaux graves.

MM. BOURSIER et MONOD (de Bordeaux). Nous avons trouvé dans la littérature médicale **415 cas d'ovariotomies pour kystes simultanés des deux ovaires.** C'est un point sur lequel les auteurs restent muets au point de vue clinique. Les moyens de faire le diagnostic sont particulièrement négligés.

M. DELANGRE (de Tournai). Mon expérience personnelle m'a conduit à multiplier les **indications de la colpotomie.** C'est surtout contre l'hématocèle rétro-utérine que j'ai eu à utiliser cette opération.

Au début, quand l'hémorragie est en voie d'évolution, et surtout lorsqu'elle est menaçante par son importance, on est autorisé à aller par la voie haute. Si la collection suppure, la voie basse est indiquée. Il en est de même au cas de persistance indéfinie d'une collection hématique.

En résumé, pleinement satisfait de mes interventions vaginales, dans tous les cas où l'on peut hésiter entre les deux voies, je vais par le vagin.

M. ADENOT (de Lyon). Nous pratiquons à Lyon l'opération de Laroyenne, dans les mêmes conditions que notre confrère de Tournai, et personnellement je m'en suis toujours bien trouvé.

M. ADENOT (de Lyon). **L'épithélioma primitif du vagin** est une affection rare, il n'est cependant pas exceptionnel. Nous en présentons un cas chez lequel l'ablation simple a donné un excellent résultat. L'absence de récidive, trois ans après l'opération, nous a engagé à vous présenter cette observation.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

M. Pozzi distingue deux formes d'épithélioma primitif du vagin, une forme végétante et une forme infiltrée, toutes les deux à marche rapide, ce qui est la caractéristique du cancer primitif du vagin.

Chez notre malade, la lésion a évolué lentement, sans tendance à l'ulcération. Cette marche est comparable à celle du cancer atrophique, et les caractères anatomiques de la tumeur permettent également ce rapprochement.

Nous proposons donc d'ajouter aux deux formes ordinaires à marche rapide, décrites par les auteurs, une troisième forme à marche lente, que nous appellerons cancer atrophique du vagin, pour la bien distinguer des formes ordinaires précédentes.

VOIES URINAIRES

M. LEJARS. Je vais rapporter quelques observations **d'abcès anti-rénaux de diagnostic difficile.** J'ai réuni cinq faits personnels :

1° Une grosse tumeur du flanc droit, s'accompagnant de symptômes généraux graves. L'incision postérieure conduisit sur un rein sain ; mais en contournant son bord externe, je tombai dans une vaste poche phlegmoneuse.

2° Un cas de pseudo-occlusion intestinale avec une grosse masse dans le flanc gauche. La laparotomie médiane me montra un mésocôlon descendant soulevé par une masse purulente. J'ouvris une vaste poche que je marsupialisai.

3° Un malade présentait des antécédents pseudo-appendiculaires, s'accompagnant d'une masse dans le flanc droit. La laparotomie latérale mena sur une grosse collection anti-rénale.

4° Après un accouchement une malade présenta des frissons et une douleur dans le flanc droit. L'incision postérieure conduisit sur un rein sain. Instruit par l'expérience, je pris la voie antérieure et ouvris une collection purulente d'odeur intestinale.

5° Je reçus récemment une tumeur du flanc gauche, diagnostiquée sarcome du côlon ou du rein ; c'était un abcès qui guérit aisément. Je pense qu'il y a là une forme de suppuration périnéphrétique, intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement.

M. FÉVRIER (de Nancy). Dans un cas où à la suite d'une chute sur la région lombaire, des hématuries s'étaient produites à plusieurs reprises, j'ai trouvé un calcul normal. Or, ce qui me paraît intéressant, c'est que l'épreuve de la radiographie avait été négative.

M. CARLIER (de Lille). Les abcès, dont a parlé M. Lejars, sont susceptibles de localisations diverses. J'ai opéré, d'un **abcès sous-rénal**, un vieil urinaire qui avait, du reste, le rein correspondant presque détruit par la suppuration.

Ma communication a pour but d'attirer l'attention du Congrès sur la facilité de la néphrectomie sous-capsulaire. J'y fus amené dans un cas de fibro-lipomatose péri-rénale, où la libération du rein par les procédés ordinaires était dangereuse et presque impossible. La décortication fut aisée, et je saisis mon pédicule vasculaire avec une pince que je laissai à demeure.

M. BRAQUEHAYE (de Tunis). Je voudrais attirer l'attention sur le **traitement de la fistule vésico-vaginale par un procédé nouveau.** Je dissèque la fistule en même temps qu'une collerette de muqueuse vaginale. Cette collerette est refoulée vers la vessie, en la retournant, et je l'affronte par un surjet au catgut. Au-dessus de ce premier plan de suture, les lèvres de la plaie vaginale sont rapprochées et suturées en un plan.

M. LAVAUX (de Paris), après avoir cité plusieurs observations sur le **pronostic et le traitement chirurgical de l'hématurie,** conclut de la façon suivante :

L'hématurie spontanée est une variété d'hémorrhagie très rarement mortelle. Les auteurs anciens et les auteurs modernes sont d'accord sur ce point. Les quelques faits en apparence contradictoires, publiés dans ces dernières années, n'ont pas la valeur qu'on a voulu leur attribuer.

Le pronostic de l'hématurie dépend essentiellement de sa cause.

L'hématurie ne peut être invoquée comme indication opératoire, que dans certains cas de tumeurs du rein ou de tumeurs pédiculées, ou sessiles de la vessie. Dans les cas de cancer infiltré des parois vésicales, l'hématurie, si elle est convenablement traitée, ne présente presque jamais de gravité.

Il n'est pas démontré que l'hématurie due à la tuberculose des voies urinaires puisse quelquefois nécessiter, seule, une intervention chirurgicale.

Toute opération est formellement contre-indiquée dans les cas **d'hématurie dite essentielle.**

On ne peut recourir à un traitement chirurgical rationnel de l'hématurie, qu'après avoir fait un diagnostic complet et très précis.

Dans les cas d'hématurie due à une lésion de la vessie, des injections intra-vésicales, pratiquées avec un liquide aseptique très chaud, une solution saturée d'acide borique, par exemple, peuvent rendre de réels services.

M. LEGUEU. Dans la **cure radicale de l'hydrocèle**, j'emploie toujours, avec succès, l'inversion de la vaginale. Pour que cette opération réussisse facilement, il faut que la tumeur se laisse énucléer hors du scrotum, et qu'elle ne soit pas trop volumineuse. Pour maintenir l'inversion, j'ai coutume de fixer la vaginale au cordon par un point.

CHIRURGIE DES MEMBRES

M. A. CHIPAULT (de Paris). Les résultats remarquables que j'obtiens depuis cinq années dans le **mal perforant**, par **l'élongation des nerfs plantaires**, m'ont engagé à proposer une intervention analogue dans une catégorie d'ulcérations encore plus fréquentes et rebelles, dans les ulcères variqueux.

1° Un temps d'élongation nerveuse qui s'adresse au nerf sur le territoire duquel se trouve l'ulcère.

On n'oubliera pas, en élongeant le nerf, et pour ne point le rompre, la friabilité toute particulière des nerfs du membre inférieur chez les variqueux.

2° Un temps de traitement direct de l'ulcère qui se pratique de deux manières différentes :

Un procédé de nécessité, qui consiste à cureter à fond pour transformer la plaie fétide et scléreuse en une surface cruentée aussi saine que possible.

Un procédé de choix, et qui consiste, après désinfection, à réaliser sous un seul pansement la réunion par première intention de l'ulcère.

J'ai appliqué cette méthode, avec un succès complet, dans cinq cas rebelles d'ulcères de jambe. Deux des guérisons datent de plus de deux ans : aussi ai-je la conviction que l'élongation des nerfs est destinée à prendre, dans cette affection, la place du procédé de choix, peut-être même une place exclusive.

M. THIÉRY (de Paris). Je veux attirer l'attention du Congrès sur une **nouvelle préparation à base d'acide picrique**, qui m'a donné les meilleurs résultats. Il s'agit d'éther picriqué. J'en applique ordinairement sur mes points de suture et, depuis cette époque, les cas de suppuration, dans ma pratique journalière, ont presque complètement disparu.

M. FAURE (de Paris). Je crois que, dans certaines opérations où l'économie du sang est nécessaire, il y a intérêt à pratiquer la **ligature de l'artère principale**. Mais je crois aussi que les tissus nourris par cette artère sont alors dans de mauvaises conditions de réparation. Il y a donc avantage, tout en ménageant le sang pendant l'opération, à rétablir ensuite la circulation dans la région que l'on vient d'opérer.

Sous ce rapport, la ligature temporaire vaut mieux qu'un pincement quelconque. Une pince, en effet, ne tient qu'à condition d'être fortement serrée, et elle risque alors de meurtrir le vaisseau.

Je la fais, sauf dans certains cas particuliers, avec un catgut que je serre légèrement afin de ne pas blesser les parois du vaisseau, le catgut est serré par un nœud simple maintenu par une pince à pression qu'il suffit d'enlever au moment voulu pour voir se défaire le nœud. L'opération terminée, les principaux vaisseaux liés, on rétablit le cours du sang, on jette quelques ligatures sur les vaisseaux qui peuvent encore donner, et le lambeau se trouve de nouveau largement nourri.

J'ai exécuté cette manœuvre avec un résultat parfait dans un cas de désarticulation de la hanche pour un énorme ostéosarcome de la racine de la cuisse. La réparation a été très rapide.

Dans une hystérectomie abdominale pour cancer, après ligature des deux iliaques internes, qui m'a permis de disséquer parfaitement les tissus malades, j'ai rétabli le cours du sang dans une des deux artères de façon à vivifier de nouveau les tissus du petit bassin.

Enfin dans une tentative d'extirpation d'un énorme ostéosarcome de l'os iliaque, j'ai été conduit à pratiquer la ligature temporaire de l'aorte abdominale elle-même, ligature que j'ai faite dans ce cas avec un fil élastique maintenu par une pince et sortant par la plaie abdominale. Il a été ainsi très facile de lever la ligature à la fin de l'opération et après la fermeture du ventre.

Je crois que c'est surtout dans l'hystérectomie abdominale pour cancer que cette ligature temporaire trouvera ses indications principales.

M. GUILLEMAIN (de Paris). Chez un malade qui s'est fracturé le coude gauche à l'âge de six ans, se manifeste vingt-six ans après une **paralysie cubitale à évolution rapide** et qui, en quatre mois, est à peu près complète. Le dynamomètre donne 5 kilogrammes à gauche et 38 à droite. Je l'opère le 31 octobre 1895 et je libère le nerf comprimé dans un canal ostéo-fibreux. Le nerf atteint de névrite aiguë est rouge, augmenté de volume et bosselé. L'amélioration de la paralysie n'est devenue appréciable qu'au bout de six mois. Elle s'est accentuée pendant trois ans et actuellement le dynamomètre donne 32 kilogrammes contre 40 du côté sain.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE (de Paris). Toute la thérapeutique des maladies articulaires est dominée par la doctrine de l'**immobilisation.** On doit admettre comme un dogme que l'immobilisation est à la fois le meilleur préventif et le meilleur curatif des maladies inflammatoires des articulations.

M. Championnière estime que, si le repos de l'articulation est utile et indiqué lors des maladies articulaires, l'immobilisation est aussi pernicieuse pour l'organe malade que pour un organe sain. Elle est un obstacle à une bonne nutrition.

La persistance du mouvement est une condition indispensable d'un bon retour aux fonctions.

Le mouvement conservé n'a pas besoin de représenter une longue course articulaire, mais il doit pouvoir être répété jusqu'à guérison de l'article.

Je l'ai démontré d'abord pour les fractures et pour les plaies articulaires.

Les fractures articulaires que l'on immobilise encore avec tant de soin (coude, extrémité supérieure et inférieure de l'humérus) guérissent plus vite et mieux sans immobilisation avec des mouvements méthodiques.

Les plaies des articulations ont besoin d'une action antiseptique très puissante, mais celle-ci obtenue, elles guérissent toujours mieux sans immobilisation et permettent la conservation ou le retour rapide des mouvements.

Les plaies opératoires des articulations en ont donné les

meilleures preuves et j'ai le premier supprimé l'immobilisation, d'une façon absolue, après l'opération pour la fracture de rotule et pour toutes les opérations articulaires en général.

Même après l'arthrectomie je rétablis les mouvements le plus vite possible sans faire d'application immédiate d'appareil inamovible. Je recherche et j'obtiens la conservation des mouvements là où beaucoup de chirurgiens n'obtiennent que l'ankylose.

Après les résections qui doivent être suivies du rétablissement des mouvements, depuis de longues années, j'ai supprimé les appareils inamovibles (coude, épaule, poignet, petites articulations).

La mobilisation très rapide des jointures nouvelles est un point capital pour obtenir des mouvements parfaits.

Les inflammations articulaires et surtout les arthrites tuberculeuses n'ont pas davantage besoin de l'immobilisation. L'excès de douleur peut en faire une nécessité. Mais, dans tous les cas dans lesquels cet excès de la douleur ne la commande pas, la conservation d'une certaine dose de mouvements est plus favorable à la réparation que l'immobilisation absolue.

Je peux citer un bon nombre d'observations de tumeurs blanches du genou, de l'articulation du coude, de la tibio-tarsienne, qui m'ont donné des guérisons bien persistantes et avec mouvements parfaits.

L'application des pointes de feu suivie de l'application d'un emplâtre de Scott modifié, avec ouverture ou injection des foyers à l'iodoforme et au naphtol, forme le traitement sans application d'appareil inamovible et avec une conservation d'une certaine quantité de mouvements, en certains cas avec conservation de la fonction du membre.

J'ai eu l'occasion d'agir ainsi en bon nombre de circonstances, dans lesquelles l'application de l'appareil inamovible était considérée comme urgente et comme indispensable. La guérison a été obtenue avec une conservation parfaite des mouvements.

Parmi les cas les plus remarquables il faut citer celui d'un enfant qui fit à cinq et à sept ans une tumeur blanche tibio-tarsienne et qui guérit si bien qu'il a été pris pour le service militaire et l'a accompli sans encombre.

Plus près de nous une fillette de cinq ans, âgée aujourd'hui de onze ans, a fait une suppuration du genou, une tumeur blanche des plus menaçantes et traitée sans immobilisation, en rétablissant même la marche très vite ; elle présente aujourd'hui un genou absolument souple et solide.

M. MÉNARD (de Berck). Au point de vue opératoire, je distingue trois catégories de **tuberculoses de la hanche.** On se trouve en présence ou d'un abcès clos, sans infection secondaire, ou d'un abcès fistuleux depuis peu, ou de fistules anciennes. Dans le premier cas, quand l'abcès ne s'est pas encore ouvert à l'extérieur, on doit obtenir la réunion par première intention. L'incision de choix passe en avant de la ligne verticale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure. On la complète par un trait horizontal qui libère entièrement le grand trochanter, et on coupe le col sur place sans chercher à le luxer, ce qui pourrait amener des fractures. On fait ensuite un curetage complet. Dans les deux autres cas, l'opération est moins réglée ; on réunit plusieurs fistules, on fait un nettoyage soigné et l'on s'abstient de toute suture. Quand les fistules sont récentes, les résultats sont encore bons ; ils le sont beaucoup moins quand les fistules sont anciennes.

Enfin, dans les cas où la résection n'est plus indiquée, à cause de l'étendue des lésions, la désarticulation de la hanche peut être heureusement proposée.

J'ai vu quelquefois l'albuminurie disparaître après cette opération.

M. CALOT (de Berck). En principe, je repousse la résection comme traitement de la tumeur blanche. Je repousse également le traitement conservateur simple, c'est-à-dire l'immobilisation dans un appareil plâtré. Je n'admets qu'une immobilisation très relative et de très courte durée. J'attaque directement les lésions bacillaires par des injections de liquides modificateurs, et dès que le traitement du foyer tuberculeux est fini, je mobilise la jointure, non pas avec les mains, mais plutôt avec des machines appropriées à chaque articulation.

Il faut ajouter à ces manœuvres de mobilisation des massages quotidiens des muscles atrophiés. Ainsi nous pourrons à l'avenir obtenir une véritable et complète guérison des tumeurs blanches : guérir le mal en sauvant le fonctionnement de la jointure.

M. PHOCAS (de Lille). La mobilisation des arthrites tuberculeuses, surtout à la hanche et au genou, à mon avis, très dangereuse. Je crois qu'il ne faut la faire que pour remédier à une mauvaise attitude.

ORTHOPÉDIE

M. COUDRAY (de Paris). On doit, après réduction non sanglante de la **luxation congénitale de la hanche,** obtenir une guérison complète, anatomique et fonctionnelle. La méthode de Lorenz doit être modifiée, et la façon de faire l'appareil plâtré est capitale. Si l'appareil est arrêté au genou, on peut reluxer la tête, et la prise du pied est nécessaire pour éviter cet accident. J'estime, d'autre part, que la radiographie doit être mise à contribution pour s'assurer du résultat. Les malades doivent être radiographiés au moins une fois par mois.

M. CALOT (de Berck). Dans les **ankyloses non tuberculeuses,** je suis partisan de la **mobilisation sous chloroforme** pour amorcer le mouvement, et, dans la suite, quand la douleur a disparu, de mobilisations successives. Je ne crois pas au réveil de l'inflammation, car l'on n'a rien à perdre, et on a au moins 50 chances p. 100 d'arriver à une mobilisation, vraiment utile, de la jointure ankylosée.

M. MORESTIN (de Paris). J'ai pratiqué à différentes reprises l'**astragalectomie pour pied plat,** et je suis convaincu que l'on doit obtenir ainsi de bons résultats. Dans tous les cas, je conseille le drainage. J'ai pu constater la reconstitution de la voûte plantaire et la substitution d'un pied creux au pied plat opéré.

M. MAUCLAIRE (de Paris). Sur un **pied bot varus équin,** la **radiographie** m'a montré que l'astragale gênait les mouvements du pied.

J'ai extirpé cet os et j'ai commencé les séances de mobilisation au quinzième jour. La guérison fut rapide et le résultat satisfaisant.

QUESTIONS DIVERSES

M. FORGUE. Dans les **septicémies abdominales post-opératoires,** je crois qu'il est nécessaire de faire une distinction. Les unes sont dues à la contamination par des liquides du petit bassin ; celles-là peuvent guérir. Les autres viennent de l'intestin ; elles sont dues à la transsudation des germes au travers des parois intestinales amincies par la désinsertion

des adhérences : celles-ci sont très graves. Pour ces dernières surtout, je suis partisan de l'intervention précoce, plutôt par l'abdomen que par le vagin et en ménageant autant que possible les adhérences déjà établies. Ma méthode de drainage est un peu spéciale; je place dans le petit bassin un gros tube en siphon qui m'a donné les meilleurs résultats.

M. DOYEN (de Paris). La **pelvi-péritonite de l'homme** présente beaucoup d'analogies avec celle de la femme. Comme chez cette dernière elle est souvent suppurée. La contamination du petit bassin peut se faire de bas en haut ou de haut en bas. De bas en haut, l'infection vient du système génital, de la prostate, des vésicules séminales, du cordon spermatique ou bien elle est consécutive à une ulcération rectale, à l'ostéomyélite de la partie antérieure du sacrum et de la face interne de l'os iliaque, à un kyste hydatique du bassin. Au contraire, l'infection par la voie descendante est presque toujours consécutive à l'appendicite.

La conduite à tenir varie beaucoup suivant ces différents cas. C'est ainsi que, dans deux cas, j'adoptai la voie sacrée, par résection large du sacrum. Dans un cas de kyste hydatique du petit bassin, j'assurai le drainage par le périnée. Dans une tuberculose du système génital, je fis une large brèche inférieure en fendant tout le périnée, en ouvrant le rectum comme deux valves et je pus ainsi facilement cueillir la prostate, les vésicules séminales et le col de la vessie. La guérison est maintenant complète, malgré la persistance d'une petite fistule pendant quelque temps.

M. REMY (de Paris). Dans les grosses suppurations, je préfère au drainage ordinaire le tamponnement simple sans aucune espèce de suture. La plaie est laissée largement béante, on ne fait pas de lavage, et l'on comble la cavité avec des serviettes aseptiques. J'ai eu ainsi d'excellents résultats, pour un vaste abcès du foie, à coli-bacille, et aussi pour une suppuration d'origine appendiculaire, dont la cavité ne reçut pas moins de deux serviettes et demie.

M. VILLAR (de Bordeaux). Après avoir opéré un **fibrome volumineux de la paroi abdominale**, je crois qu'il est absolument irrationnel de chercher à ne pas ouvrir le péritoine. Il faut enlever la tumeur très largement sans se préoccuper des sutures ultérieures. Il suffit de débrider en haut et en bas vers le pubis et vers l'appendice xyphoïde, pour que la réunion soit des plus aisées.

M. DEMONS (de Bordeaux). J'ai eu l'occasion d'opérer une **maladie kystique du péritoine**, dont l'observation ressemble beaucoup à celle déjà rapportée par Péan. Pour la partie épiploïque et afin d'abréger l'opération, je crois qu'il ne faut pas chercher à extirper chaque kyste séparément. Il est plus simple, plus aisé et plus rapide de réséquer tout l'épiploon.

MM. FÉVRIER et GROSS (de Nancy). Les **brûlures consécutives à l'exposition aux rayons X** peuvent revêtir trois formes. Elles peuvent être légères, superficielles et c'est ainsi qu'elles se présentent généralement chez les physiciens. Elles n'en sont pas moins longues à disparaître, comme en témoigne un érythème simple qui sous nos yeux a résisté trois mois au traitement.

Dans une deuxième forme, la brûlure se complique d'alopécie généralisée, de poussées eczémateuses de la peau et quelquefois de chute des ongles. Enfin, on peut observer des escarres graves, profondes et désespérantes par la lenteur de leur évolution. Un malade dont on avait radiographié la hanche et qui était à 11 centimètres de l'appareil, a vu survenir au niveau de l'aine une phlyctène, bientôt remplacée par une escarre qui mit de longs mois à s'éliminer.

Au huitième mois, il avait une ulcération de la largeur de la main. Je l'ai traité à partir de ce moment par des pansements antiseptiques et il a guéri en un mois. Je crois donc que, pour, les brûlures dues aux rayons X, l'infection la plus légère prolonge la maladie beaucoup plus que pour les plaies dues à d'autres causes.

M. VAN STOCKUM (d'Amsterdam). On a dit que le **phlegmon ligneux** n'a rien de spécifique. Je dois cependant signaler que, comme dans un cas de Reclus, j'ai trouvé dans un phlegmon ligneux, consécutif à une cure radicale de hernie et opéré par moi neuf mois après la première intervention, le bacille pseudo-diphtéritique.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE

Par le docteur LESNÉ,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

I

Depuis les merveilleuses découvertes de Pasteur, la bactériologie a fait de grands progrès, et quittant le domaine exclusif du laboratoire, elle est venue aider la solution de nombreux problèmes cliniques, éclairer le diagnostic et fixer le pronostic d'une foule de maladies infectieuses.

La multiplication des laboratoires, la simplification des méthodes d'examen ont rendu faciles à acquérir ces connaissances de technique microbiologique, indispensables à tout médecin. Ce sont ces notions élémentaires, essentiellement pratiques, que nous désirons résumer en quelques pages; nous étudierons donc, après quelques généralités nécessaires à connaître sur les microbes en général, les bactéries pathogènes spontanément, les plus importantes, avec leurs propriétés biologiques et pathologiques.

HISTORIQUE. — Leuwenhoeck, au début du XVIIIe siècle, fut le premier à décrire les bactéries qu'il examinait à l'aide d'une lentille, puis Otto Frédéric Müller appliqua le microscope à leur étude. En 1850, Rayer et Davaine, puis en 1855, Pollender découvraient, dans le sang d'animaux malades ou morts de la maladie « sang de rate », les bâtonnets charbonneux. Mais c'est à Pasteur que l'on doit, en 1861 (Mémoire sur la fermentation appelée lactique), d'avoir établi les connexités qui unissent la fermentation des liquides au développement dans leur intérieur d'êtres vivants infiniment petits, les bactéries. Puis une fois cet essor donné, on découvrit peu à peu toute une série de microbes dont la liste est loin encore d'être close. Citons les noms de Chantemesse, Cornil, Chamberland, Roux, Koch, Klebs, Lœffler, Eberth, etc.

PLACE DES BACTÉRIES EN HISTOIRE NATURELLE. — Les bactéries ont été successivement considérées comme des animaux, puis comme des plantes. Nægeli les rangea parmi les champignons et les désigna sous le nom de schizomycètes ; celui de schizophicées conviendrait mieux, car certaines présentent du pigment leur permettant, semble-t-il, d'assimiler comme les plantes vertes, sous l'influence de la lumière, carbone et acide carbonique. Van Tieghem les considère comme une espèce d'algues à morphologie très variable, les cyanophycées.

FORME. — Les bactéries peuvent revêtir trois formes spéciales : *arrondie*, *bacillaire* et *spiralée*.

La première forme, celle de *coccus*, comprend :

Les *microcoques* dont les cellules sont isolées ou réunies sans ordre distinct ;

Les *diplocoques* où elles sont groupées par deux ;

Les *tétragènes*, où elles sont groupées par quatre ;

Les *staphylocoques*, où elles sont groupées en grappe ou en éventail ;

Les *streptocoques*, où elles sont groupées par chaînettes.

La seconde forme, ou bacillaire, est celle d'un bâtonnet, tantôt très court, ovoïde, libre (*bacterium*), ou mince et allongé, libre ou réuni à ses congénères (*bacillus*).

La troisième forme comprend des bâtonnets courts, en virgule (*vibrion*), ou des bâtonnets longs, courbés, en spirale (*spirille*). Cette troisième forme n'est en somme qu'une variété de la seconde.

Entre ces différentes formes existent des transitions ; les bactéries sont, du reste, polymorphes, et le milieu de culture a une grosse influence sur leur aspect, c'est ainsi que, dans les milieux pauvres, elles présentent des renflements, ce sont les *formes d'involution*.

Dimensions. — Les dimensions comparées des microbes varient de 0 μ 5 (bacille de la tuberculose) à 2 μ (bactérie charbonneuse) pour l'épaisseur ; quant à la longueur, elle varie suivant les espèces et même suivant les éléments d'une même espèce : elle équivaut en général à 4 à 6 fois l'épaisseur.

Structure. — Les bactéries sont composées d'une membrane mince à double contour dont la face externe peut subir la transformation gélatineuse dans certains cas, et donner lieu à une capsule (pneumocoque). Cette membrane renferme une substance claire ou granuleuse, partie centrale du microbe, qui présente les propriétés physiologiques du noyau, sans en avoir cependant tous les caractères. Certaines bactéries sont incolores, d'autres peuvent revêtir les nuances les plus variées, ce sont les espèces *chromogènes* ; la pigmentation porte sur la membrane ou sur le protoplasme. Le bacille pyocyanique qui donne du pus bleu est un type de bacille chromogène, il sécrète une matière colorante, la pyocyanine, qui a été isolée et complètement étudiée.

Zooglées. — La couche externe de la membrane de nombreuses espèces microbiennes peut se gonfler, subir la transformation gélatineuse, fusionnant, accolant les cellules pour constituer des amas ou zooglées. La forme de la zooglée varie suivant les espèces et, pour une même espèce, avec le milieu de culture employé, solide ou liquide ; c'est donc un précieux élément de différenciation.

Motilité. — Certains microbes apparaissent mobiles quand on les examine au microscope dans un liquide entre lame et lamelle, sans coloration. Ces mouvements sont dus à une contractilité générale, ou ils sont produits par des cils vibratiles.

Des perfectionnements de technique ont permis de fixer le siège et le nombre de cils suivant les microbes. Certains bactériologistes ont choisi ce caractère comme base d'une classification.

Reproduction. — La multiplication des bactéries peut se faire par simple bipartition, mais seulement dans certaines conditions, tandis que leur évolution commence et finit à la spore. La découverte des spores est due à Pasteur ; elles apparaissent surtout quand le milieu nutritif a cessé d'être favorable au développement des microbes.

Les bactéries sont endosporées ou arthrosporées, suivant que la spore apparaît par transformation totale ou partielle de la cellule. La formation endosporée est de beaucoup la plus fréquente, elle a été constatée sur un grand nombre de bacilles et spirilles.

Placée dans des conditions favorables, la spore germe par rupture de sa résistante membrane d'enveloppe, et donne naissance à un élément microbien.

Nutrition. — Les microbes abondent partout, dans l'air, l'eau, le sol, à la surface et dans toutes les cavités naturelles du corps ; cette excessive dispersion rend compte de la facilité avec laquelle ils cultivent dans les milieux exposés à l'air. Les uns absorbent de l'oxygène qu'ils empruntent à l'air ou aux liquides dans lesquels ils baignent, ce sont les *aérobies*, mais il en existe d'autres, les *anaérobies*, qui ne cultivent qu'à l'abri de l'air ; nombreux sont les indifférents, et à côté des anaérobies vrais ou obligés, il y a des anaérobies facultatifs. Les bactéries se nourrissent principalement de sels et de matériaux sucrés ou albuminoïdes ; le milieu doit être neutre ou alcalin. Le choix de l'aliment influe beaucoup sur le développement des espèces et quand le milieu est défavorable, le microbe perd sa virulence, donne des formes d'involution et meurt après avoir fourni des spores.

Sécrétion et excrétions. — Les microbes sécrètent divers principes dont les uns sont chargés de transformer les aliments en les rendant assimilabtes ; cette transformation se fait à l'aide de ferments solubles ou diastases qui saccharifient l'amidon, intervertissent le sucre de canne ou peptonisent les albuminoïdes ; certains liquéfient la gélatine et cette propriété a une grosse valeur au point de vue de la détermination de l'espèce. Mais à côté de ces produits de sécrétions utiles à la nutrition de la cellule, il en existe d'autres qui sont au contraire des substances de déchets et qui ont une action néfaste sur les organismes, ce sont les ptomaïnes et les toxalbumines ou *toxines microbiennes*. Roux et Yersin ont les premiers isolé et expérimenté la toxine diphtérique dont l'inoculation au cobaye produit des manifestations semblables à celles provoquées par l'inoculation de la culture. Même remarque a été faite pour un grand nombre d'autres toxines et on en a conclu que dans les infections, les microbes agissent surtout en intoxiquant l'organisme par les poisons qu'ils sécrètent.

Actions des différents agents sur les bactéries. — Les microbes peuvent vivre dans la glace, beaucoup même supportent pendant quelque temps des températures de — 15 degrés et plus. La température la plus favorable à leur développement est de 37 à 39 degrés ; au-dessus et au-dessous, leur virulence s'atténue et à 100 degrés la plupart meurent. Les rayons solaires ont sur eux une influence néfaste. Contrairement aux bactéries, les spores, grâce à leur membrane d'enveloppe, résistent à la dessiccation, à l'ébullition et à beaucoup d'agents chimiques, en particulier aux antiseptiques ; cette résistance, jointe à leur petit volume, explique comment emportées par l'air elles vont jouer un grand rôle dans la dispersion des bactéries.

Milieux de cultures. — On cultive les bactéries dans des milieux stérilisés soit par filtration sur la bougie de porcelaine, soit par passage à l'autoclave ; les récipients, tubes, ballons, etc., sont stérilisés au four Pasteur. *Les espèces aérobies* sont ensemencées en milieu liquide ou solide ; les milieux liquides les plus employés sont le lait, le sérum et

surtout le bouillon peptoné. Les milieux solides usités sont la gélatine qui a l'inconvénient de fondre en été à la température normale, la gélose ou agar qui ne fond qu'à 40 degrés, enfin le sérum, la pomme de terre et la carotte.

Nombreux sont les procédés de culture qui conviennent aux *anaérobies*. On peut avant l'ensemencement, pour en chasser l'oxygène, porter pendant une heure le milieu liquide à l'ébullition, ou bien le traiter par un agent réducteur. On peut aussi, à l'aide de la trompe à eau, faire le vide dans un tube contenant le milieu liquide ensemencé préalablement avec l'espèce anaérobie. Si l'on choisit un milieu solide, on emploie la gélatine, la gélose, ou leur mélange; quoi qu'il en soit ce milieu doit être d'abord liquéfié, puis maintenu à 40 degrés pour l'ensemencement, après quoi on agite et on laisse le milieu reprendre sa consistance en position verticale. Les aérobies cultivent dans les couches superficielles, les facultatifs au-dessous et les anaérobies dans les couches profondes. Dans tous les cas, après ensemencement, la gélatine est exposée à 23 degrés et les autres milieux entre 37 et 39 degrés dans l'étuve de Roux.

Ensemencements. — Pour ensemencer un milieu à l'aide d'une culture, on prélève une partie ou une goutte de celle-ci en se servant d'une pipette stérilisée ou d'un fil de platine aplati à l'une de ses extrémités ou terminé en anse et fixé par son autre extrémité dans une baguette de verre; le fil de platine sera préalablement rougi dans la flamme. On devra de même passer à la flamme l'orifice des tubes ou ballons contenant les milieux cultivés et ceux que l'on va ensemencer; il en sera de même pour les bouchons d'ouate qui les oblitèrent, qui devront être saisis seulement par leur extrémité supérieure. N'employer que des milieux et des objets stériles, être rapide dans les manipulations sont les conditions nécessaires pour éviter la souillure par les germes étrangers, cause d'erreurs si fréquentes dans les résultats obtenus. L'ensemencement demande encore plus de précautions s'il s'agit de puiser la matière à examiner dans les tissus. Si l'on veut ensemencer un organe du cadavre, il faudra, avant d'y plonger la pipette, en toucher la surface avec le fer rouge. Si pour prendre du sang ou du pus on doit traverser la peau, il sera nécessaire de faire sur les téguments une asepsie aussi rigoureuse que pour une opération chirurgicale, sans employer évidemment d'antiseptiques qui pourraient détruire des germes pathogènes; puis le liquide recueilli dans la pipette ou dans la seringue stérile sera ensemencé dans les différents milieux liquides et solides. Il suffit, pour ensemencer un milieu liquide, d'y laisser tomber une goutte du liquide contaminé ou d'y plonger le fil de platine chargé; s'il s'agit de milieu solide l'ensemencement se fera en stries, le tube étant incliné si le milieu est horizontal, et en piqûres si le milieu est vertical; dans ce dernier cas le tube sera retourné orifice en bas pendant l'ensemencement, on évitera ainsi la souillure par les germes atmosphériques.

L'ensemencement révèle tantôt une seule variété microbienne, tantôt au contraire, quand il s'agit de liquides de l'organisme en particulier, les bactéries sont de diverses espèces, qu'il faut isoler. L'un des meilleurs procédés est celui des ensemencements successifs dans une série de milieux semblables ou différents, sans recharger le fil de platine. Si les milieux sont identiques, les derniers tubes contiennent assez peu de colonies microbiennes pour qu'on puisse les isoler, voir leurs caractères distinctifs et les réensemencer en milieu approprié. Pour remplacer les ensemencements en série on peut employer les boîtes de Pétri qui présentent une large surface permettant d'obtenir des colonies isolées. La précocité ou le retard dans l'apparition des cultures peut servir d'élément de différenciation d'espèces; on est, du reste, aidé dans cette différenciation par la façon dont se comportent les divers milieux ensemencés.

Action des bactéries sur les milieux. — L'aspect de la culture en bouillon peut se présenter sous des aspects variables suivant l'espèce microbienne. Tantôt, en effet, le liquide reste limpide et il existe un dépôt léger, floconneux ou épais, adhérent ou non à la paroi du vase, de couleur variée; ou bien tout en conservant sa limpidité, le liquide contient en suspension des flocons grenus ou caillebottés. Tantôt au contraire, le milieu se trouble d'abord puis la culture se dépose au bout d'un temps plus ou moins long ou elle forme un voile à la surface et ce voile peut être uni ou ridé, mince ou visqueux. La liqueur conserve sa couleur ou revêt une coloration variée, elle apparaît dans certains cas visqueuse, filante et dégage d'autres fois une odeur fétide, ammoniacale ou aigrelette.

Cultivées dans le lait, les bactéries amènent ou non sa coagulation, suivant que leurs produits de sécrétions sont ou ne sont pas acides; quelques gouttes de tournesol ajoutées au milieu rendent le phénomène plus apparent.

Mieux encore qu'en milieux liquides, les cultures sur milieux solides présentent des caractères de grande valeur pour la différenciation. La gélatine ensemencée en piqûre est ou non liquéfiée, et si le milieu reste solide, les caractères de la culture sur le trajet de la piqûre sont variables. Enfin les colonies sur gélose sont petites ou grosses, opaques ou transparentes, blanches ou colorées, unies ou plissées, etc. *(A suivre.)*

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(IVe SESSION)

MM. MALHERBE et LEGUEU présentent leur rapport sur les hématuries essentielles. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1899, n° 119.)

Hématuries de la grossesse. — M. GUYON, en son nom et au nom de M. ALBARRAN. En février 1897, j'ai attiré l'attention sur les hématuries répétées durant la grossesse et l'allaitement; les observations en étaient rares et les accoucheurs ne les avaient que peu observées. Depuis, deux faits nouveaux ont été soignés à Necker.

En voici le résumé :

Premier cas. — Au cours d'une deuxième grossesse, après quelques troubles de miction, apparaît une hématurie au septième mois. Le cathétérisme de l'uretère montre avec toute certitude que le sang vient du rein droit. Les hématuries cessent avant l'accouchement, dès le 7 juillet. L'accouchement a lieu le 18. Les hématuries n'ont pas reparu depuis, la malade a été revue le 12 septembre.

Deuxième cas. — Il s'agit d'une femme enceinte de six mois; les hématuries, datant de quatre mois, sont abondantes; l'examen cystoscopique permet de voir que l'hématurie est rénale et montre des veines dilatées, tortueuses, que l'on peut suivre depuis le col jusqu'aux orifices urétéraux : l'hématurie cesse le 7 juillet, un mois environ après l'entrée de la malade dans le service. Elle quitte ensuite l'hôpital et n'a pas été revue.

D'autre part, Treub a publié trois cas semblables et il

existe, en somme, aujourd'hui, douze observations.

Dans deux des nôtres, l'observation cystoscopique a été faite. Les hématuries sont soit d'origine vésicale, soit plus souvent d'origine rénale. Dans un cas, on a vu les vaisseaux de la vessie très congestionnés ; dans l'autre, le cathétérisme a démontré l'origine rénale droite. D'ailleurs, à l'état normal, chez la femme grosse, il y a une forte congestion du segment inférieur de la vessie, surtout marquée au niveau du col, et une modification du jet uretéral, qui s'écoule en bavant comme dans les cas de rétention rénale. Il y a donc, chez les femmes enceintes, deux causes physiologiques qui font comprendre le saignement.

Mais cela suffit-il? A la cause physiologique ne s'ajoute-t-il pas une cause pathologique?

Pour la vessie, une de nos observations indique la cystite. Pour le rein, dans un de nos cas il y avait augmentation de volume ; et même dans la première observation de Treub, il existait certainement des lésions rénales que l'on pouvait supposer tuberculeuses.

D'après ces faits, il me semble difficile d'admettre que les hématuries gravidiques sont des hématuries essentielles. Ceci paraît d'autant plus certain, qu'à côté des causes mécaniques favorisant l'hémorragie rénale, il y a l'influence des lésions dues aux néphrites qui peuvent exister au cours de la grossesse ; si bien que, dans le rein, la congestion peut se produire et devenir assez intense, pour être hémorragique, sans qu'une lésion macroscopique la sollicite ; elle paraît même pouvoir amener les effets les plus graves, « en l'absence de toute altération anatomique cliniquement appréciable. »

Hématuries essentielles. — M. TÉDENAT (de Montpellier). Les hématuries essentielles seraient celles qui ne dépendraient d'aucune altération du rein ou du sang, où l'hémorragie serait à elle seule toute la maladie.

Dans une série de cas où l'on aurait pu croire à de simples troubles hémorragiques sans lésions, j'ai pu déceler des lésions scléreuses. Parfois le brightisme est latent et ne se révèle que par des traces d'albumine, sous des influences diverses (coup de froid), action de certains agents qui sont des aliments (asperges) ou des médicaments (térébenthine, santal, iodiques). Dans ces cas, des hématuries rénales abondantes peuvent se répéter pendant une ou plusieurs années, représentant toute la symptomatologie de la lésion du rein.

J'ai pu réunir quatre cas personnels de ce genre.

Tous ces faits me permettent, sinon de révoquer en doute l'existence des hématuries essentielles, du moins de ne pas l'admettre sans une certaine hésitation.

M. POUSSON (de Bordeaux) montre ensuite l'**influence de la rétention rénale sur les néphrorragies.**

Des hématuries dites essentielles et d'origine lithiasique rénale. — M. A. BOURSIER (de Contrexéville). L'hématurie est un des symptômes de la lithiase rénale et peut être longtemps le seul symptôme. L'expulsion d'un ou de plusieurs calculs, avec ou sans crise néphrétique, fixe plus tard le diagnostic.

Mais il est bon de savoir qu'il existe des hématuries lithiasiques uriques ou oxaliques sans calcul, qui ont été prises pour des hématuries essentielles.

Hématuries prémonitoires de certaines affections rénales. — M. HAMONIC (de Paris). Certaines hématuries se manifestent parfois très longtemps avant l'apparition des symptômes des affections rénales.

Je possède un certain nombre d'observations d'hématuries prémonitoires des affections rénales.

Ces observations prouvent qu'il faut tenir grand compte des hématuries rénales qui apparaissent spontanément et disparaissent de même. Ce peut être en effet des hématuries prémonitoires d'affections organiques graves qui se développeront plus tard.

M. GALLAND-GLEIZE (de Vittel). J'adopte pleinement la conclusion de nos rapporteurs. Je ne crois guère aux hématuries *sine materia*.

Il me paraît évident que, dans tous les cas que j'ai observés, l'hématurie initiale était bien le premier phénomène par lequel se traduisait une affection déjà nettement constituée.

Hématurie hémophilique. — M. L. IMBERT (de Montpellier). Je vous présente l'observation d'un malade de trente-trois ans, hémophilique avéré, sujet depuis son enfance à des hémorragies de toutes sortes ; il avait eu des épistaxis très abondantes, des hémoptysies et surtout des hématomes survenant sous l'influence d'une cause insignifiante ou même spontanément en apparence ; pas d'antécédents héréditaires hémophiliques, mais les parents étaient atteints de varices et d'affections hépatiques. L'hémophilie était en outre confirmée par de fréquentes arthropathies ayant débuté dans la première enfance et atteignant surtout les membres inférieurs. Les hématuries ont débuté vers l'âge de vingt-trois ans, et depuis lors le malade a uriné le sang à quatre ou cinq reprises. Il est impossible de certifier l'origine rénale ou vésicale de ces hémorragies ; mais elles sont évidemment liées à l'affection hémophilique.

Il est rare d'observer des faits aussi nets. Malheureusement la thérapeutique est à peu près impuissante. Cependant je me propose d'essayer dans ce cas les injections de gélatine proposées récemment par M. Lancereaux pour la cure des anévrysmes de l'aorte.

Hématurie essentielle. — M. CASTAN (de Béziers). Je vous rapporte un cas d'hématurie essentielle qui vient à l'appui de la théorie que j'ai défendue dans les métrorragies virginales et de la ménopause. Certaines toxines, retenues dans l'organisme par un mécanisme quelconque, peuvent produire l'hématurie sans lésions, comme la métrorragie. Dans ce cadre pourraient entrer certaines hématuries de la grossesse, car, à ce moment, par suite du ralentissement dans toutes les fonctions de l'organisme et des émonctoires, la femme est en état de toxhémie permanente.

De l'hématurie au cours du rein mobile. — M. O. PASTEAU. La pathogénie de l'hématurie est facile à expliquer ici ; elle arrive nettement après la crise de rétention rénale et n'est que la signature clinique de l'hémorragie intra-rénale due à la congestion provoquée par la rétention.

M. BARBELLION rapporte un cas d'**hématurie d'origine bulbaire présentant des caractères particuliers.**

Des hématuries chez les goutteux. — M. DESNOS (de Paris). Dans un assez grand nombre de cas on voit, chez les goutteux, apparaître des hématuries qui alternent, suivent et précèdent des attaques de goutte articulaire ou viscérale. Elles sont de deux ordres : tantôt elles s'accompagnent de crises de douleurs ayant la plupart des caractères de coliques néphrétiques ; tantôt elles ne présentent aucun autre phénomène, la perte de sang constituant toute la maladie.

Il semble naturel de rapporter ce symptôme à une congestion du rein analogue à celles qui se produisent dans d'autres organes, d'autant plus que l'examen du malade pratiqué dans l'intervalle des crises ne permet de retrouver aucun symptôme du côté de l'appareil urinaire.

A propos des hématuries rénales essentielles. — M. LOUMEAU (de Bordeaux). Je ne crois pas à l'existence d'hématuries rénales véritablement essentielles et j'estime que cette épithète ne devrait être appliquée qu'après un examen histologique négatif du rein malade. En présence d'une hématurie rénale légitimant l'intervention du chirurgien, l'on doit pratiquer d'abord la néphrotomie, qui, d'exploratrice, pourra devenir curative si la lésion rénale n'est ni cancéreuse, ni tuberculeuse, ni totalement destructive du rein malade. Dans le cas contraire, et lorsque auront été constatées l'existence et l'intégrité de l'autre rein, l'on devra recourir à la néphrectomie primitive.

Des hématuries rénales chez les prostatiques. — M. ESCAT (de Marseille). J'ai démontré la réalité clinique de l'hématurie rénale chez les prostatiques dans mon mémoire de 1896.

Au point de vue du mécanisme il faut tenir compte :

1° Des effets de la distension prolongée dans un appareil urinaire à vaisseaux sclérosés ;

2° De l'évacuation brusque et complète du réservoir urinaire, que cette évacuation soit produite par le cathétérisme ou par la cystostomie (Obs. de Rochet);

3° De l'infection. Elle succède ordinairement au cathétérisme ; elle peut renforcer les accidents hémorragiques *ex vacuo*; le malade saigne par cystite et par pyélonéphrite hémorragique.

L'hémorragie primitive aseptique devient une hémorragie, secondaire, c'est-à-dire une hémorragie septique, le plus souvent incoercible.

Au point de vue du traitement, la participation du rein peut expliquer l'échec de toute intervention dans les grandes hématuries des prostatiques. La sonde à demeure bien placée et surveillée, l'aspiration des caillots bien faite et surtout la désinfection vésicale arrêtent l'immense majorité des hématuries. En cas d'échec, il faut craindre l'hématurie rénale, la cystostomie peut alors être elle-même impuissante. (*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

D'un arrêt de la Cour d'appel de Lyon, il résulte que la créance d'un médecin, pour les soins donnés à son client, n'est indivisible et non atteinte par la prescription que lorsque ces soins ont été ininterrompus.

Dès lors, si un médecin a interrompu les soins donnés à son client et les a repris après un temps assez long, c'est à partir de l'interruption des soins que court la prescription édictée par la loi du 30 novembre 1892 contre l'action du médecin en payement de ses honoraires.

La prescription est applicable aux médicaments fournis par le médecin aussi bien qu'aux honoraires de celui-ci, alors qu'il s'agit d'un médecin autorisé à fabriquer et à vendre des remèdes (dans l'espèce un médecin de campagne).

Les tribunaux saisis de la demande d'un médecin en payement de ses honoraires, ont le pouvoir de fixer la majoration du prix applicable à des visites faites la nuit ou au cours desquelles le médecin a dû procéder à des opérations.

Il est d'usage que les médecins ne réclament pas leurs honoraires aux gens de service qu'ils ont soignés, mais à leurs maîtres : cet usage n'a sa base dans aucune loi, néanmoins la règle qu'il indique est généralement admise.

R. S.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des prix de l'internat (médaille d'or). — Les jurys sont provisoirement constitués comme il suit.

Médecine : MM. Debove, Besnier, Dreyfus-Brisac et Oulmont qui ont accepté; M. Le Dentu.

Chirurgie et accouchements : MM. Routier, Chevalier, Charrin, et Bonnaire, qui ont accepté; M. Gérard-Marchant.

Concours de l'internat (séance du 23 octobre). — *Anatomie* : MM. Thaon, 10; — Garrigues et Vivier, 9; — Lacasse et Zachiri, 8; — Méheut, 7; — Laborde, 6; — Le Couédic, Juquelier et Taguet, 5.

Séance du 24 octobre. *Pathologie* : MM. Pécharmant, 14; — Cottu, 13; — Bourlot et Gasne, 12; — Mesnil, 10; — Merlet et Papillon, 9; — Chômet et Mirande, 8; — Mathieu (P.), 5.

Dentistes des hôpitaux. — MM. les docteurs Gourc, Chompret et Pitsch, attachés au service des remplacements, sont nommés dentistes adjoints des hôpitaux.

Il est créé une nouvelle circonscription dentaire comprenant l'hôpital Boucicaut, les Ménages et Sainte-Périne.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Pruvost (de Loos), Maydieu (d'Argent), Henry Morau (de Paris), Grenat (de Paris), Delaborde (de Paris), Goin (de Paris), Robert (de Ligny-en-Cambrésis), et de M. Henri Houzé, étudiant à Lille.

Hôpital Saint-Antoine. — *Radioscopie médicale.* — Le docteur A. Béclère commencera le dimanche 5 novembre, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques :

A dix heures. Conférence de radiologie (les rayons de Rœntgen : moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical).

A dix heures et demie. Présentation et examen radioscopique des malades.

N.-B. Le samedi matin, à dix heures et demie, examen radioscopique des malades indigents, adressés dans ce but par leur médecin à M. Béclère.

Conditions de l'exercice de la pharmacie dans divers pays de l'Europe :

Italie. — Le pharmacien peut exercer pour le compte du premier venu : en cas d'accident, la loi prévoit seulement une peine professionnelle pour le pharmacien, laissant à la partie civile le soin d'intenter une action au propriétaire de la pharmacie.

Il existe un tarif maximum qui est loin d'être observé.

Angleterre. — C'est le pays du libre exercice au sens vrai du mot.

Suisse. — Le pharmacien est tenu (sauf dans le canton de Glaris) d'être propriétaire effectif de son officine. Font exception à cette règle, les pharmaciens des sociétés de bienfaisance, des hôpitaux, etc. Dans quelques cantons, le médecin est autorisé à délivrer les médicaments. Dans d'autres, cette faculté existe, mais dans le seul cas où il n'y a pas de pharmacien dans le pays.

Hollande. — Les pharmaciens sont-ils obligés d'être propriétaires de leur pharmacie? La question n'est pas résolue et un projet de loi est actuellement à l'étude. Il n'y a pas de tarif légal.

Allemagne. — Il existe deux catégories d'officines :

a. Les *privilégiées*, créées par le gouvernement d'après les besoins de la population, et que leurs propriétaires peuvent transmettre par vente, héritage, etc.

b. Celles concédées à titre *personnel*, dont l'État dispose à son gré, sans que le pharmacien puisse les céder. Les pharmaciens doivent être nominalement propriétaires de leur pharmacie. Il

en existe qui sont tenues par des médecins, mais ceux-ci sont obligés de se fournir de médicaments à une pharmacie voisine.

Autriche-Hongrie. — La situation des pharmaciens est à peu près la même qu'en Allemagne.

Suède. — Le nombre des pharmaciens est strictement proportionnel à la population, et les pharmaciens doivent être propriétaires de leur officine. Le système des concessions d'État est en vigueur.

Norvège. — Le gouvernement est très sévère pour les concessions de pharmacie, et exige que le titulaire soit propriétaire de sa propre officine. Un tarif maximum, égal pour tous les pharmaciens, est imposé; les institutions de bienfaisance seules obtiennent une diminution.

Danemark. — Il y a deux catégories de pharmacies : 1° les pharmacies royales, concédées par le gouvernement avant 1842; 2° les pharmacies concédées gratuitement à titre personnel, par ordre d'ancienneté, après décès du précédent titulaire. Le tarif des médicaments est le moins élevé de toute l'Europe.

Roumanie. — Sauf cas exceptionnels, le pharmacien doit être propriétaire de son officine. Le droit d'ouvrir une pharmacie est concédé par l'État après concours, et les concessions sont transmissibles par vente. Les veuves ou les héritiers d'un pharmacien peuvent faire administrer leur pharmacie par un pharmacien diplômé. (*Gazz. d'osped. e delle cliniche*, 12 oct. 1899.) L. G.

Poste médical à céder, à trois heures de Paris; le titulaire fait la pharmacie. Recettes : 8 à 9 000 fr. Conditions : 3 000 fr. Suite du bail (un an); loyer : 700 fr. — S'adresser au Journal.

AMÉNORRHÉE — *Apiol Joret et Homolle.*

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 123. — SAMEDI 28 OCTOBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 28 OCTOBRE 1899. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE........	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La glycosurie phloridzique et l'exploration clinique des fonctions rénales, par M. le docteur V. DELAMARE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La glycosurie phloridzique et l'exploration clinique des fonctions rénales.

Par le docteur V. DELAMARE, ancien interne des hôpitaux.

Les recherches de von Mering, de Minkowski, de Coolen, etc., ont montré que la phloridzine, introduite dans l'économie par ingestion ou mieux par injection sous-cutanée, détermine une glycosurie passagère, en agissant directement sur le rein. Il nous a paru intéressant d'étudier l'action de cette substance, chez des sujets dont l'appareil rénal présentait des troubles fonctionnels variés, troubles provoqués tantôt par une affection aiguë passagère, tantôt par une lésion chronique de l'organe. Ces recherches entreprises à l'hôpital Tenon, sous la direction de M. Achard, ont été l'objet de communications à la Société de biologie (1) et à la Société médicale des hôpitaux (2), elles ont de plus été exposées dans notre thèse (3).

Après un exposé rapide de l'historique de cette question, nous étudierons dans la première partie de ce travail l'action physiologique de la phloridzine sur l'organisme, et dans la seconde nous exposerons les applications de la glycosurie phloridzique à la clinique.

Historique. — 1° CHIMIE DE LA PHLORIDZINE. — La phloridzine a été découverte en 1835, par Stas et De Koninck (1), dans l'écorce de la racine du pommier (2). Elle peut également être extraite de la racine du poirier, du prunier et du cerisier.

On prépare la phloridzine de la façon suivante : après avoir fait une décoction aqueuse et concentrée d'écorce de racine de pommier, on fait bouillir la liqueur obtenue, on la décante et on l'abandonne dans un endroit frais. La phloridzine se précipite par le refroidissement, sous forme de longues aiguilles soyeuses, légèrement jaunâtres. Pour obtenir des cristaux incolores, on défèque la solution avec du noir animal, puis on la concentre et on la laisse cristalliser par refroidissement.

La phloridzine se présente sous forme de très petites aiguilles soyeuses d'un blanc satiné, se réunissant en sphères de quelques millimètres de diamètre. Si elle se dépose lentement dans une solution étendue, les aiguilles sont longues et peuvent atteindre 1 ou 2 centimètres, elles sont de plus aplaties et ont un éclat nacré.

La phloridzine a une saveur amère peu marquée, suivie d'un arrière-goût douceâtre. Sa densité est de 1,4298 à 19 degrés.

La solution alcoolique de phloridzine dévie à gauche les rayons de la lumière polarisée $[\alpha] = -39°98$ (Bouchardat).

Les cristaux de phloridzine ont comme formule : $C^{21}H^{24}O^{10} + 2H^2O$. Ils perdent leur eau de cristallisation à 100 degrés, et commencent à fondre à 106 degrés, leur fusion n'est complète qu'à 109 degrés. La phloridzine présente alors l'aspect d'une résine incolore ; si l'on continue à chauffer, elle se décompose à 200 degrés, en donnant de l'eau et de la rufine.

La phloridzine cristallisée se dissout dans 1016 parties d'eau froide et dans 833 parties d'eau à 22 degrés ; elle est très soluble dans l'eau à 50 degrés, et soluble en toutes proportions dans l'eau bouillante. La phloridzine est très soluble dans l'alcool, dans l'éther acétique, dans un mélange d'alcool et d'éther sulfurique, mais elle est insoluble dans ce dernier liquide. Les solutions alcalines faibles dissolvent très facilement la phloridzine, aussi les emploie-t-on de

---

(1) Ch. ACHARD et V. DELAMARE. La glycosurie phloridzique et l'exploration des fonctions rénales, Soc. de biol., 3 fév. 1899.

(2) Ch. ACHARD et V. DELAMARE. L'exploration clinique des fonctions rénales par la glycosurie phloridzique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 avril 1899.

(3) V. DELAMARE. *La glycosurie phloridzique, son application à l'exploration clinique des fonctions rénales*, Paris 1899.

(1) STAS et DE KONINCK. *Ann. der Chem. u. Pharm.*, 1835, Bd. XV, S. 75, u. 258 ; — *Journ. f. prakt. Chem.*, Bd. VIII, S. 88.

(2) D'où son nom φλοιός, écorce ; ῥίζα, racine.

préférence aux solutions aqueuses pour les injections hypodermiques. Ces dissolutions doivent être conservées à l'abri de l'air, car elles absorbent l'oxygène avec avidité, prennent une coloration rouge brun, et perdent leur réaction alcaline; il se forme des acides carbonique et acétique et une matière colorante rouge brun.

Les acides sulfurique dilué, phosphorique, iodhydrique, chlorhydrique et oxalique, mis en présence d'une solution de phloridzine, la dédoublent à froid par un contact prolongé et immédiatement, en chauffant à 90 degrés, en glycose qui reste dissoute et en phlorétine qui cristallise.

$$\underset{\text{Phloridzine.}}{C^{21}H^{24}O^{10}} + H^2O = \underset{\text{Glycose.}}{C^6H^{12}O^6} + \underset{\text{Phlorétine.}}{C^{15}H^{14}O^5}$$

Ce qui permet de considérer la phloridzine comme un glycoside de la phlorétine.

2° La phloridzine en thérapeutique. — Environ un an après la découverte de la phloridzine, une série de communications furent faites à la Société de médecine de Gand (1), sur l'action antifébrile de cette substance. Cette nouvelle propriété révélée par De Koninck (2), fut accueillie par la plupart des médecins belges, avec un véritable enthousiasme.

Nous voyons successivement von Coetsem, Colson, Hanegræff expérimenter la phloridzine et rapporter des observations de fièvres intermittentes de différents types, améliorées ou guéries par des doses variant de 16 grains (0gr85) à 30 grains (1gr60). Pour eux, comme pour De Koninck d'ailleurs, la phloridzine peut remplacer avantageusement la quinine, et elle est appelée à rendre de grands services dans les pays comme les Flandres où le paludisme est endémique.

Mais bientôt d'autres expérimentateurs, moins prévenus en faveur du nouveau remède, signalent de nombreux cas d'insuccès. Mareska, Guislain, de Muynck, de Black, Bruggrave, s'élèvent contre l'abandon du sulfate de quinine et citent de nombreuses observations où la phloridzine s'est montrée insuffisante.

Les anciens défenseurs eux-mêmes l'abandonnent bientôt. Hanegræff et Lutens déclarent que, dans la fièvre quarte, la quinine est préférable à la phloridzine; cette dernière substance n'a plus, à leurs yeux, que l'avantage négatif de n'exercer aucune action locale sur le tube digestif; elle exciterait moins l'appétit.

La même année, Leonhard ruine définitivement le peu de crédit dont ce médicament pouvait encore jouir. Après avoir administré un grand nombre de fois la phloridzine à des fiévreux, il déclare être intimement convaincu qu'elle n'a aucune action contre la fièvre intermittente.

Il est probable que ces séries d'insuccès firent définitivement abandonner cette substance; les médecins belges revinrent à la quinine pour le traitement de leurs paludéens, et la phloridzine disparut pendant près de cinquante ans de la littérature médicale.

I

Action physiologique de la phloridzine. — En 1885 on la trouve mentionnée de nouveau dans une note très brève, publiée par von Mering (3). Cet auteur a remarqué que, « après administration de phloridzine, les chiens qui ont été longtemps alimentés exclusivement avec de la viande, présentent une glycosurie intense, sans que leur état général soit modifié. »

L'année suivante, il communiqua au Congrès de Wiesbaden le résultat de ses premières recherches sur l'action physiologique de cette substance (1). En 1887 il continue, devant ce même Congrès, l'exposé de ses travaux (2). Puis il reprend l'ensemble de ses recherches sur la phloridzine, et fait paraître successivement sur ce sujet deux mémoires (3).

Von Mering démontre que la substance trouvée dans l'urine après ingestion ou injection de phloridzine est bien de la glycose. Les cristaux présentent, en effet, les mêmes caractères physiques; en solution, son pouvoir réducteur de la liqueur de Fehling est le même que celui de la glycose; il en est de même pour le pouvoir rotatoire. Enfin, la fermentation de ces urines donne la même quantité d'alcool qu'une solution de glycose présentant la même déviation au polarimètre.

Cette nouvelle propriété de la phloridzine attira rapidement l'attention des physiologistes, qui cherchèrent surtout à l'utiliser dans l'étude de la pathogénie du diabète. En France, Germain Sée et E. Gley (4) répétèrent les expériences de von Mering et en confirmèrent les résultats. Ils établirent, en outre, que la phloridzine possède bien par elle-même cette action sur la nutrition générale. Ses produits de dédoublement (phlorétine et glycose), administrés aux mêmes doses, ne déterminent pas la glycosurie, et il en de même pour les autres glycosides analogues à la phloridzine (fraxine, quercitrine, salicine, etc.).

On s'aperçut d'ailleurs bientôt que la glycosurie phloridzique différait profondément du diabète vrai, et bien qu'on n'eût encore pu déterminer d'une façon précise le mécanisme de cette glycosurie, on s'accorda à lui reconnaître une origine rénale.

Mécanisme de la glycosurie phloridzique. — Von Mering nota le premier comme une particularité remarquable l'absence d'hyperglycémie chez les animaux soumis à la phloridzine. Minkowski (5), faisant la même remarque, émet l'hypothèse d'un diabète purement rénal. La plupart des recherches expérimentales faites par la suite firent presque toujours constater une légère hypoglycémie à la suite de l'action de la phloridzine; aussi la théorie rénale de cette glycosurie est-elle généralement admise aujourd'hui. Cependant, avant d'exposer l'ensemble des faits qui semblent avoir permis la vérification de cette hypothèse, il nous paraît utile d'examiner et de discuter les autres théories qui ont été émises sur la genèse de la glycosurie phloridzique.

1° *Théorie pancréatique.* — Dans son remarquable travail sur la physiologie de la phloridzine, Coolen (6), constate

(1) *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1836, séances des 3 mai, 7 juin 6 et 13 déc.

(2) L. De Koninck. *Mémoire sur les propriétés et l'analyse de la phloridzine*, Louvain 1836.

(3) J. von Mering. Ueber kunstlichen Diabetes, *Centralbl. f. die med. Wissens.*, 1885, n° 30, S. 531.

(1) J. von Mering. Verhandlung des fünf., *Congress f. innere Medicin*, 1886, S. 185.

(2) J. von Mering. Verhandlung des sechs., *Congress f. innere Medicin*, 1887, S. 350.

(3) J. von Mering. Ueber Diabetes mellitus, *Zeits. f. klin. Med.*, 1888, Bd. XIV, S. 405; *Ibid.*, 1889, Bd. XVI, S. 431.

(4) G. Sée et E. Gley. Recherches sur le diabète expérimental, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1889, vol. CVIII, p. 84-88.

(5) O. Minkowski. Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Extirpation des Pankreas, *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, 1893, Bd. XXXI, S. 137.

(6) F. Coolen. Contribution à l'étude de l'action physiologique de la phloridzine, *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1894, t. VIII, p. 556-604.

que chez des lapins, auxquels il avait injecté d'assez fortes doses de phloridzine (1 gramme à des animaux dont le poids variait de 2500 grammes à 2800 grammes), la teneur en sucre du sang s'élève à 1gr600, 2gr500 et même 3gr500 p. 1000. Il en conclut qu'il existe évidemment de l'hyperglycémie, et celle-ci augmente encore après l'extirpation du rein. « La glycémie des lapins, atteints de glycosurie phloridzique, présente donc exactement les mêmes modifications que lors du diabète pancréatique ou autre. Il en résulte, ajoute-t-il, que nous ne sommes plus autorisés à attribuer d'une manière générale à la glycosurie phloridzique une origine rénale ; nous sommes plutôt tenté d'attribuer à cette glycosurie le même mécanisme que celui admis pour toutes les autres glycosuries connues, c'est-à-dire l'hyperglycémie d'abord, qui détermine ensuite l'élimination du sucre par le filtre rénal. »

Pavy (1), à la suite d'expériences dans lesquelles il se servait de chats comme sujets, arrive à la même conclusion que Coolen.

Les expériences de Coolen et de Pavy, malgré les soins apportés dans les analyses, ne sont pas exemptes de toute critique ; elles supposent connu le chiffre de la glycémie chez chaque animal avant l'injection de phloridzine ; or, ce chiffre est important à connaître d'une façon aussi exacte que possible, puisque l'on cherche à déterminer les variations que lui fait subir l'action de la phloridzine. Il faudrait donc pratiquer chez chaque animal deux analyses, une avant, l'autre après l'administration de cette substance, en ayant soin de se mettre autant que possible dans les mêmes conditions d'expérience. C'est l'absence de cette première analyse, destinée à servir de point de comparaison, qui diminue la valeur des travaux de ces deux physiologistes.

Admettons, cependant, l'hypothèse d'une origine pancréatique. Si la glycosurie de la phloridzine dépendait de l'action de ce glycoside sur le pancréas ou sur une partie du système nerveux central en rapport avec cet organe, l'administration de la phloridzine ne devrait pas modifier la glycosurie d'un animal auquel on a extirpé le pancréas. Or, les expériences de Minkowski, de Hédon et de Paderi, nous montrent, au contraire, l'accroissement de la glycosurie.

Minkowski (2) constate, en effet, que la phloridzine provoque de la glycosurie lorsqu'on l'administre à des oies, animaux chez lesquels l'extirpation du pancréas ne détermine pas de diabète ; en outre, le diabète provoqué chez le chien par l'extirpation du pancréas augmente encore à la suite de l'administration de la phloridzine.

Hédon (3), reprenant les expériences de Minkowski, n'administre la phloridzine à ses chiens privés de pancréas, qu'au moment où, complètement usés par la consomption, le sucre a presque disparu de leurs urines. Chez deux chiens maintenus d'ailleurs en inanition, il voit la glycosurie augmenter dans de très fortes proportions après l'administration de phloridzine.

Paderi répète lui aussi ces expériences, mais il ne maintient pas à jeun ses animaux privés de pancréas; on voit, néanmoins, fort nettement le taux du sucre urinaire s'élever après chaque injection.

(1) Pavy. On Phloridzin diabetes, *Proceeding of the physiological Society*, in *The Journ. of Physiol.*, 1896, vol. XX.

(2) Minkowski. Loc. cit.

(3) Hédon Action de la phloridzine chez les chiens diabétiques par extirpation du pancréas, *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 janv. 1897.

Le pancréas ne joue donc aucun rôle dans la glycosurie phloridzique.

2° *Théorie nerveuse.* — Paderi (1) a soutenu l'origine nerveuse de la glycosurie phloridzique, cette substance agissant directement sur le centre bulbaire découvert par Cl. Bernard. Pour Paderi, la phloridzine n'agit ni sur le pancréas, ni sur le rein, bien qu'il ait constaté une légère augmentation du sucre sanguin dans la veine rénale des animaux soumis à l'action de cette substance. « La différence entre les teneurs en sucre de l'artère et de la veine rénales est trop faible, ajoute-t-il, pour que la phloridzine ait une action sur le rein dont puisse dépendre la glycosurie, » et il invoque la décomposition du glycoside en glycose et phlorétine.

Il se trouve ainsi amené à songer à une action élective de cette substance sur le système nerveux central : et il entreprend, sur les grenouilles, les poules, les pigeons, les lapins, les rats et les chiens, une série d'expériences destinées à étudier les phénomènes généraux provoqués par l'intoxication phloridzique.

Chez ces différents animaux, il provoque l'intoxication aiguë par de fortes doses, et il étudie la série de phénomènes qui se déroulent jusqu'à la mort. Les symptômes observés consistent uniquement en troubles des fonctions respiratoire et cardiaque, et ne peuvent s'expliquer, ajoute Paderi, que par une action de la phloridzine sur le bulbe où se trouvent les centres qui président à ces fonctions. A une période d'excitation caractérisée par l'accélération du mouvement respiratoire et des contractions cardiaques, succède le ralentissement de l'activité bulbaire qui se traduit par de la diminution de l'activité respiratoire et circulatoire, et finalement par de l'asphyxie. C'est dans cette action bulbaire de la phloridzine qu'il faut chercher l'explication de la glycosurie. La phloridzine, d'après Paderi, excite également le centre glycogénique et produit les mêmes effets qu'une irritation mécanique. Quant à l'absence d'hyperglycémie, il l'attribue à la faible intensité de l'excitation provoquée par la phloridzine, excitation à la fois lente et graduelle, qui produit une quantité restreinte de glycose, passant tout entière par le rein, et ne s'accumulant pas dans le sang.

Il nous semble que Paderi ne tient pas assez compte des résultats donnés par les analyses du sang. La plupart des expérimentateurs (sauf Coolen et Pavy), ont trouvé une très légère diminution du taux du sucre sanguin. Si la phloridzine agissait réellement sur les centres nerveux, la différence, si minime qu'elle fût, ne pourrait être qu'une augmentation de la glycémie, et c'est du reste ce que l'on observe dans certains cas de glycosurie d'origine toxique (par inhalation d'éther, de chloroforme, d'oxyde de carbone, etc.), que l'on attribue à une action de ces substances sur les centres nerveux.

En outre, il ne nous semble pas suffisamment démontré que la phloridzine agisse sur le centre glycogénique, les différents noyaux bulbaires, malgré leur voisinage, jouissent d'une certaine indépendance, et il est même peu fréquent de rencontrer simultanément les troubles cardiaques, les troubles respiratoires et la glycosurie d'origine bulbaire. Les faibles doses qui provoquent la glycosurie n'entraînent aucun des symptômes généraux observés par Paderi,

(1) C. Paderi. Sul mecanismo d'azione della florizzina, Soc. medico-chirurgica di Pavia, luglio 1897.

lorsqu'il administre de fortes doses; tout au plus, note-t-on une légère polyurie qui ne se prolonge pas au delà de la glycosurie.

Enfin, l'expérience suivante, faite par M. Lépine (1), ruine complètement la théorie du physiologiste italien. Ayant coupé la moelle à différentes hauteurs à partir de la cinquième vertèbre cervicale chez dix chiens, il leur administre par voie buccale, ou leur injecte sous la peau, de $0^{gr}5$ à $0^{gr}2$ de phloridzine par kilogramme, en solution alcaline. Ces chiens ayant survécu plus de vingt-quatre heures, il put constater chez tous une glycosurie qui ne diffère pas notablement de celle que l'on observe chez les chiens sains après l'administration de phloridzine.

Cette existence de la glycosurie, malgré la section de la moelle, chez des chiens soumis à l'administration de la phloridzine, semble bien démontrer que le système nerveux central n'est pour rien dans la genèse du diabète phloridzique.

3° *Théorie hépatique.* — La glycosurie d'origine hépatique peut être déterminée par deux mécanismes différents.

La fonction glycogénique peut être entravée d'une façon passagère, et le foie laisse alors passer, en plus ou moins grande abondance, les sucres charriés par le sang de la veine porte (glycosurie alimentaire). Au contraire, la transformation du glycogène en sucre est accrue, et le foie verse dans le torrent circulatoire une quantité exagérée de sucre. La glycosurie phloridzique peut-elle s'expliquer par l'un de ces deux mécanismes?

MM. Willm et Hanriot (2) semblent partisans de la première hypothèse, lorsqu'ils disent : « La phloridzine offre une propriété fort curieuse, celle de s'opposer à l'assimilation de la glycose; de sorte qu'après son injection la glycose s'élimine par les urines. »

La phloridzine provoquerait ainsi une véritable glycosurie alimentaire et déterminerait une insuffisance glycolytique passagère. Or, la glycosurie alimentaire n'existe pas dans l'intoxication phloridzique, car le sucre apparaît aussi bien chez les animaux à jeun que chez ceux qui sont nourris, et la nature des aliments n'a que peu ou pas d'influence sur la quantité du sucre excrété; c'est, d'ailleurs, ce que s'était attaché à démontrer von Mering dans sa première communication.

La phloridzine ne détermine pas plus l'insuffisance glycolytique des autres tissus de l'organisme que celle du foie. Il résulte, en effet, de recherches faites en collaboration avec M. le docteur Achard (3), que la quantité de sucre émise après une simple injection de phloridzine, et après une injection simultanée de la même dose de phloridzine et de 10 grammes de glycose, n'est pas plus considérable dans le second cas. Les différences observées dépendent surtout, comme nous le verrons plus loin, du faible espace de temps séparant les deux expériences; la plus forte glycosurie correspondant presque toujours à la seconde injection, que celle-ci soit ou non accompagnée d'une injection de glycose.

On ne peut donc pas plus invoquer l'insuffisance glycolytique que la glycosurie alimentaire pour expliquer la glycosurie phloridzique. Reste à examiner l'hypothèse d'une suractivité dans la transformation en glycose des réserves de glycogène accumulées dans le foie, suractivité qui serait due à l'action directe de la phloridzine sur la glande hépatique.

Contre cette théorie, nous pouvons invoquer l'absence d'hyperglycémie, phénomène que l'on constaterait fatalement si le foie, sous l'influence directe de la phloridzine, lançait dans le torrent circulatoire une plus grande quantité de glycose qu'il ne fait habituellement. Le foie, d'ailleurs, intervient dans la genèse de la glycosurie phloridzique, comme nous le verrons plus loin, mais d'une façon indirecte, en livrant son glycogène peu à peu pour ramener la glycose du sang, diminuée par la glycosurie à son taux normal.

Le glycogène n'est cependant pas indispensable à la glycosurie phloridzique, comme le prouvent les recherches faites par von Mering, Prausnitz (1), Cremer et Ritter (2), sur des animaux en état d'inanition, et celles beaucoup plus concluantes de Pick (3), qui supprime le foie au point de vue fonctionnel en injectant une solution acide dans le canal cholédoque de plusieurs chiens, de Minkowski et Thiel (4) qui isolent le foie en jetant des ligatures sur tous ses vaisseaux, et de Langendorff (5), qui expérimente sur des grenouilles dont il a extirpé le foie. Tous ces auteurs obtiennent néanmoins de la glycosurie par injection de phloridzine.

4° *Théorie rénale.* — Aucune des trois théories que nous venons d'exposer ne nous donne une explication satisfaisante de la glycosurie phloridzique; par contre, un phénomène rénal déterminé par une action directe de la phloridzine sur le rein, explique facilement cette glycosurie.

D'ailleurs, une expérience de Zuntz permet de saisir sur le fait cette action de la phloridzine sur le rein. Après avoir ouvert la vessie d'un chien de petite taille, il introduit, dans l'orifice de chacun des deux uretères, une fine canule de verre. Puis il dénude l'une des artères rénales, et, avec une seringue de Pravaz, il y injecte une solution alcaline de phloridzine.

En comparant les urines émises dans le même espace de temps par les deux uretères, il reconnaît que le sucre apparaît d'abord, et en plus grande quantité, dans l'urine provenant du rein injecté. La conclusion de cette expérience s'impose, et la glycosurie nous apparaît bien comme l'effet d'une action locale de la phloridzine sur le rein.

Quant au rôle exact du rein dans la genèse de cette glycosurie, il n'est pas absolument élucidé. Les uns pensent que ce sucre sécrété n'est autre que la glycose du sang, et considèrent le rein comme un filtre qui, sous l'influence de la phloridzine, cesserait momentanément de retenir le sucre sanguin. Les autres pensent que le rein élabore, avec des éléments empruntés au sang, la glycose excrétée. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de se prononcer pour l'une ou l'autre de ces théories; nous nous bornerons à exposer rapidement chacune d'entre elles.

(1) Lépine. Sur l'existence de la glycosurie phloridzique chez les chiens ayant subi la section de la moelle, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1895, t. CXXI, p. 450.

(2) Willm et Hanriot. *Traité de chimie minérale et organique*, 1889, t. IV, p. 258.

(3) Ch. Achard et V. Delamare. Loc. cit.

(1) W. Prausnitz. Die Abstammung des beim Phloridzindiabetes ausgeschiedenen Zuckers, *Zeits. f. Biol.*, 1893, Bd. XXIX, S. 168.

(2) Cremer et A. Ritter. Phloridzin-Versuche am Carenz-Kaninchen, *Zeits. f. Biol.*, Bd. XVIX, N.T. XI, S. 258.

(3) F. Pick. Ueber die Beziehungen der Leber zum Kolenhydrat Stoffwechsel, *Arch. f. exper. Path. u. Pharm.*, 1894, Bd. XXXIII, S. 313.

(4) Minkowski et A. Thiel. *Arch. f. exper. Path. u. Pharm.*, 1887, Bd. XXIII, S. 142. — Thiel. Inaugural-Dissertation, Königsberg 1887.

(5) Cité par Von Mering.

a. *Théorie de l'élimination.* — La première hypothèse soutenue par les physiologistes allemands s'appuie surtout sur la constatation faite pour la première fois par von Mering que la glycémie diminuait légèrement après l'administration de phloridzine. Ce fait l'avait tellement frappé qu'il conclut dans sa première communication « que l'on peut constater des glycosuries parfois considérables sans hyperglycémie ». Quinquaud (1), répétant les expériences de von Mering, confirme ses conclusions; il constate en effet, qu'un chien dont le sang artériel contenait 0gr70 de glycose p. 1000 avant la phloridzine, n'a plus, dans les heures qui suivent, qu'une glycémie représentée par les chiffres de 0gr62, 0gr57 et même 0gr51 p. 1000.

Minkowski, Schabad (2) font les mêmes constatations. Il en est de même pour Levene (3), qui dosa chez cinq chiens la glycose avant et après l'injection de phloridzine et ne trouva qu'une seule fois une très légère augmentation du taux du sucre sanguin, augmentation assez minime pour rentrer dans les limites de l'erreur possible; dans les quatre autres cas la diminution est notable.

Hédon (4) fait la même expérience avec un chien rendu diabétique et par conséquent hyperglycémique par extirpation du pancréas. Tandis que la glycosurie augmente d'une façon considérable, il voit la glycémie s'abaissée de 0gr45 p. 100 avant la phloridzine, à 0gr15 p. 100 cinq heures après.

Nous avons, à notre tour, entrepris une série de recherches dans le but de vérifier, chez l'homme, l'absence d'hyperglycémie. Chez neuf sujets, dont deux diabétiques et un brightique qui ne présentait pas de glycosurie phloridzique, nous avons procédé au dosage du sucre sanguin avant et après l'injection d'une dose de phloridzine ne dépassant pas 50 milligrammes. Nous avons trouvé deux fois une légère augmentation de la glycémie : 1gr013 de sucre p. 1000 avant et 1gr121 après l'injection dans le premier cas; 0gr777 p. 1000 avant et 0gr847 après dans le second cas; différence assez faible pour être attribuée à une légère erreur d'expérience. Chez les sept autres sujets nous avons constaté une diminution très nette de la glycémie après l'injection de phoridzine. Les dosages du sucre sanguin p. 1000 nous ont, en effet, donné les chiffres suivants : 1gr340 avant et 1gr201 après, 4gr164 avant et 3gr959 après (sujet diabétique), 1gr786 avant et 1gr175 après, 1gr251 avant et 1gr078 après, 1gr340 avant et 0gr830 après, 1gr274 avant et 1gr028 après, 2gr857 avant et 2gr705 après [sujet diabétique] (5).

A l'argument tiré de la légère hypoglycémie observée dans la glycosurie phloridzique, s'en ajoute un autre fourni par les résultats des dosages du sucre contenu dans la lymphe du canal thoracique. Ces dosages, pratiqués par Levene (6), montrent une diminution assez notable de la glycose de la lymphe après injection de phloridzine. Cette diminution du sucre de la lymphe est vraisemblablement due à ce fait, que « le sang étant dépouillé d'une partie de sa glycose par le rein en cède une quantité moindre aux différents tissus de l'organisme; il en résulte que la lymphe s'écoulant de ces tissus est plus pauvre en sucre que dans les conditions normales ».

Tels sont les principaux arguments de la théorie de l'élimination : hypoglycémie légère et diminution de la glycose contenue dans la lymphe.

b. *Théorie de l'élaboration rénale.* — D'après cette seconde théorie, le rein, sous l'influence de la phloridzine, fabrique du sucre avec des éléments empruntés au sang. Elle a pour défenseur Ouchinsky et Levene; c'est également la théorie invoquée par Paderi avec cette restriction que la production de sucre n'a lieu que par suite de l'excitation du centre glycogénique.

Ouchinsky (1) fait une série de dosages de sucre sanguin chez des chiens auxquels il administre des doses de phloridzine calculées à raison de 1 gramme par kilogramme. Aux uns il avait préalablement lié les vaisseaux du rein, aux autres il avait lié les uretères. Chez les chiens du premier groupe, le sucre sanguin variait de 0gr087 à 0gr12 p. 100; chez ceux dont les uretères avaient été liés le sucre sanguin était de 0gr18 à 0gr21 p. 100. Il semble bien que, dans le second groupe d'expériences, le sucre fabriqué par le rein ne pouvant s'éliminer par l'uretère déterminait une légère hypoglycémie, tandis que chez les animaux dont le rein avait été séparé de la circulation par ligature de ses vaisseaux, le taux du sucre sanguin ne variait pas.

Levene (2) est le premier qui ait cherché, par une série d'expériences fort ingénieuses, à démontrer méthodiquement le rôle glycoso-formateur de la glande rénale. Il répète d'abord les expériences de Minkowski sur le dosage du sucre dans le sang après injection de phloridzine et ligature des vaisseaux du hile rénal, sans obtenir des résultats concordants; puis il entreprend le dosage du sucre du sang pris dans l'artère et dans la veine rénale pendant la glycosurie phloridzique. Sur 9 expériences il trouve 8 fois un chiffre plus élevé pour le sucre sanguin de la veine rénale et dans deux cas la différence est réellement considérable (0gr023 et 0gr024 p. 100). Au contraire, dans l'expérience qui aboutit à une diminution du sucre, le chiffre de cette dernière (0gr005 p. 100) est assez faible pour être compris dans les limites de l'erreur possible.

Ces résultats, en contradiction avec la théorie de l'élimination, s'expliquent au contraire facilement par la formation de glycose dans le rein.

Il fait ensuite un certain nombre de dosages du sucre, non plus dans le sang, mais dans le rein lui-même après l'action de la phloridzine. Dans tous les cas, il trouve une augmentation considérable du sucre rénal après l'injection et il en conclut que cet excès de sucre a été élaboré par le rein.

Une grave objection a été faite par Zuntz à cette manière d'interpréter ce groupe d'expériences. Il fait en effet remarquer qu'il a trouvé forcément dans le système vasculaire du rein une certaine quantité d'urine, et cette urine, après l'administration de la phloridzine, est très riche en glycose. L'évaluation du sucre dans la totalité du rein doit donc fournir un chiffre plus élevé que chez l'animal à l'état physiologique sans que l'on puisse en inférer une élaboration de sucre par le parenchyme rénal.

Dans un travail plus récent (3), Levene invoque en faveur

---

(1) Quinquaud. Loc. cit.
(2) Schabad. *Vratch*, 1892, nº 49.
(3) Levene. *Journ. of Physiol.*, 1894, t. XVII, nos 3 et 4.
(4) Hédon. Soc. de biol., 16 janv. 1897.
(5) Pour les détails des expériences, voir Delamare. *La glycosurie phloridzique*, Th. de Paris, 1899, p. 31-35.
(6) Levene. The influence of phloridzine on the bile and lymph, *The Journ. of experim. med.*, 1897, t. II, nº 1, p. 107-115.

(1) Ouchinsky. Des échanges gazeux et de la calorimétrie chez le chien rendu diabétique à l'aide de la phloridzine, *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 545. (Résumé d'un travail publié en langue russe, en 1891.)
(2) Levene. *Journ. of physiol.*, 1894, t. XVIII.
(3) Levene. *The Journ. of experim. med.*, 1897, t. II, p. 107-115.

de sa thèse l'action de la phloridzine sur d'autres organes sécréteurs tels que la glande mammaire (1) et le foie considéré comme glande biliaire. La bile en effet contient de la glycose après injection de phloridzine et réduit la liqueur de Fehling. Il en conclut que l'action de la phloridzine n'est pas limitée au rein, mais qu'elle modifie la sécrétion d'un certain nombre de glandes qui sous son influence élaborent du sucre.

Nous pouvons ajouter d'ailleurs que les expériences que nous avons faites pour étudier l'action de la phloridzine sur la sécrétion sudorale et la sécrétion lactée (2) tendent à confirmer la théorie soutenue par Levene. Nous avons même pu démontrer que le sucre qui se trouvait en excès dans le lait, après l'action de la phloridzine, était non de la glycose, sucre qui se trouve dans le sang, mais de la lactose ou sucre spécial au lait. Il y aurait donc fabrication exagérée de lactose par la glande mammaire, et, en supposant que les autres glandes, et en particulier les reins, réagissent de la même façon à la phloridzine, on se trouve amené à conclure avec Levene que les reins fabriquent, en totalité ou en partie, le sucre excrété dans la glycosurie phloridzique.

Variations de la glycosurie phloridzique. — La quantité de glycose éliminée sous l'influence de la phloridzine est soumise à de nombreuses variations. Les unes sont dues à des causes générales, d'autres sont provoquées par l'action simultanée de quelques-unes des substances préconisées contre le diabète sucré. Enfin le plus ou moins bon fonctionnement du rein détermine des modifications dont nous nous proposons de montrer l'importance au point de vue clinique.

I. *Variations déterminées par des causes générales.* — Nous réunirons sous ce titre les variations dues : 1° à l'influence de l'espèce animale à laquelle appartient le sujet sur lequel on opère ; 2° à l'influence de la dose de phloridzine employée ; 3° à l'influence de son mode d'administration ; 4° à l'influence de la répétition des doses.

a. *Influence du sujet.* — La phloridzine a été expérimentée avec des succès fort divers sur la plupart des animaux de laboratoire. Les oiseaux ne donnent que de très faibles glycosuries (Minkowski, Thiel, von Mering). Pour agir sur la grenouille, la phloridzine doit être injectée dans le sac lymphatique dorsal. Parmi les mammifères le lapin semble particulièrement insensible à l'action du glycoside ; par ingestion une dose minima de 2 grammes par kilogramme est nécessaire pour provoquer la glycosurie, en injection hypodermique, bien que des doses moindres suffisent, la phloridzine a une action plus faible sur lui que sur le chien ; ce dernier semble en effet un des animaux les plus sensibles à l'action de la phloridzine.

La glycosurie est cependant encore plus facile à provoquer chez l'homme. D'après nos recherches, une dose unique de 5 milligrammes suffit, chez un individu bien portant, à provoquer l'élimination de 1 à 2 grammes de glycose.

b. *Influence de la dose.* — Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la quantité de sucre éliminé augmente en raison directe des doses de phloridzine administrées ; mais, d'après Coolen, « cette dose devient rapidement maximale et à partir de ce moment, on ne peut plus dire que la phloridzine augmente avec la dose. »

(1) Cornevin. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 6 fév. 1893.

(2) Delamare. *La glycosurie phloridzique, son application à l'exploration clinique des fonctions rénales*, p. 68-85.

c. *Influence du mode d'administration.* — L'absorption de la phloridzine, comme celle de toutes les substances solubles, est plus rapide par la voie hypodermique. L'absorption par la voie digestive est soumise à trop de vicissitudes, surtout quand il s'agit de recherches physiologiques opérées sur de petites doses, pour qu'on ne lui préfère, chaque fois que cela est possible, l'injection sous-cutanée. La phloridzine agissant directement sur le rein, le mode d'administration qui permet l'utilisation la plus rapide et la plus complète est l'injection dans la veine rénale, comme l'a fait Zuntz (1). On voit alors la glycose apparaître immédiatement dans l'urine secrétée par le rein ainsi injecté.

On observe d'ailleurs une action presque aussi rapide par l'injection intra-veineuse, ou mieux l'injection sous-cutanée, qui est le véritable procédé de choix. Chez un individu sain, la glycosurie se produit ordinairement moins d'une demi-heure après l'injection de 5 milligrammes qui peut être considérée comme la dose minima.

d. *Influence de la répétition des doses.* — Il arrive souvent qu'une même dose de phloridzine administrée à quelques jours d'intervalle détermine une plus forte glycosurie lors de la seconde injection. Coolen, qui avait fait le premier cette remarque, se demanda s'il ne pourrait, par une série d'injections, arriver à renforcer le diabète phloridzique et même à le rendre permanent en dehors de toute injection du glycoside. Mais les expériences qu'il institua dans le but de résoudre cette question, l'amenèrent à conclure que l'injection de phloridzine répétée journellement détermine une glycosurie qui atteint rapidement son maximum, se maintient au même niveau pendant toute la durée des injections, et disparaît rapidement dès qu'on cesse de les pratiquer.

Ayant été souvent frappé des différences assez notables qui existent entre les quantités de sucre éliminées par un même individu soumis deux fois de suite à l'épreuve de la phloridzine, nous avons recherché systématiquement chez deux malades les variations de la glycosurie en injectant chaque fois 5 milligrammes de phloridzine. Chez le premier sujet, l'injection était pratiquée tous les trois jours, à des heures variables, et on ne faisait pas uriner le malade toutes les heures ; nous avons trouvé néanmoins des chiffres plus élevés à la fin de l'expérience qu'au commencement. Le malade a en effet successivement éliminé 1gr395, 0gr183, 2gr880, 1gr687 et 5gr580.

La seconde expérience, faite dans des conditions plus rigoureuses que la première (injection tous les quatre jours, à heure fixe, urines recueillies d'heure en heure et pas de modification du régime), nous donna une série régulièrement croissante : 1gr374 de glycose le premier jour, puis de quatre en quatre jours 1gr935, 2gr209, 3gr150, 3gr375 et 3gr240. Le volume d'urine sucrée et la durée de la glycosurie avaient également tendance à augmenter, mais leur accroissement n'était pas proportionnel à celui du chiffre de la glycose.

II. *Modifications déterminées par les médicaments réputés antidiabétiques.* — Bien qu'il y ait une grande différence entre la pathogénie de la glycosurie phloridzique et celle du diabète sucré, quelques-uns des médicaments préconisés à tort ou à raison, contre cette maladie, semblent diminuer également la glycosurie phloridzique.

Les différents sels qui se trouvent dans l'eau de Vichy

(1) Zuntz. *Verhandlung der physiol. Gesellschaft zu Berlin*, 1894-1895, S. 51.

(*chlorure*, *carbonate*, *bicarbonate* et *sulfate de soude*) n'ont produit aucun effet sur la glycosurie phloridzique, d'après Coolen (1) et Germain Sée et Gley (2).

Le *chlorhydrate d'ammoniaque*, expérimenté par Adamkiewicz dans le diabète vrai avec un certain succès, n'a qu'une très faible action et seulement aux doses toxiques (Coolen).

L'*arsenic* reste également sans effet sur la glycosurie phloridzique (Germain Sée et Gley, Coolen).

Le *bromure de potassium* a, d'après ces mêmes auteurs, une action très nette sur le chien; le lapin, au contraire, n'a aucune modification dans sa glycosurie.

La *glycérine* (Coolen) n'a d'action réellement sensible qu'à dose toxique.

Le *salicylate de soude* diminue la glycosurie sans la supprimer lorsqu'on l'administre à doses massives (Coolen).

L'*opium* qui a été tant vanté dans le diabète vrai a, au contraire, augmenté l'intensité de la glycosurie phloridzique.

La *pipérazine*, expérimentée d'abord par Hildebrandt (3), auquel elle semble avoir donné d'excellents résultats, a été étudiée de nouveau par Coolen, qui n'a constaté son action antiglycosurique qu'aux doses mortelles. Nous avons renouvelé les expériences de Hildebrandt et de Coolen, soit avec la piperazine, soit avec le lycétol son succédané, et loin de constater une diminution de la glycosurie par son action combinée avec celle de la phloridzine, nous avons au contraire constaté une légère augmentation du chiffre de sucre éliminé.

Le *jambul* (*syzygium jambolanum*) a été préconisé également par Hildebrandt qui aurait trouvé le pouvoir saccharifiant du sang très diminué chez des animaux soumis à la fois à la phloridzine et au jambul. Coolen, étudiant l'effet de cette substance chez des animaux, constate bien une diminution de l'élimination du sucre, mais elle s'accompagne de troubles digestifs intenses. L'ayant expérimenté à notre tour, chez deux sujets à fonctions rénales normales, nous pouvons conclure que le jambul, administré à la dose de 60 centigrammes et 1 gramme en deux fois, provoque une diminution relative et absolue de l'élimination du sucre dans la glycosurie phloridzique sans provoquer les troubles gastriques observées par Coolen.

L'*antipyrine*, qui diminue la glycosurie du diabète ordinaire, semble également agir sur celle du diabète phloridzique. Germain Sée et Gley puis Coolen ont, en effet, obtenu une diminution notable de la glycosurie phloridzique en administrant l'antipyrine en même temps que le glycoside. Les résultats que nous avons obtenus sont moins nets. Dans une première expérience nous avons bien obtenu une diminution considérable de la quantité de sucre éliminé, mais dans une seconde, pratiquée d'ailleurs dans les mêmes conditions, le chiffre de la glycosurie s'est trouvé supérieur lorsque le sujet était soumis à l'administration de l'antipyrine et à la phloridzine. Nous ne pouvons donc conclure à une action bien efficace de l'antipyrine dans le diabète de la phloridzine.

(1) Coolen. Étude des médicaments réputés antidiabétiques sur la glycosurie phloridzique, *Arch. de pharmacodynamie*, 1896, t. II, p. 255-314.

(2) G. Sée et E. Gley. Recherches sur le diabète expérimental, *C. R. de l'Acad des sc.*, 1889, t. CVIII, p. 84-88.

(3) Hildebrandt. Ueber ein Wirkung des Piperazine und seinen Einfluss auf des experimentallen Diabetes, *Berlin. klin. Wochens.*, 1894, n° 6, S. 142.

II

Application de la glycosurie phloridzique à la clinique. — A côté des modifications de la glycosurie phloridzique que nous venons d'étudier, il en existe d'autres, fort importantes au point de vue clinique, qui dépendent du mécanisme de la glycosurie phloridzique. Ce phénomène étant d'origine rénale, il est nécessaire, pour que la glycosurie se produise régulièrement, que le rein, non seulement ne présente aucune lésion, mais encore fonctionne normalement. On conçoit, en effet, que l'action de la phloridzine sur un organe malade doit être différente et se traduire soit par une diminution ou une suppression de la glycosurie, soit, au contraire, par une exagération de ce phénomène.

Klemperer (1) avait bien constaté de l'anaglycosurie chez 7 brightiques sur 10, auxquels il avait fait ingérer de la phloridzine; mais s'occupant uniquement du diabète rénal, il n'avait vu dans ce phénomène que la confirmation de sa théorie du diabète et n'avait pas songé aux applications cliniques qui pouvaient en découler.

Il avait eu, en outre, le grand tort d'administrer la phloridzine par la voie buccale. D'ailleurs, ses recherches ne semblent pas avoir été poursuivies, car, lors de la discussion de son rapport, Magnus Levy (2) communique quelques expériences destinées à contrôler celles de Klemperer, expériences qui aboutissent à un résultat diamétralement opposé.

Cet auteur commence par faire remarquer, avec raison, d'ailleurs, que la phloridzine, administrée par voie buccale, arrive au rein plus ou moins modifiée et ne détermine qu'une très faible glycosurie; c'est donc à l'injection sous-cutanée qu'il faut avoir recours pour obtenir des résultats précis. Il rapporte avoir fait des injections de 1 gramme, 50 centigrammes et 20 centigrammes de phloridzine à 30 sujets, dont 16 étaient atteints de néphrite. Les plus grandes quantités de sucre (50, 55 et 70 grammes) furent observées avec 1 gramme de phloridzine précisément chez des sujets atteints d'atrophie rénale. Aussi M. Lévy conclut-il que « tout rein sans exception, qu'il soit sain ou malade, élimine du sucre après injection hypodermique de phloridzine ».

Il semble difficile d'admettre la conclusion qu'il tire de 30 expériences, dont 16 seulement faites sur des malades atteints de néphrite. Il obtient, nous dit-il, la plus forte glycosurie chez un brightique; cela semble déjà prouver que le glycoside n'agit pas chez ce sujet comme chez un individu normal. Il faut lui reprocher surtout d'administrer de trop fortes doses, qui peuvent arriver à stimuler un rein peu malade dans son ensemble, ou dont certaines parties sont encore indemnes, et à réveiller la propriété que tout rein normal possède d'élaborer de la glycose ou d'éliminer le sucre sanguin sous l'influence de la phloridzine. Il est, en outre, préférable d'opérer avec de faibles doses dans les expériences de physiologie, on évite ainsi de produire des phénomènes généraux imprévus, qui pourraient fausser les résultats.

Enfin, lorsque les sujets qui servent aux expériences sont des hommes, et surtout des malades dont les reins sont plus ou moins lésés, il ne faut introduire dans l'organisme que la quantité de médicament strictement nécessaire pour

(1) Klemperer. Ueber regulatorische Glykosurie und renalen Diabetes, *Verhand. des Ver. f. innere Med. zu Berlin*, 18 mai 1896.

(2) M. Levy. *Verhand. des Ver. f. innere Med. zu Berlin*, 15 juin 1896.

obtenir le résultat cherché. La dose doit être assez faible pour que son administration par voie hypodermique soit presque indolore; elle doit, par conséquent, être facile à réaliser, mais ne doit causer au malade ni douleur, ni appréhension, tout en ne lui occasionnant qu'une très légère incommodité.

C'est pour obéir à ces diverses considérations que nous avons adopté, après quelques tâtonnements, la dose de 5 milligrammes.

Les recherches que nous avons entreprises sous la direction de M. Achard nous ont permis de reconnaître que, chez un certain nombre de malades présentant des symptômes d'affections rénales plusieurs fois vérifiées à l'autopsie, l'injection sous-cutanée de phloridzine, aux doses de 5 à 50 milligrammes, ne provoquait aucune glycosurie et ne donnait lieu qu'à une faible élimination de sucre. Et dans la majorité des cas où la réaction du rein à la phloridzine présentait quelque irrégularité, l'on pouvait admettre un vice de fonctionnement de cet organe.

Nous avons été ainsi conduit à utiliser cette étude comparative de l'action de la phloridzine chez les sujets sains et malades pour venir en aide à l'investigation clinique. Nous avons donc institué à cet effet une *épreuve de la phloridzine* dont nous allons maintenant indiquer la technique.

Technique de l'épreuve de la phloridzine. — « C'est par l'injection sous-cutanée que nous introduisons la phloridzine dans l'organisme, l'injection présentant le défaut de donner des résultats plus incertains, influencés qu'ils sont par l'état du contenu gastro-intestinal, par la rapidité plus ou moins grande de l'absorption, par la décomposition plus ou moins active de la phloridzine dans le tube digestif.

La dose de phloridzine qui nous a paru le mieux convenir pour l'épreuve est celle de 5 milligrammes : elle suffit à provoquer chez des sujets sains une glycosurie manifeste ne durant que quelques heures, de telle sorte qu'il n'est pas besoin de recueillir méthodiquement l'urine pendant fort longtemps pour apprécier le moment d'apparition du sucre, la durée de son élimination, sa quantité totale. Il est superflu de dire que cette dose minime est tout à fait inoffensive. Souvent l'injection provoque pendant quelques heures, en même temps que la glycosurie, un peu de polyurie, mais insuffisante, en général, pour que la quantité d'urine, émise dans les vingt-quatre heures, s'en trouve notablement augmentée.

La solution que nous employons est à 1 p. 200, dont un centimètre cube contient 5 milligrammes de phloridzine. La phloridzine étant très peu soluble dans l'eau distillée à froid, le liquide renferme habituellement un précipité cristallin ; mais il suffit de le chauffer doucement au moment de l'injecter pour que la dissolution soit complète. On pourrait, d'ailleurs, alcaliniser légèrement la solution avec du carbonate de soude pour augmenter la solubilité.

Bien entendu, l'on doit stériliser le liquide et prendre toutes les précautions usuelles pour que l'injection soit faite d'une façon aseptique. Dans ces conditions, il n'y a point de douleur ni de phénomène inflammatoire.

Au moment de l'injection, on fait uriner le malade pour vider sa vessie, puis on recueille l'urine, d'abord au bout d'une demi-heure, ensuite au bout d'une heure, et enfin d'heure en heure.

Il importe de s'assurer que l'urine émise avant l'épreuve ne contient pas de sucre, et même il convient de se mettre en garde contre la possibilité d'une faible glycosurie spontanée, survenant seulement à certaines heures du jour.

Le sucre est recherché dans chaque échantillon d'urine par les procédés ordinaires. Nous décolorons habituellement l'urine par le noir animal, et nous recherchons le sucre par la liqueur de Fehling et le réactif de Nylander. Il est quelquefois utile de déféquer l'urine par le sous-acétate de plomb pour éviter certaines réductions dues à des substances autres que le sucre.

En général, chez les sujets sains, le sucre apparaît dans l'urine au bout d'une demi-heure ou d'une heure, et la glycosurie dure de deux à quatre heures. La quantité éliminée est comprise entre 1 et 2 grammes ; mais il faut tenir compte des causes d'erreur dues au dosage, et ne pas attribuer à ces résultats une précision trop rigoureuse. Nous admettons donc que la limite inférieure de la glycosurie régulière se trouve comprise entre 50 centigrammes et 1 gramme, et sa limite supérieure entre 2 grammes et 2gr50. Enfin nous tenons compte du délai de l'élimination et de sa durée.

On peut très facilement combiner l'épreuve de la phloridzine et celle du bleu de méthylène (1). Pour cela nous injectons simultanément 5 centigrammes de bleu et 5 milligrammes de phloridzine. L'urine teintée de bleu se laisse décolorer sans difficulté par le noir animal et le sucre peut y être recherché par les procédés habituels. Il ne nous a pas paru que la phloridzine, à cette dose minime, influençât d'une façon gênante l'élimination du bleu, ni que le bleu modifiât non plus la glycosurie phloridzique (2). »

Nous avons vu que certains médicaments sont susceptibles de diminuer plus ou moins la glycosurie phloridzique, il est donc préférable de faire l'épreuve en dehors de toute intervention médicamenteuse.

Résultats donnés par l'épreuve de la phloridzine. — Après avoir déterminé, chez des individus dont les reins n'étaient pas malades, la quantité de sucre éliminé dans la glycosurie provoquée par une dose constante de phloridzine (5 milligrammes), le moment d'apparition et la durée des phénomènes, nous avons répété ces expériences sur des malades qui présentaient des signes indiscutables de néphrite aiguë ou chronique (néphrite confirmée plusieurs fois par l'autopsie), et nous avons pu constater, à l'encontre des assertions de Magnus Levy, de grandes modifications dans la glycosurie. Elles consistent le plus souvent en diminution, quelquefois en exagération de la glycosurie. Les observations dans lesquelles nous avons noté soit une *diminution considérable*, soit une *absence complète de glycosurie*, sont au nombre de 55, parmi lesquelles 16 ont été suivies d'autopsies. Toutes ces observations, qui constituent des anomalies par défaut, se rapportent à différentes formes de néphrites caractérisées soit par de l'albumine, soit par un ensemble de troubles fonctionnels qui rendent le diagnostic indiscutable. Dans plusieurs cas même, l'examen histologique des reins, pratiqué peu après l'épreuve de la phloridzine, vient mettre en évidence soit la sclérose, soit la dégénérescence du parenchyme rénal. Parmi ceux-ci se trouvent les

(1) Ch. Achard et J. Castaigne. Diagnostic de la perméabilité rénale, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 avril 1897, p. 637.

(2) Ch. Achard et V. Delamare. L'exploration clinique des fonctions rénales par la glycosurie phloridzique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 avril 1899, p. 385.

observations fort instructives de deux malades atteints de cancer gastrique généralisé sans albuminurie. Soumis à l'épreuve de la phloridzine quelques jours seulement avant leur mort, ils ne donnent l'un et l'autre que des traces de sucre. Chez eux, la lésion rénale était restée inaperçue, masquée qu'elle était par la gravité du complexus symptomatique provoqué par la généralisation du néoplasme. L'autopsie, pratiquée quelques jours plus tard, confirma les données de l'épreuve en montrant, chez le premier, une sclérose sous-capsulaire très prononcée, la transformation fibreuse de nombreux glomérules et quelques tubuli atrophiés, et, chez le second, une sclérose également marquée, portant aussi sur de nombreux glomérules.

Quant aux observations où la glycosurie phloridzique présentait une anomalie par excès, quelques-unes, en petit nombre, se rapportaient à des néphrites chroniques, en général assez bien tolérées, mais la plupart concernant des sujets atteints de maladies aiguës fébriles, dont le fonctionnement rénal aura présenté sans doute à cette occasion une altération passagère.

Nous avons d'ailleurs distingué deux variétés de glycosurie exagérée : la *glycosurie prolongée avec ou sans hyperglycosurie*, qui comprend 16 observations, dont 4 seulement se rapportent à des néphrites chroniques ; et l'*hyperglycosurie sans prolongation*, qui comprend 7 observations dans lesquelles on ne compte pas un seul cas de néphrite.

Les sujets dont les observations rentrent dans le groupe de la glycosurie exagérée étaient, pour la plupart, atteints d'affections aiguës (broncho-pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, surmenage, bronchite), et l'on conçoit que les reins de ces malades, bien que sains histologiquement, présentent un trouble fonctionnel passager se manifestant par une exagération de la glycosurie phloridzique.

Cette hyperglycosurie est à rapprocher de l'hypertoxicité que l'on observe dans certaines maladies aiguës, telles que la pneumonie et la fièvre typhoïde (Rocque et Weil). Ces deux phénomènes sont peut-être concomitants. Des recherches comparatives sur la glycosurie phloridzique et la toxicité urinaire dans les maladies fébriles pourraient seules résoudre cette intéressante question.

Valeur de l'épreuve de la phloridzine. — Nous pouvons dégager quelques notions des recherches que nous venons de résumer.

Dans la grande majorité des cas, la glycosurie régulière s'est rencontrée chez des sujets n'offrant pas de signes de lésions rénales et présentant des reins intacts, lorsque la vérification anatomique a pu être faite. Au contraire, presque toujours les anomalies de la glycosurie, surtout son absence ou son faible degré, et aussi sa prolongation, ont coïncidé soit avec des lésions rénales profondes, constatées à l'autopsie, soit avec des symptômes qui imposaient le diagnostic d'altération des reins, ou qui rendaient tout au moins vraisemblable l'existence de troubles fonctionnels de ces organes. Que, d'ailleurs, les reins puissent éprouver des modifications purement fonctionnelles ne laissant à leur suite aucune trace matérielle, échappant par conséquent à nos moyens actuels d'investigation anatomo-pathologique, et que ces troubles fonctionnels exercent leur influence sur les résultats donnés par l'épreuve de la phloridzine, c'est ce dont on ne saurait guère douter, pour peu que l'on considère les variations de la glycosurie phloridzique chez un même malade. Par exemple, chez une jeune fille entrée pour une poussée de rhumatisme subaigu avec albuminurie légère, l'épreuve n'a d'abord donné qu'une anaglycosurie complète ; puis, l'albuminurie ayant disparu et la maladie s'étant améliorée notablement, de nouvelles épreuves ont provoqué une glycosurie régulière. L'anaglycosurie n'avait donc été qu'un trouble passager du fonctionnement rénal.

C'est d'ailleurs la *fonction* de l'organe que met en jeu l'épreuve de la phloridzine, agissant d'une façon comparable, mais non identique, à l'épreuve du bleu de méthylène. La signification de ces épreuves cliniques est physiologique bien plutôt qu'anatomique. Ni l'une ni l'autre ne donnent de renseignements directs sur l'état histologique des éléments rénaux ; ce n'est qu'en interprétant leurs résultats et en tenant compte de toutes les autres circonstances de la maladie qu'on peut, du trouble de la fonction, inférer qu'il existe une lésion de l'organe et tirer de ces épreuves des données utiles pour le diagnostic de telle ou telle altération des reins. Aussi rencontre-t-on les troubles de la glycosurie phloridzique, comme ceux de l'élimination du bleu, dans les états morbides les plus variés : d'une part dans des cas où ne subsiste par la suite aucune lésion durable, par exemple dans diverses affections aiguës, d'autre part dans des néphrites aiguës, subaiguës ou chroniques, dans la néphrite interstitielle, la néphrite saturnine, la néphrite ascendante des urinaires, les albuminuries gravidiques et puerpérales.

La glycosurie phloridzique constitue d'ailleurs un phénomène plus complexe que l'élimination du bleu de méthylène. Aussi n'est-il pas surprenant que les deux épreuves de la phloridzine et du bleu ne donnent pas toujours des résultats semblables. Sans doute, dans un grand nombre de cas, les deux épreuves concordent, et l'imperméabilité du bleu correspond à des anomalies de la glycosurie phloridzique. Mais il est des cas où le désaccord est manifeste.

Les anomalies de la glycosurie phloridzique coïncident assez souvent avec l'albuminurie, mais on peut les observer, en dehors de celle-ci, chez des malades qui ont des lésions rénales avérées. Nous avons longtemps soigné un vieux saturnin atteint de néphrite très ancienne avec de nombreuses manifestations de brightisme, sans que nous ayons jamais pu constater chez lui de l'albuminurie. Il présentait cependant une anaglycosurie complète, même avec des doses de 5 centigrammes de phloridzine. Après l'avoir suivi pendant 6 mois, nous avons fait l'autopsie d'un malade qui est resté fort longtemps sans albuminurie, alors même qu'il mangeait et était au régime ordinaire ; or, pendant cette longue période d'interruption de l'albuminurie, l'épreuve de la phloridzine ne donna que des traces de sucre ou l'anaglycosurie complète. L'albuminurie faisait aussi défaut chez les deux sujets dont nous avons déjà parlé, morts de cancer gastrique et atteints de néphrite interstitielle.

Les recherches de l'albumine, pas plus que l'épreuve du bleu, ne peuvent tenir lieu de l'épreuve de la phloridzine ; ces trois modes d'exploration rénale se complètent, et il est avantageux de les pratiquer simultanément ; on contrôle ainsi l'un par l'autre trois examens basés sur des phénomènes dont le mécanisme n'est pas identique.

Nous avons vu combien était obscur encore le mécanisme de la glycosurie phloridzique. Pas plus que les expériences de physiologie, les faits anatomo-pathologiques n'ont pu résoudre ce problème en nous montrant une même lésion constante, soit des glomérules, soit des tubes. Souvent il

existait à la fois des lésions de ces deux ordres d'éléments. Dans quatre autopsies, nous avons trouvé, il est vrai, les épithéliums tubulaires presque seuls atteints, et d'ailleurs les probabilités physiologiques sont plutôt en faveur de l'intervention de ces épithéliums dans la production de la glycosurie phloridzique (1). Mais cette lésion épithéliale eût-elle été constatée plus souvent encore à l'exclusion de toute autre, qu'on ne saurait, même dans ces cas, mettre tout à fait hors de cause un fonctionnement défectueux des glomérules dont les tubes correspondants ont été désorganisés.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(25 octobre 1899)

M. Bazy a donné la description d'un **procédé de néphropexie, dit en hamac**, qu'il emploie depuis un certain temps avec succès. Ce procédé consiste à fixer le rein par trois fils à la face interne de la douzième côte, puis à surjetter la capsule adipeuse du rein et à la remonter en la fixant de façon à constituer au rein un véritable hamac. M. Bazy a obtenu, par ce procédé, des fixations rénales durables.

Dans un rapport sur une observation adressée par M. Demoulin, M. Tuffier discute plusieurs points relatifs à la **chirurgie gastrique**. Il s'agissait, dans le cas de M. Demoulin, d'une tumeur de la région pylorique avec rétrécissement du pylore chez un homme arrivé à un état cachectique des plus graves : M. Demoulin a fait une gastro-entérostomie postérieure. Le malade s'est remis promptement et, par la suite, la tumeur pylorique a disparu. Au cours de l'opération, M. Demoulin a constaté une hypertrophie considérable des parois gastriques. A ce sujet, M. Tuffier rappelle avoir signalé cette hypertrophie, qui est très fréquente. Au point de vue opératoire, M. Tuffier signale que, contrairement à M. Demoulin, il ne fait plus jamais la coprostase dans ses opérations sur l'estomac. Il n'emploie plus d'instruments coprostatiques. Comme suite opératoire, il y a eu, dans le cas de M. Demoulin, une hémorragie gastrique qui a cédé très facilement à un lavage de l'estomac. M. Tuffier insiste sur l'importance du lavage de l'estomac dans ces cas. Enfin, le fait sur lequel insiste plus particulièrement M. le rapporteur, c'est la disparition de la tumeur après l'opération. Il a souvent constaté lui-même cette disparition, qui s'explique par plusieurs mécanismes, mais surtout par la libération de l'estomac qui permet à la tumeur de remonter sous le foie, où elle cesse d'être appréciable à la palpation. Il y a aussi des tumeurs purement inflammatoires qui disparaissent réellement.

Ce rapport de M. Tuffier a donné lieu à une discussion. M. Guinard a toujours recours à la coprostase et trouve imprudent de la supprimer. M. Schwartz fait observer qu'il ne faut pas trop se hâter de se réjouir de cette disparition de la tumeur. Souvent elle reparaît après un certain temps; c'est ce qu'il a eu l'occasion d'observer sur une de ses opérées, qui se trouve actuellement en pleine généralisation cancéreuse.

M. Hartmann ne fait jamais la coprostase, attache une grande importance aux lavages consécutifs de l'estomac en présence de la moindre complication post-opératoire. Enfin, dans l'observation de M. Demoulin, on a hésité, pour le diagnostic, entre une tumeur du pylore et une tumeur de la vésicule biliaire. M. Hartmann prétend qu'il n'y a rien de plus simple que le diagnostic à l'aide de l'insufflation de l'estomac. Il a fait connaître ce procédé de diagnostic et s'étonne que ses collègues puissent encore garder quelque hésitation. M. Bazy et d'autres déclarent que, malgré tout, le diagnostic reste encore parfois difficile, même pour des chirurgiens et des médecins expérimentés.

A propos des hémorragies post-opératoires, M. Ricard rappelle que, dans un cas de résection du pylore, il a eu une hémorragie consécutive qui a emporté son malade. Au cours de l'opération, il avait bien vu une artère saigner dans l'estomac, mais il avait pensé la prendre dans son surjet et arrêter ainsi l'hémorragie. Il n'en a pas été ainsi, et l'artère a continué à saigner. En pareil cas, il vaut donc mieux ligaturer tout vaisseau saignant, quitte à prolonger un peu la durée de l'opération. M. Ricard n'a recours qu'exceptionnellement au lavage de l'estomac. Quant à la disparition de la tumeur, ou à l'extrême mobilité des tumeurs gastriques, il l'a souvent constatée et il croit que, dans la plupart des cas, cette disparition se fait par le mécanisme de l'ascension de l'estomac.

M. Reynier est de l'avis de M. Guinard sur l'importance de la coprostase. Il croit, quant à lui, que le procédé de gastro-entérostomie qui met le plus souvent à l'abri de tous les accidents est le procédé de M. Souligoux. C'est à lui qu'il donne la préférence.

M. Tuffier répond à ses collègues qu'il considère la coprostase comme inutile, qu'il attache une grande importance au lavage de l'estomac, qu'il est d'avis, avec M. Ricard, qu'il faut toujours assurer l'hémostase et que le moyen de diagnostic de M. Hartmann peut être pris en défaut.

Plusieurs lectures et plusieurs présentations ont été faites dans cette séance : M. Galezowski a montré un **malade opéré et guéri d'un décollement de la rétine par la ponction avec aspiration de l'humeur aqueuse**; M. Thiéry, un cas d'**actinomycose temporo-maxillaire**; M. Schwartz présente un malade qui avait eu une **fracture de la jambe avec 8 centimètres de déplacement** et qui a été guéri avec 2 centimètres de raccourcissement par l'**ostéotomie oblique et l'extension continue dans l'appareil de Hennequin.**

M. Potherat présente un jeune homme opéré avec succès d'un **anévrysme artério-veineux de la cuisse.**

M. Reverdin a présenté une **table à opérations** très portative.

Signalons enfin une lecture intéressante de M. Jonnesco (de Bucarest) sur le **traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par incision et suture de la poche.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat (séance du 26 octobre). — *Anatomie* : MM. Dobrowitch, 8; — Latron, Mercadé et Monnier, 7; — Osty, Quillon et Rostaine, 4; — Hervoit, 3; — Sudaka, 2; — Wicart, 1. — M. Tabary absent est excusé.

La prochaine séance aura lieu le samedi 28, à huit heures et demie du matin, à l'Administration centrale.

(Séance du 26 octobre.) — *Pathologie* : MM. Delaunay et Lemierre, 13; — Bidel et Boisseau, 12; — Bonamy et Heller, 10; — Béneteau et Le Gambier, 9.

La prochaine séance aura lieu le samedi 28, à quatre heures et demie du soir, à l'hôpital Beaujon.

(1) A. Trambusti et G. Netti. *Lo Sperimentale*, fasc. V et VI, 1893. — Seelig. *Arch. f. experim. Pathol.*, Bd. XXXVII, S. 156. — Marcuse. Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 4 avril 1898, in *Semaine méd.* et *Riforma med.*

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 42e semaine 874 décès, chiffre un peu supérieur à celui de la semaine précédente (864), et à la moyenne ordinaire des semaines d'octobre (819).

La fièvre typhoïde présente une notable diminution. Elle a causé 15 décès au lieu de 21 pendant la semaine précédente.

Les autres maladies épidémiques sont très rares. La rougeole a causé 3 décès, chiffre identique à la moyenne; la scarlatine, 2 (au lieu de la moyenne 1), la coqueluche 1 (au lieu de la moyenne 5) et la diphtérie, 3 (au lieu de la moyenne 5).

Il n'y a pas eu de décès par la variole pendant les quinze dernières semaines.

Marine. — M. Gaillard, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer le 1er novembre sur l'*Iéna*, à Brest.

— M. Avérous, médecin de deuxième classe, prosecteur d'anatomie à l'École-annexe de Brest, est maintenu dans ces fonctions pour une nouvelle période d'un an.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Camille Maucotel, adjoint au maire de Mirecourt (Vosges), décédé à l'âge de quarante-deux ans.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 octobre seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 novembre.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du 1er janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

Paris, le 30 octobre 1899.

Nous n'aimons guère voir la presse politique s'occuper de nos affaires, car la corporation ne peut qu'y perdre à bien des égards. Malheureusement, son ingérence s'étend de plus en plus dans notre domaine, et chaque jour nous sommes analysés, discutés, et avec quelle compétence !

La faute est souvent nôtre. Il en est parmi nous, et non des moindres, qui ne dédaignent pas un peu de bruit fait autour de leur nom; et à côté de ceux dont les journaux célèbrent les mérites, à tant la ligne, il en est d'autres qui ne sollicitent rien, ne demandent rien, mais qui ne laissent pas que d'éprouver un sentiment d'intime satisfaction lorsqu'ils voient leur nom, en toutes lettres, imprimé dans les grands quotidiens et jeté en pâture à leurs « millions de lecteurs ». Ce petit sentiment de vanité satisfaite doit être réprimé, car c'est un acheminement vers une tendance regrettable.

Nous déplorons ces contacts plus fréquents des médecins avec la presse politique ; et nous déplorons surtout de les voir s'implanter et prendre corps parmi les jeunes. Le jury de l'internat a, cette année, donné lieu, dès son tirage, à des protestations, justifiées ou non. De suite, ces protestations se sont étalées, en première page, dans la presse politique et ont motivé des réclamations de la part des juges qui étaient visés, protestations que la grande presse a, également, rendues publiques.

Croyez-vous que nous sommes bien avancés que trente-six millions de Français sachent qu'il y avait dans le jury deux juges suspectés des candidats? Croyez-vous que les choses vont mieux depuis que d'autres journaux ont cru devoir publier une longue protestation en faveur des juges incriminés? Quand les étudiants veulent quelque chose et le veulent bien, ils savent le faire savoir et se faire respecter. Lorsque leurs réclamations sont justifiées, n'ont-ils pas avec eux leurs chefs, jeunes ou vieux? C'est cette solidarité instinctive, spontanée, pour toutes les causes justes, qui fait la force du corps médical de nos hôpitaux, maîtres ou élèves.

La jeunesse a ses qualités d'ardeur et d'intransigeance qui fuit les compromissions et que pour notre part nous admirons toujours. Aussi la voyons-nous avec peine quitter la vraie route, celle qui mène au but peut-être bruyamment, et avec quelques carreaux cassés, mais nettement, loyalement et ouvertement. Nous l'aimions mieux tapageuse et révoltée que diplomate et familière des salles de rédaction, où s'élaborent des articles à insinuations, dénaturés par des rédacteurs incompétents qui ne cherchent que le bruit, quel qu'il soit, où qu'il porte.

Ainsi, à l'occasion de ce concours actuel de l'internat, un journal politique, évidemment inspiré par quelque candidat, se plaint des fraudes qui ont lieu au moment de la composition écrite. Écoutez-le :

« Les amis complaisants se précipitent et viennent s'asseoir, tel un génie tutélaire et bienfaisant, près du malheureux candidat terminant sa copie.

C'est alors que les irrégularités les plus monstrueuses peuvent être commises. Sans parler des notes échangées entre camarades pendant le concours ou des renseignements donnés par un étudiant pris de compassion pour un voisin ému et troublé, il est une fraude beaucoup plus grave, c'est la correction des épreuves sous les yeux, quelquefois avec l'aide, du camarade plus âgé et plus compétent.

Ces abus, auxquels on voudrait ne pas croire, tellement ils sont énormes, se sont glissés depuis quelques années dans un concours aussi important. Cette année ils sont devenus plus nombreux et plus flagrants.

La fraude, autrefois possible, s'est aujourd'hui réalisée. »

Evidemment ces lignes n'ont pu être écrites qu'inspirées, que dictées par quelqu'un de la maison, probablement par un candidat, justement mécontent. Pourquoi ce candidat, s'il a vu ces fraudes « aujourd'hui réalisées », n'a-t-il pas signalé le fait ouvertement, n'a-t-il pas protesté à voix haute, n'a-t-il pas réuni les signatures nécessaires pour porter ses protestations légitimes devant le jury compétent? J'avoue que je le vois avec peine, témoin impassible d'une fraude, l'enregistrant en silence, pour aller, le soir, dévoiler à un reporter aux aguets le sujet d'un article à sensation.

Pour nous, nous serons toujours fidèles à la vieille formule : « La médecine, aux médecins, » et nous plaignons ceux qu'enchanteraient ces mœurs nouvelles. S'il y a chez nous quelque tache à laver, portons-y remède énergiquement, mais ne l'étalons pas imprudemment chez le voisin.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(27 octobre 1899)

La question de l'influence étiologique de la syphilis sur la genèse de la paralysie générale, des rapports de la paralysie générale avec le tabes, de l'opportunité et de la valeur du traitement spécifique en pareil cas, est une des plus passionnantes de la médecine, une sur laquelle les opinions les plus différentes ont pu se donner libre carrière. Une communication de M. Sérieux, une réponse de M. Joffroy à cette communication, font revivre cette question et la font apparaître, nous semble-t-il, sous un jour plus vif. M. Sérieux a recherché avec soin les antécédents syphilitiques des paralytiques généraux, non pas dans un hôpital, où il est souvent difficile d'obtenir des renseignements tout à fait précis, mais dans un service de malades payants. Or, l'auteur est arrivé aux chiffres suivants : sur 42 malades soigneusement observés, la syphilis paraît certaine dans 50 p. 100 des cas; probable dans 70 p. 100 des cas. La syphilis est le seul facteur à incriminer dans 31 p. 100; il s'est écoulé en moyenne quatorze ans entre l'infection et l'internement, ce qui donne dix à douze ans comme durée habituelle de l'incubation. On peut conclure dores et déjà de cette statistique :

1° Que la syphilis paraît être un facteur très important dans le développement de la paralysie générale.

2° Que la fréquence de l'hérédité névropathique ou vésanique chez ces malades montre que la dégénérescence mentale est un terrain favorable, peut-être même nécessaire à l'éclosion de la méningo-encéphalite.

3° Que d'autres infections ou intoxications peuvent avoir une influence au moins aussi grande que la syphilis.

Il serait de la plus haute importance d'être définitivement fixé sur tous ces points, car à cette question dogmatique s'ajoute une question pratique, une question de thérapeutique immédiate, dont on ne peut nier la portée.

Or — c'est M. Joffroy qui parle — si le rôle étiologique de la syphilis dans le tabes et dans la paralysie générale est incontestable, il ne s'ensuit pas que ces deux maladies soient de nature syphilitique, que l'on doive traiter comme de la syphilis : *La syphilis favorise l'éclosion de ces affections, rien de plus; elle est un bon engrais pour leur développement, elle n'est que cela; elle n'en constitue pas la cause première.* Divers arguments — nous notons seulement les principaux — viennent affirmer le bien fondé de cette affirmation :

1° Il est des paralytiques généraux et des tabétiques qui certainement ne sont pas syphilitiques.

2° Les lésions trouvées aux autopsies des paralytiques généraux sont des lésions inflammatoires chroniques banales; on n'y trouve aucune preuve (gommes ou artérites) de la nature syphilitique de la paralysie générale.

3° On rencontre des paralytiques généraux porteurs d'accidents tertiaires, de gommes, que le traitement fait disparaître alors qu'il reste impuissant sur les lésions de la paralysie générale.

M. Widal lit une communication de MM. Sabrazès et Brengues (de Bordeaux) sur **un tubercule du volume d'un pois implanté à la base d'une valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire**. Une jeune fille de seize ans, issue d'un père phtisique, succombe à une méningite tuberculeuse associée à une poussée granulique des deux plèvres, du péricarde pariétal, du foie. Le sommet du poumon gauche et les ganglions trachéo-bronchiques contiennent de petits foyers caséeux; dans le cœur, au niveau de l'orifice pulmonaire, se trouve un tubercule gros comme un pois. Le bacille de Koch s'est fixé dans le cul-de-sac d'une valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire et a présidé à la formation d'un gros tubercule, dont les caractères anatomo-pathologiques se confondent avec ceux des lésions vulgaires de tuberculose chronique. Ce nodule tuberculeux a donc pu se développer et s'accroître en un point de l'organisme sans cesse baigné dans le sang veineux. L'évolution caséeuse de ce nodule, — qui s'effritait par son bord libre, — son siège sur un repli membraneux animé de mouvements rythmiques étaient éminemment favorables à la production d'embolies susceptibles de se disséminer et de se greffer dans le parenchyme pulmonaire. Cliniquement, cette localisation intra-cardiaque de la tuberculose ne se traduisit que par des troubles fonctionnels d'une interprétation difficile, tels que douleurs vagues dans la région du cœur et dyspnée d'effort.

M. Pierre Boulloche lit une note **sur un cas de purpura infectieux suraigu suivi de guérison**. Un enfant de quatre ans est pris subitement, au cours d'une excellente santé, de fièvre, d'abattement et de purpura. Quelques heures à peine après cette invasion brutale, l'état était le suivant : taches purpuriques d'un rouge noirâtre, disséminées en grand nombre sur les extrémités inférieures, discrètes sur le tronc, large ecchymose violacée sur la cuisse droite; température très élevée 40°5, pulsation 180, respiration 60; coma absolu, cyanose de la face.

Ce cas paraît appartenir à ces formes de purpura infectieux décrites par Guelliot, puis par Hénoch sous le nom de purpura fulminant. Ce type de purpura, bien connu seulement au point de vue clinique, se caractérise par son développement exclusif chez les très jeunes sujets, l'apparition presque simultanée de symptômes généraux et nerveux très graves, le développement rapide de taches purpuriques, d'ecchymoses et de phlyctènes, l'absence constante d'hémorragies muqueuses, l'évolution foudroyante et toujours fatale de la maladie, qui entraîne la mort, quelquefois en moins de douze heures. Cette observation fait exception à la règle : le petit malade, traité par une injection de sérum, un enveloppement mouillé et des bains frais, a guéri très rapidement.

M. Barth présente un malade porteur d'une **arthropathie scapulo-humérale**, à début rapide, à évolution indolore, apyrétique, semblable à ces arthropathies nerveuses dé-

crites par Charcot, et que cependant il est impossible de classer. Elle échappe à tout diagnostic étiologique certain.

LES STATIONS HIVERNALES FRANÇAISES DU SUD-OUEST

Pau, — Arcachon, — Biarritz.

Par le docteur L. Goudard (de Pau).

S'il est une tendance fâcheuse de l'esprit français, c'est celle qui nous porte à chercher toujours à l'étranger ce que nous possédons chez nous aussi bien et souvent mieux que nos voisins. C'est à cette tendance et peut-être aussi, il faut bien l'avouer, à un manque d'initiative locale dont profitent nos rivaux, qu'on doit attribuer la vogue si grande des sanatoria du centre de l'Europe.

Nous ne voulons pas discuter ici la question des cures d'altitude et des sanatoria de montagne, qui ont leurs indications spéciales, et qui d'ailleurs pourraient être aussi nombreux et fournir des résultats aussi satisfaisants dans nos Pyrénées ou dans nos Alpes françaises qu'en Silésie ou dans la Forêt-Noire. Cependant il nous sera permis de faire remarquer que de l'avis à peu près unanime de tous les médecins, le but du sanatorium est, avant tout, de réaliser le traitement hygiénique de la tuberculose sous une surveillance médicale, intelligente et consciencieuse.

La question des indications de la cure d'altitude mise à part, il semble incontestable que le traitement hygiénique de la tuberculose se fera dans de bien meilleures conditions sous un climat vivifiant, sain, ensoleillé, à la fois aéré et à l'abri des vents dangereux. Aucun pays, en Europe, ne possède à ce point de vue les climats merveilleux que nous offre le midi de la France.

Bien que placées pour la plupart sous des latitudes à peu près égales, les stations méridionales de notre pays forment sous le rapport du climat deux groupes bien distincts, les « deux Midi français » suivant la très juste expression du docteur Gandy (de Bagnères-de-Bigorre) [1]; d'une part le climat méditerranéen, lumineux, chaud, sec, variable, beaucoup plus continental que marin, comme l'observe avec raison le docteur Lalesque (d'Arcachon) ; d'autre part le climat du sud-ouest, climat maritime, sédatif, doux, calme, constant et uniforme.

La région océano-pyrénéenne doit ses propriétés climatériques au voisinage de l'Atlantique, qui conserve pendant l'hiver une quantité considérable de la chaleur acquise en été, et à l'influence du Gulf stream.

Comme l'a dit l'Américain Maury, le Gulf stream répand sur l'Atlantique dans une seule journée d'hiver une quantité de chaleur qui suffirait à élever, du point de congélation à la chaleur d'été, la température de la masse d'air atmosphérique qui couvre la France et la Grande-Bretagne.

Au sud, les hautes et belles Pyrénées forment un immense écran naturel du côté de l'Espagne et assurent par le déversement de leurs lacs et de leurs torrents la fertilité du pays. La vapeur d'eau contenue dans l'air, bien qu'invisible, fait à la terre un manteau protecteur la mettant à l'abri des grandes oscillations thermiques (Lalesque).

La caractéristique de cette région au point de vue climatérique est avant tout le *calme de l'atmosphère*, malgré l'influence très réelle qu'exerce sur lui le voisinage de la mer; calme surtout remarquable à Pau, et aussi *l'absence de vents violents* tels que le mistral, *l'égalité de la température* et de l'humidité, la pureté d'un air à la fois sédatif et tonique.

La végétation, assez pauvre dans la région landaise où poussent les grandes forêts de pins, est riche au contraire dans les vallées fertiles du Béarn, où croissent avec abondance le maïs et les plantes fourragères de toutes sortes, au milieu des chênes, des tilleuls, des marronniers, des châtaigniers et des platanes.

Par sa population fixe et par le nombre de ses étrangers, par ses ressources de toute nature, par la beauté de son site, Pau est de beaucoup la plus importante des stations climatériques du sud-ouest.

La ville s'étend sur un plateau élevé de 205 mètres d'altitude, coupé presque à pic au midi où sa crête surplombe de 36 mètres environ la vallée du Gave. Sur cette crête se déroule le magnifique boulevard des Pyrénées, terminé à chacune de ses extrémités par le parc Beaumont avec le nouveau casino et son magnifique Palmarium à l'est, le grand parc précédé du château à l'ouest. Une suite ininterrompue de promenades et de terrasses relie ainsi sur un parcours de près de 3 kilomètres les deux points extrêmes sans que l'on perde un instant de vue le panorama des montagnes, la plus belle vue de la terre, a dit Lamartine.

Tout le long du boulevard, s'élèvent de grands hôtels et de belles villas.

Au nord, sur le plateau s'élèvent la ville et les nombreuses villas qui la prolongent dans toutes les directions.

Nous ne nous étendrons ni sur les charmes de cette station, ni sur les avantages intellectuels et sociaux qu'elle présente, ni sur les nombreuses distractions qu'elle offre aux étrangers.

Pour Pau, comme pour les autres stations, nous allons essayer, après avoir déjà esquissé à grands traits les qualités climatériques générales du sud-ouest, de préciser les qualités spéciales du climat de cette ville et d'en déduire les indications particulières que le médecin doit connaître.

Un savant météorologiste palois, M. A. Piche, a dit : « Le climat de Pau n'est qu'assez beau, mais il est bon. » Depuis quelques hivers la nature semble donner un démenti à cette assertion pourtant très exacte, en ajoutant aux qualités sérieuses d'un climat utile aux malades, les qualités aimables d'un ciel riant et clair, agréable à tous.

« Ce qui frappe surtout en arrivant, écrivait Louis à Taylor, en 1854, après avoir passé six mois à Pau avec son fils atteint de tuberculose, c'est le calme de l'atmosphère, calme si complet que, du 25 octobre au 31 décembre de l'année dernière, j'ai bien vu pendant cet espace de temps les feuilles des arbres remuer, mais jamais leurs branches. »

L'absence presque continuelle de vent met à l'abri des brusques variations de température. Elles sont d'ailleurs rares et, lorsqu'elles se produisent, offrent peu d'inconvénients, les malades pouvant facilement s'en garantir.

La température moyenne, en hiver, est de 7 à 8 degrés. Bien qu'il pleuve relativement assez souvent à Pau, l'atmosphère ne renferme presque jamais d'humidité libre. Jamais les rampes d'escaliers ni les tapisseries ne sont humides, même après des pluies abondantes; le pavé des rues et les trottoirs sèchent très rapidement après la fin des plus fortes et des plus longues averses. Enfin, les brouillards sont très rares.

Tel que nous venons de le décrire, le climat de Pau est essentiellement sédatif ; on a successivement comparé son action sur l'homme à celle du chloroforme et à celle du bro-

(1) Dr Gandy. *Les Deux Midi français*, Paris, Soc. d'édit. scient. 1897.

mure, bien qu'il soit loin d'avoir les effets déprimants de ces médicaments. L'impression de calme que ressentent, en arrivant à Pau, non seulement les étrangers malades ou bien portants, mais même les habitants qui y reviennent après une absence — et cela nous l'avons observé sur nous-même bien souvent — est si forte qu'elle en devient parfois pénible. Au bout de très peu de temps, d'ailleurs, on s'y habitue, et cette sensation n'a plus rien de désagréable.

Essentiellement sédatif, le climat de Pau est par surcroît tonique, soit qu'il ait la valeur tonique absolue que lui attribuait Duboué, soit, comme le prétend Musgrave Clay, qu'il devienne indirectement tonique en ramenant l'organisme à l'état physiologique, à la façon d'un agent régulateur.

La connaissance des qualités du climat de Pau nous permet de rechercher quelles sont les diverses maladies qui en sont tributaires, et quel profit en peuvent tirer les malades.

L'observation et l'expérience des nombreux médecins qui se sont succédé dans cette très ancienne station nous aideront puissamment dans cette recherche.

En première ligne vient la tuberculose et, avant tout, la tuberculose à forme éréthique. A part les modalités vraiment torpides dans lesquelles l'activité fonctionnelle a besoin d'être constamment stimulée, toutes les variétés de tuberculose du poumon se trouvent bien du climat de Pau. Plus que tous les autres en tirent profit les tuberculeux nerveux, à pouls tendu, émotif, fébrile, ceux qui font aisément des poussées de température ; on ne tarde pas à voir leur pouls se ralentir, perdre de sa dureté, se régulariser et leur courbe thermique se rapprocher de la normale.

L'égalité de la température et l'absence de vent seront surtout précieux pour les congestifs ayant souvent des poussées avec hémoptysies, les malades dont la plèvre irritable semble appeler les nouvelles localisations du bacille de Koch ; non seulement ils seront à l'abri des influences cosmiques qui pourraient favoriser l'éclosion de nouveaux accidents, mais leur inspiration deviendra plus profonde et plus facile, au bout de quelque temps, la tendance congestive s'affaiblira, les hémoptysies, si elles existent, deviendront plus rares et plus aisées. Le climat sédatif et égal de Pau n'agit pas seulement sur le système nerveux et sur l'appareil respiratoire, il a une action puissante sur la nutrition en général, il en ralentit très notablement les échanges, les régularise et, par suite, permet l'utilisation des matériaux fournis à l'organisme pour sa reconstitution. Enfin, sous l'influence tonique du climat, les forces augmentent et l'appétit, cette ressource si précieuse chez un tuberculeux, se relève, ajoutant ainsi à leur plus complète utilisation l'augmentation de la quantité des aliments ingérés.

Si, mettant à part la tuberculose, nous cherchons quelles sont les autres maladies justiciables du climat de Pau, nous verrons encore dans les maladies de l'appareil respiratoire son influence s'exercer sur les bronchites aiguës ou chroniques, les reliquats de pleurésie ou de pneumonie, l'asthme nerveux. Les indications dans les affections de l'appareil cardio-vasculaire et du tube digestif sont plus restreintes ; on enverra surtout à Pau les aortiques menacés d'angine de poitrine, les dyspeptiques gastralgiques et irritables, les malades atteints d'affections catarrhales de l'intestin.

Par contre, presque tous les nerveux, les épileptiques, les ataxiques à crises douloureuses intenses, les hystériques, les choréiques ressentent les bienfaisants effets du climat « bromuré » de Pau. Les neurasthéniques et les surmenés, qu'il s'agisse de surmenage intellectuel ou de surmenage physique, y trouveront, les uns une grande amélioration, les autres la guérison.

Pour terminer ces notions sur les indications du climat de Pau, disons que le rhumatisme articulaire aigu y est rare, que les diabétiques nerveux s'y trouvent bien et qu'il convient admirablement aux âges extrêmes de la vie : aux enfants et aux vieillards.

Les contre-indications s'adressent : aux tuberculoses torpides, aux affections cardiaques avec menace d'asystolie, à l'arthritisme goutteux, aux rhumatismes apyrétiques, à tous les malades qui ont besoin d'un air vif et stimulant pour activer leurs combustions et leurs échanges nutritifs.

Sur la rive méridionale du bassin qui lui donne son nom s'élève la double ville d'Arcachon ; station charmante de bains de mer par la ville d'été, elle offre aux malades, au milieu des pins maritimes, presque en pleine forêt, un tranquille refuge dans sa ville d'hiver, la seule dont nous ayons à nous occuper ici.

C'est sur le versant opposé à la mer, c'est-à-dire sur le versant est et sud, dans les ondulations des amoncellements sablonneux que s'est élevée et abritée la station hivernale (Lalesque).

Cette station sillonnée de routes larges qui se déroulent sur le flanc de la dune en s'entrecroisant, présente un cachet réel d'originalité, avec ses villas aux styles variés et aux tons diversement et pittoresquement bariolés, isolées les unes des autres par les mille replis du terrain.

Ici, pas plus qu'à Pau, on ne doit s'attendre à trouver un soleil brillant sans discontinuité et un printemps perpétuel, mais ici aussi on rencontre un climat égal, uniforme et constant ; les vents froids et violents se sont attiédis en léchant le Gulf stream (Lalesque) ; grâce à leur degré d'humidité, ils n'ont pas l'action desséchante des brises sèches qui accélèrent le pouls et la respiration ; en outre, les hautes dunes de sable entre lesquelles est bâtie la ville d'hiver, diminuent notablement leur intensité.

Grâce au drainage réalisé par la perméabilité du sol, la ville d'hiver bâtie en pleine forêt de pins ne présente pas les inconvénients ordinaires des forêts humides et froides, le degré d'humidité y est cependant assez élevé. Les brouillards, dus au voisinage de la mer et du bassin, sont plus fréquents qu'à Pau, cependant ils sont, en réalité, relativement assez rares et de peu de durée. En revanche, il pleut plutôt un peu moins souvent qu'à Pau.

La température moyenne en hiver est de 7°6 (Gandy) à 8 degrés (Lalesque).

Ce qui caractérise surtout le climat d'Arcachon, c'est la présence de sa forêt de pins maritimes et le voisinage de la mer ; c'est à cette double influence qu'il doit ses propriétés fortifiantes et toniques.

A ces propriétés, il faut ajouter une action sédative manifeste qui se ressent ici aussi surtout pendant les premiers jours qui suivent l'arrivée. En outre, l'humidité de l'atmosphère facilite l'expectoration et diminue les secousses convulsives de la toux (Lalesque).

Bien qu'assez semblable à celui de Pau, le climat d'Arcachon ne présente pas les mêmes indications.

Plus tonique que sédatif, grâce aux vents de mer, il convient plutôt aux candidats à la phtisie qu'aux tuberculeux

véritables; nous n'en voulons pour preuve que les beaux succès obtenus par le magnifique sanatorium pour enfants débiles, du docteur Armaingaud.

Cependant, les phtisiques éréthiques, dont les bronches et la plèvre sont relativement peu fragiles, subissent heureusement les effets sédatifs de la forêt, leur fièvre et leurs poussées congestives diminuent rapidement.

Les bronchites chroniques, l'emphysème, l'asthme à sécrétions peu abondantes trouvent, ainsi que la coqueluche, leur indication dans les émanations balsamiques des pins, les petits coquelucheux bénéficient non seulement d'une sédation rapide des spasmes, mais encore de l'influence tonique du climat, qui les fortifie et les met à l'abri des complications pulmonaires.

Les convalescents, les anémiés, certains neurasthéniques débilités trouvent à Arcachon un refuge salutaire; les enfants s'y développent rapidement.

Les contre-indications d'Arcachon se déduisent des qualités et des défauts de son climat. Les tuberculeux à forme torpide, les malades aux bronches trop délicates, la grande majorité des cardiaques, tous les rhumatisants, les lymphatiques à réactions lentes seront éloignés de cette station.

Séjour mondain et élégant par excellence pendant l'été, quand ses belles plages attirent en foule les baigneurs, Biarritz a également une saison d'hiver, pendant laquelle d'assez nombreux étrangers, Anglais pour la plupart, viennent jouir plus calmement de la beauté des sites et des avantages du climat. Récemment, on a amené à Biarritz les eaux salines de Briscous, rivales de celles de Dax et de Salies-de-Béarn.

Grâce à ces triples ressources sanitaires, Biarritz a pris depuis quelques années une grande extension.

La ville, bâtie sur une colline, entre en forme de coin émoussé dans l'Océan, qu'elle surplombe de ses hautes falaises (Gibotteau).

De tous côtés, sur un rayon de plus d'un kilomètre, se pressent les villas et les hôtels.

Le climat de Biarritz, quoique partageant les caractères généraux du climat du sud-ouest, est cependant bien différent de ceux de Pau et d'Arcachon.

C'est un climat essentiellement marin, où s'exerce sans restriction l'influence tonique du voisinage de la mer. La température moyenne, en hiver, est de 7°9 à 8°3, les pluies sont abondantes et réparties en 133 jours environ.

L'atmosphère est fortement imprégnée d'humidité, les vents y sont fréquents. Le vent du sud souffle souvent des semaines entières, en octobre surtout.

A la fin de l'hiver on a des journées de vent froid d'est et de nord-est. Après les équinoxes éclatent des tempêtes qui durent en moyenne une semaine.

La clarté du ciel est comparée, par les voyageurs, à celle de l'Orient, il faut signaler dans l'air l'abondance de l'ozone.

Les malades qui peuvent être soignés avec profit à Biarritz sont avant tout les anémiques, les déprimés, les tuberculeux non éréthiques, tous ceux dont les échanges et les réactions ont besoin d'être excités; les tuberculoses ganglionnaires, les tuberculoses locales, les tuberculoses osseuses, cutanées et articulaires, les coxo-tuberculoses, les adénopathies cervicales strumeuses, y trouveront leurs indications.

La proximité des thermes salins pourra être utile aux rhumatisants. D'une manière générale, sous l'influence du climat, l'appétit se réveille et, au bout de quelques jours, les forces renaissent.

Mais c'est surtout pour les enfants que Biarritz est utile, ils peuvent passer en plein air des journées entières, déchaussés souvent comme l'été, sur un sable fin et toujours humide (Gibotteau); au printemps et en automne les bains de mer peuvent compléter les effets salutaires du climat.

Enfin tous les débilités et les déprimés se trouveront bien d'un séjour dans cette station.

Les contre-indications de Biarritz sont assez nombreuses; comme nous l'avons dit, les tuberculeux éréthiques à pouls émotif, à tendance congestive, à hémoptysies fréquentes en seront éloignés; il en sera de même des aortiques et de tous les nerveux excités ou excitables à un dégré quelconque, des asthmatiques, des albuminuriques.

Nous ne voudrions pas, dépassant les limites de cet article, régler ici la conduite des malades dans les stations que nous venons de décrire, mais il nous sera permis de dire qu'il en est un peu des climats comme des médicaments, qu'il faut savoir s'en servir et régler les doses et qu'il est, dans les meilleurs d'entre eux, des heures à redouter, des journées trompeuses, des promenades à éviter à certains moments. L'excellence du climat ne doit sous aucun prétexte dispenser des précautions ordinaires, plus utiles peut-être qu'ailleurs. Enfin le choix du logement est d'une importance capitale et devra toujours être dirrigé par le médecin.

Dans toutes les stations du Sud-Ouest les malades pourront se loger à leur guise; dans les hôtels comme dans les villas ils trouveront tout ce qu'exigent le confort et l'hygiène modernes.

Les désinfections au sublimé, au formol, à l'étuve, assurent l'innocuité parfaite du séjour dans les appartements quels qu'ils soient, que ce service fonctionne sous la surveillance du bureau municipal d'hygiène et de la municipalité comme à Pau où les désinfections, officiellement facultatives, il est vrai, mais toujours exigibles par le locataire, sont attestées par des certificats fournis par la mairie, ou qu'ils soient sous le contrôle du corps médical comme à Arcachon. Ajoutons que Pau possède un laboratoire de bactériologie admirablement installé, un hôpital d'isolement situé hors de la ville pour toutes les affections contagieuses ou épidémiques, d'ailleurs fort rares dans cette station, et qu'elle est dotée d'un réseau d'égouts irréprochable.

Nous ne pouvons pas en terminant ne pas protester contre le reproche spécieux qu'on a fait aux stations climatériques d'être des foyers de contagion pour la tuberculose. Il est au moins étrange de voir soutenir cette opinion intéressée par les défenseurs les plus acharnés des sanatoria où les phtisiques, avancés ou non, sont entassés.

On prétend assurer par la désinfection la pureté parfaite d'une habitation où les tuberculeux sont agglomérés et on ne pourrait pas assurer l'absence de contagion dans une ville où ils sont disséminés et où tout concourt à détruire les germes, dans un appartement ou une villa habitée, au plus, quand elle n'est pas louée à un simple amateur, par un seul malade qui les laisse vides pendant cinq mois de l'année pendant lesquels les locaux sont aérés et ensoleillés, ce qui assurerait déjà, même sans désinfection, la destruction complète des bacilles!

Dans les grandes villes d'ailleurs, comme on l'a surabon-

damment démontré, les rues, les cafés, les lieux de réunions sont fréquentés par des tuberculeux bien plus nombreux que dans les stations hivernales, qui crachent sur le sol, les parquets, les murs, ou, ce qui est pire, dans des crachoirs garnis de son ou de cendre, au lieu de recueillir avec soin leur expectoration dans des crachoirs vraiment hygiéniques, comme le fait le tuberculeux averti et éduqué qui se soigne loin de chez lui.

Le jour probablement assez rapproché où, les mœurs médicales s'étant modifiées, le médecin pourra à chaque instant, sans avoir le souci de justifier l'utilité de ses visites, aller vérifier si ses prescriptions sont ponctuellement suivies, où le malade sera convaincu de la nécessité d'une discipline parfaite, le sanatorium idéal sera réalisé, puisque le malade pourra vivre et se soigner au milieu des siens, dans le climat qui conviendra le mieux à la variété de son mal.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(IVe SESSION)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Traitement abortif de la blennorragie. — M. B. MOTZ (de Paris). Je présente les résultats obtenus par ma méthode dans le traitement abortif de la blennorragie. Si le malade est dans les conditions nécessaires, je fais immédiatement le lavage de l'urèthre antérieur (segment par segment), avec la solution du permanganate de potasse à 1 p. 500. Douze heures après, je lave l'urèthre antérieur avec la solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000 et à la fin de la séance je fais le lavage de l'urèthre postérieur avec la solution à 1 p. 2000. Si la sécrétion diminue et devient plus liquide, je continue à faire les lavages de l'urèthre antérieur avec du permanganate de potasse à 1 p. 2000 et douze heures après les lavages des deux urèthres avec la même solution. Si au contraire la sécrétion ne diminue pas, je fais encore un troisième et un quatrième lavage avec la solution de permanganate à 1 p. 1000.

M. GUIARD (de Paris). Je continue d'être opposé à l'emploi systématique des doses fortes comme traitement abortif. La réaction séreuse qu'elles déterminent me paraît devoir être soigneusement évitée. Le sérum, on le sait, est le meilleur terrain de culture pour les gonocoques et la sérosité uréthrale en est abondamment chargée. D'autre part, les doses fortes ont l'inconvénient d'être douloureuses et de provoquer fréquemment des accidents. Les doses faibles de 1 p. 5000 à 1 p. 10000, ont le grand avantage d'être aussi efficaces et de ne produire ni douleurs, ni hématuries, ni réaction séreuse, ce qui prouve que cette dernière est loin d'être indispensable pour la guérison.

M. NOGUÈS. Les doses que M. Guiard appelle fortes me paraissent cependant s'imposer dans plusieurs cas; dans les formes subaiguës, je commence par les lavages à 1 p. 4000 pour tâter la suceptibilité de mon malade et habituer le sphincter à se laisser franchir. Or très souvent, pendant que j'en reste à ces doses faibles, l'écoulement purulent persiste et il faut que j'arrive à des solutions à 1/2000, à 1/1 500, pour voir cette sécrétion remplacée par un liquide clair qui indique que l'on est sur la voie du traitement.

Traitement abortif de l'uréthrite gonococcique. — M. KEERSMAECHER (d'Anvers). Le traitement abortif ne doit pas être confondu avec un traitement héroïque. Il n'est possible qu'au début de la maladie.

J'estime que le traitement abortif doit être limité aux quatre jours qui suivent le coït incriminé.

M. GUIARD (de Paris). Le coït infectant est difficile à préciser, et ne peut guère servir à fixer le début de la maladie et il faut s'en tenir à l'apparition du premier symptôme.

Traitement des uréthrites chroniques.— M. A. CASTAN (de Béziers). Voici la ligne de conduite que je suis en présence d'un malade atteint d'uréthrite chronique : examen de la goutte, des urines avec leurs filaments, du canal, des sécrétions prostatiques après massage, ceci pour le diagnostic complet.

Quant au traitement, je fais dans tous les cas, systématiquement, la dilatation le plus souvent jusqu'à 60, avec massage du canal et le massage prostatique. J'attache à ces manœuvres physiques une importance capitale.

Je ne crois pas à la spécificité d'un médicament, sauf pour les formes gonococciques, où le permanganate ne peut être discuté. Je l'emploie en grands lavages à 1/10000 avec l'appareil d'Albarran.

Dans les types non gonococciques, j'emploie les grands lavages au sublimé à 1/20000, et, lorsqu'ils ne donnent pas de résultat, successivement une série de médications, instillations de nitrate d'argent, d'eau oxygénée, d'acide picrique, protargol suivant mon manuel opératoire, etc. Depuis quelque temps, convaincu de la fréquence extrême de l'uréthrite postérieure et de la prostatite chronique, je donne la préférence au gargarisme prostatique au nitrate d'argent, de M. le professeur Guyon : je n'ai eu qu'à m'en louer.

Par cette méthode, ma statistique comprend 30 uréthrites chroniques, avec 28 guérisons complètes et définitives.

M. A. CASTAN (de Béziers) a encore employé l'**eau oxygénée et l'acide picrique dans le traitement des uréthrites.** L'acide picrique lui a rendu des services dans l'uréthrite chronique.

M. GUIARD (de Paris) constate la **remarquable efficacité de la méthode des hautes dilatations dans les rétrécissements difficiles et rebelles.**

MM. GENOUVILLE et ZADOK (de Paris) rapportent 6 cas **d'uréthrotomies externes avec suture des parois uréthrales sans suture des parties molles et de la peau.**

M. GENOUVILLE (de Paris) présente ensuite un **calcul de l'urèthre périnéal avec prolongement dans l'urèthre postérieur traité par l'uréthrotomie externe.**

M. O. PASTEAU attire l'attention sur les **calculs diverticulaires de l'urèthre chez la femme.**

M. PAUL GUILLON (de Paris) rapporte un cas rare d'**abcès de la prostate à pneumocoques.**

M. DESNOS (de Paris) fait une communication sur les **abcès latents de la prostate.** On les observe au cours de l'hypertrophie prostatique ou d'affections aiguës, surtout la blennorragie.

Traitement de la prostatite chronique. — M. JANET (de Paris). Au point de vue du traitement, il faut diviser les prostatites en évacuables par massage et non évacuables. Les premières, quelle que soit leur cause, guérissent facilement; les autres sont très rebelles. La faradisation de la prostate, proposée par le docteur Popper, permet d'obtenir l'évacuation de la glande et d'obtenir certains cas de guérison que le massage ne pouvait donner. J'ai fait construire par M. Gentil un faradiseur prostatique pour cet usage.

Bien entendu, ce massage digital ou électrique n'exclut

pas les lavages, instillations et médicaments topiques qui le complètent.

M. A. HOGGE (de Liège). J'ai, peut-être par une coïncidence, eu des résultats moins favorables par l'électrisation faradique que galvanique. Il faut faire l'électrisation de la périphérie au centre, suivant la topographie glanduleuse de l'organe, et aussi parce que les plexus nerveux sont situés sur les faces latérales de l'organe. On a aussi une meilleure évacuation de la prostate, une contraction de cette glande et aussi souvent des releveurs de l'anus, et également peut-être une action chimique électrique.

M. GUIARD (de Paris) montre enfin que la **lithotritie uréthrale peut être appliquée au traitement des calculs de la région prostatique.**

Fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque chez un enfant de dix ans. Cure radicale. — M. CH MONOD. Voici l'histoire d'un jeune garçon de dix ans atteint de fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque, que j'ai opéré et guéri en suivant un procédé très analogue à celui employé par M. Delagénière.

Après avoir circonscrit la fistule et la peau cicatricielle qui l'entourait par une double incision elliptique, j'ai pénétré dans le ventre et libéré le cordon ouraquien; mais je ne me suis pas contenté, comme M. Delagénière, de réséquer ce cordon pour en fixer le moignon, préalablement fermé par une suture soignée, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, j'ai préféré faire une résection totale de l'ouraque au ras de la vessie, en empiétant même un peu sur le sommet de cet organe; la perte de substance vésicale ainsi produite a été refermée à la façon des plaies de la vessie.

Cette manière de faire est plus simple, tout aussi sûre, et permet à la vessie, libre de toute attache à la paroi, de reprendre sa place normale dans le ventre.

Avec M. Delagénière, j'insiste sur l'importance d'une bonne réfection de la paroi abdominale pour s'opposer à la formation d'une hernie ombilicale consécutive. Je conseille à cet effet, non seulement d'aviver l'anneau ombilical, mais, suivant la règle que je suis dans toute laparotomie, de mettre largement à nu les muscles droits par ouverture de leur gaine pour, en rapprochant leurs bords par la suture, obtenir une sangle solide qui s'oppose efficacement à toute issue ultérieure de l'intestin.

M. ROCHET (de Lyon) a pratiqué la **résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines uréthro-cystites douloureuses chroniques.** — Cette opération constitue une ressource précieuse, dans les cas où la taille elle-même n'a pas pu guérir définitivement les douleurs, et où celles-ci ont reparu une fois la plaie de la taille fermée.

M. ESTOR (de Montpellier) rapporte **onze cas de taille hypogastrique pour calcul vésical chez l'enfant.**

M. BOUSSAVIT (d'Amiens) apporte l'observation d'un **calcul vésical chez un enfant de vingt-deux mois,** chez lequel la taille hypogastrique a amené la guérison.

Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant. — M. CARLIER (de Lille) a opéré vingt enfants atteints de calculs de la vessie. Ses vingt malades ont guéri; cinq ont été opérés par la taille hypogastrique avec drainage consécutif; chez quatre malades, M. Carlier a fait avec succès la suture totale de la vessie après la taille haute, enfin la lithotritie a été pratiquée dans les onze autres cas.

M. Carlier repousse complètement la taille périnéale chez l'enfant. La lithotritie lui paraît être le traitement de choix et ne reconnaît d'autres contre-indications que le volume considérable de la pierre ou sa dureté extrême. Dans ces cas, la taille hypogastrique s'impose, mais il faut la faire suivre d'une suture totale de la vessie et d'une suture presque complète de la paroi musculo-cutanée, en laissant pendant trois ou quatre jours à la partie inférieure un petit drain d'attente.

M. CHEVALIER (de Paris) rapporte plusieurs observations de **corps étrangers de la vessie.**

Les ganglions lymphatiques juxta-vésicaux. — M. O. PASTEAU (de Paris). Au point de vue topographique, il peut y avoir intérêt à classer les ganglions lymphatiques contenus dans le petit bassin en deux groupes : les ganglions pariétaux accolés aux parois pelviennes (pariétaux latéraux au voisinage des vaisseaux iliaques externes, pariétaux postérieurs au-devant du sacrum) et les ganglions plongés au milieu des parties molles. Parmi ces derniers, il en est d'accolés absolument aux parois vésicales, ce sont ceux sur lesquels je désire appeler aujourd'hui votre attention.

Ils sont situés soit en avant de l'organe et parfois même dans le tissu graisseux rétro-pubien (ganglions vésicaux antérieurs), soit sur les côtés le long de l'artère ombilicale (ganglions vésicaux latéraux).

L'existence des premiers a été démontrée en particulier par Gérota (de Berlin) et cette année même par Küttner (de Tübingen); je les ai décrits et figurés dans ma thèse; enfin M. Bazy vient de communiquer à la Société de chirurgie deux observations anatomo-pathologiques très nettes où il les a rencontrés. Les ganglions vésicaux latéraux sont connus depuis bien plus longtemps et de nombreux anatomistes les ont signalés, depuis Macagni jusqu'à Bichat, Boyer et Mercier. Enfin, des observations anatomo-pathologiques nombreuses de dégénérescences de ces ganglions donnent une nouvelle confirmation des descriptions anatomiques.

Quant à savoir quels sont les lymphatiques tributaires de ces ganglions d'après les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, je peux dire que ce sont en grande partie des lymphatiques vésicaux; d'autre part, Küttner a pu injecter ces ganglions par les lymphatiques profonds du pénis et du gland.

L'importance clinique de ces ganglions est indéniable; sans doute, il n'est pas possible de les percevoir ordinairement dans les cas de tumeurs, mais leur inflammation pourrait sans doute parfois, comme le pense M. Bazy, être le point de départ d'adéno-phlegmons ayant alors un siège absolument spécial le long des parois vésicales.

M. B. MOTZ (de Paris) rapporte **4 cas d'adénome de la vessie,** puis, à propos des **résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie,** montre que l'opportunité de l'intervention chirurgicale n'est pas définitivement établie.

C'est également l'opinion de M. MALHERBE, qui croit que les tumeurs épithéliomateuses ne peuvent donner que de mauvais résultats.

Des troubles urinaires dans les appendicites. — M. DURET (de Lille) explique que ces troubles s'observent quand l'appendice est en ectopie, en rapport avec la vessie : ce qui est assez fréquent, car l'ectopie pelvienne varie avec les auteurs de 20 à 30 p. 100 à peu près. Il ne s'agit pas là de troubles purement réflexes. L'auteur divise les accidents observés en trois catégories : 1° des rétentions prolongées, des dysuries,

des pyuries, et même des pyélonéphrites. Il n'y a pas cependant communication avec l'appendice. Celui-ci est au voisinage de la vessie et détermine une péricystite et une infection vésicale à distance. Ces phénomènes peuvent même mettre sur la voie du diagnostic du siège anormal de l'appendice (cas de Schwartz); 2° des lésions avec collections purulentes. D'après les observations recueillies, on peut rencontrer des fistules pyo-vésicales, quand un abcès péri-appendiculaire s'ouvre dans la vessie; des fistules pyo-stercoro-vésicales et, dans d'autres cas même, des fistules pyo-stercoro-intestino-vésicales. Les urines sont troubles, fétides et contiennent des corps étrangers. Il y a, dans ces divers cas, des guérisons obtenues par une action hâtive sur le foyer appendiculaire; dans d'autres, il a fallu traiter la fistule séparément; 3° enfin la troisième catégorie de faits est constituée par des calculs péri-vésicaux, soit stercoraux, soit stercoro-urinaires, soit urinaires simples. M. Duret rapporte des cas de calculs urinaires de ces diverses espèces.

Les pollakiuries uriques. — M. CHEVALIER (de Paris). Depuis les travaux de Thompson, Harrison, Kraus, Guyon, Boursier rappelés dans la thèse d'Estrabaut, on sait que la composition anormale de l'urine, en dehors de toute inflammation locale peut donner de la fréquence de miction. Mais cet état s'accompagnant souvent de douleur, et quelquefois d'un aspect purulent de l'urine (pas toujours) dont le microscope fait justice, a donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic et de traitement.

J'ai eu à observer dans la clientèle privée et à l'hôpital un certain nombre de malades, où l'on a pris pour des cystites un état qui n'était dû qu'à une exagération de l'acidité des urines, et dans les urines, et dans les cas les plus fréquents il s'agissait d'acide urique, ou d'urates acides en excès.

Les traitements locaux, lavages ou instillations, n'avaient fait qu'exagérer les symptômes, lorsque je fus appelé à intervenir. Je fis supprimer immédiatement les traitements antérieurs, je soumis les malades au traitement anti-goutteux et anti-graveleux (eau de Contrexeville, de Vittel, de Vichy, benzoate de lithine, etc.), et leur imposait un régime sévère. Tous les phénomènes rentrèrent dans l'ordre, à mesure que l'acide urique, les urates et l'acidité des urines redevenaient normaux.

Il y a un intérêt considérable pour tous ces malades à ne faire que de l'hygiène et du traitement médical et à éviter un traitement chirurgical qui exagère leurs symptômes morbides.

M. NOGUÈS (de Paris), attirant l'attention sur les rapports **des urines purulentes et de la tuberculose**, montre que la constatation directe du bacille de Koch dans les urines, par l'examen microscopique du dépôt, n'est pas indispensable pour établir le diagnostic de tuberculose de l'arbre urinaire.

M. CARLIER. Sur 5 de mes malades présentant de la pyurie sans bacilles, il y en a eu 3 qui sont devenus ultérieurement tuberculeux. Je considère donc que dans ces cas il s'agit de tuberculose en germe; il n'y a que le bacille de la tuberculose qui puisse se masquer ainsi dans les urines purulentes.

M. JANET ajoute à l'urine qu'il centrifuge, soit de l'alcool, soit un peu d'ammoniaque. Ce procédé permet de trouver des bacilles dans des urines presque claires.

M. ESCAT (de Marseille) rapporte deux cas de **bactériurie alcaline avec pseudo-phosphaturie et pseudo-pyurie.**

Contribution à l'étude des paralysies vésicales dues à des lésions des centres nerveux et de leur traitement par l'électricité. — M. D. COURTADE (de Paris). Il faut, dans les paralysies de la vessie, distinguer les paralysies du corps et celles du col. L'électricité agit très bien sur les paralysies du col, mais elle est beaucoup moins efficace sur celles du corps même de la vessie.

Quelques détails d'asepsie dans le traitement des voies urinaires. — M. A. CASTAN (de Béziers). L'étuve d'Albarran nous a rendu un immense service; grâce à elle, nous obtenons une stérilisation rapide de tous nos instruments, dont un si grand nombre, en gomme, ne résisteraient pas à la chaleur. Je m'en sers également pour la stérilisation des flacons; j'ai pu même y introduire les laveurs de l'appareil d'Albarran.

Mais ses dimensions m'ont paru insuffisantes pour les tubes de caoutchouc de ces laveurs, que l'ébullition détruit si vite. J'en dirai autant pour les grands flacons contenant les solutions antiseptiques, pour les récipients du lavabo à pédales, etc. Comme je désirerais en généraliser l'emploi, je demanderai à l'auteur de l'étuve, s'il ne serait pas possible d'en faire construire un très grand modèle, suffisant pour toutes les stérilisations instrumentales.

(A suivre.)

UN PROGRÈS DANS L'ANESTHÉSIE

Par le docteur Aug. REVERDIN (de Genève).

Dans une récente communication à l'Académie de médecine, M. Reverdin a fait connaître une modification qu'il a apportée à la pratique de l'anesthésie chirurgicale.

Les recherches d'Alphonse Guérin et de Laborde ont prouvé, dit-il, que les morts dues à l'anesthésie survenaient le plus souvent au début de celle-ci, alors que le sujet non encore insensibilisé par le chloroforme (c'est de cet agent anesthésique que ces maîtres se sont spécialement occupés) pouvaient encore subir la néfaste influence de réflexes partis de la muqueuse nasale, réflexes qui, agissant brusquement sur le cœur, sont capables d'en provoquer l'arrêt subit et *définitif!*

Les expérimentateurs ont démontré que le chloroforme étant administré à des lapins (préalablement trachéotomisés) par les bronches, à travers la canule, peut être donné à doses considérables sans amener la mort de l'animal, tandis que de faibles doses absorbées par le nez produisent souvent la mort subite.

M. Reverdin ayant remarqué de son côté combien l'anesthésie était plus facile et plus innocente lorsque le malade respirait l'agent anesthésique par la bouche, avait construit un instrument destiné à empêcher le rapprochement des mâchoires.

Cet instrument, adopté par un certain nombre de chirurgiens, présentait quelques inconvénients, que reconnut volontiers le chirurgien de Genève. Aussi est-ce un nouvel appareil qu'il présente aujourd'hui à l'Académie, appareil qui se compose d'un bandeau ou diadème analogue à celui que porte le miroir laryngoscopique. Il se place sur le front du malade à endormir et sert de point d'appui à une tige pourvue d'une crémaillère.

A la partie inférieure de cette tige on remarque une sorte de panier à jour, composé d'un fil d'acier contourné de telle

façon qu'il forme deux gouttières correspondant, la supérieure, aux dents de la mâchoire supérieure, et l'inférieure, aux dents de la mâchoire inférieure.

Il suffit donc de fixer exactement ce panier, au moyen de la crémaillère, contre les dents du maxillaire supérieur, pour rendre impossible le rapprochement des mâchoires. La bouche restant donc ouverte dès le début de l'opération, les vapeurs anesthésiques (le professeur Reverdin se sert à peu près exclusivement d'éther) seront aspirées par la bouche, très peu par le nez. En outre l'écoulement de la salive, le produit des vomissements trouveront une issue toujours facile à travers cette bouche entr'ouverte et si, par hasard, la respiration s'embarrassait, les tractions rythmées du docteur Laborde seraient bien facilement applicables sur une langue toujours à portée et pour ainsi dire à la disposition de l'opérateur et de ses aides.

M. Auguste Reverdin, depuis qu'il se sert de cet instrument, de cette méthode, a pu constater que l'anesthésie est très facilitée et ne présente plus de ces menaces d'accidents si fréquents lorsqu'on néglige ces précautions pourtant si simples.

SUR L'EMPLOI DE LA SUTURE DE LA CORNÉE DANS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE (1)

Par M. le docteur Suarez de Mendoza (de Paris).

M. le docteur Suarez de Mendoza (de Paris) insiste sur les avantages que présente la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, méthode qu'il a créée et communiquée à l'Académie de médecine, il y a dix ans déjà.

Le travail qu'il présente au Congrès n'est pas seulement l'exposé d'une nouvelle série de cas heureux.

C'est une étude complète de la question. Après en avoir tracé l'historique et revendiqué la paternité de la méthode, l'auteur décrit le manuel opératoire, discute les modifications introduites dans ces dernières années par les oculistes qui l'ont adoptée et apporte, à l'appui de ladite méthode, le résultat de 103 opérations de cataracte où la suture de la cornée lui a permis d'obtenir 103 succès.

Il termine en énumérant les avantages de la suture de la cornée, qui permet d'assurer le succès immédiat de l'opération, et prémunit contre les complications tardives qui, malheureusement, anéantissent quelquefois des brillants succès trop vite enregistrés.

MÉDECINE PRATIQUE

La poudre de cynoglosse dans le traitement du cancer.

MM. Sokrate Tzakona et Poulopoulos (d'Athènes) ont employé avec un certain succès la poudre de cynoglosse dans le cancer et dans certaines ulcérations tuberculeuses.

Voici comment ils décrivent leur méthode qui a tout au moins le mérite d'être simple (2) :

« Laver la plaie à l'eau boriquée ou stérilisée, appliquer la poudre en abondance 2 fois par jour. Poser un bandage stérilisé. On pourrait également essayer de donner cette poudre à l'intérieur, selon M. Poulopoulos. A la dose de 2 à 5 grammes par jour, elle aurait une action favorable sur les néoplasmes stomacaux (7 observations).

Un cas d'application de la poudre sur un ulcère phagédénique de l'aine ne fut pas aussi satisfaisant.

Il reste acquis que le cynoglosse sera très avantageusement employé dans les ulcérations cancéreuses, pour lesquelles le curetage ou les larges incisions au bistouri seront contre-indiquées. »

(1) Communication au Congrès de chirurgie.
(2) *Arch. orient. de méd. et chir.*, oct. 1899.

Le menthol dans le traitement de la toux.

Voici le procédé que M. Dandieu (de Paris) recommande après en avoir obtenu les meilleurs résultats (1) :

Dans un récipient en métal ou en verre, à large goulot, d'une contenance de 40 à 50 grammes, on introduit quelques grammes de menthol cristallisé. L'application de la main sur le flacon suffit pour donner lieu au dégagement d'une quantité suffisante de vapeurs sèches mentholées nécessaires au traitement. Après une séance d'inhalations de 2 à 4 minutes, la quinte serait combattue.

On voit que la méthode est simple et à la portée de tous. Le menthol peut encore être employé avec avantage dans les accès d'asthme et d'angine de poitrine.

FORMULAIRE

Contre la fausse couche au début.

Extrait fluide d'hydrastis canadensis	āā	10 grammes.
Extrait fluide de hamamelis virginica		
Extrait fluide de viburnum prunifolium		
Teinture de piscidia erythrina		
Laudanum de Sydenham		2 grammes.

Prendre xc gouttes dans un demi-verre d'eau ; jusqu'à trois fois par jour. (Bossi. *Lyon médical.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 6 au 11 novembre 1899)

Examens de doctorat.

Lundi 6 novembre, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Poirier et Lepage.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Delbet et Sébileau ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Tuffier, Lejars et Legueu ; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Teissier ; — M. Méry, suppléant.

Mardi 7 novembre, à une heure. — 2e : MM. Mathias-Duval, Gley et Chassevant.

3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Budin et Hartmann ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Brun et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Hutinel, Thoinot et Thiroloix ; — M. Charrin, suppléant.

Mercredi 8 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Wallich.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Poirier et Sébileau ; — M. André, suppléant.

Jeudi 9 novembre, à neuf heures du matin. — 2e de sages-femmes, *Clinique Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Lepage et Wallich.

A une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Hartmann, Budin et Brun ; — (2e partie) : MM. Debove, Ballet et Vaquez ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 10 novembre, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Teissier et Thoinot.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Poirier, Retterer et Sébileau ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Jalaguier et Lejars ; — (2e série) : MM. Tuffier, Delbet et Broca

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 oct. 1899.

(Aug.) ; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Méry ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 11 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Achard.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Thiéry et Langlois ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Rémy, Poirier et Brun ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Ballet et Vaquez ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat (séances du 28 octobre). — *Anatomie* : MM. Devaux, 7 ; — Pamard, 6 ; — Bauer, Regnard et Remoussenard, 5 ; — Bondréaux, Duclos et Laffitte, 4 ; — Grillot, 1/2.

La prochaine séance aura lieu jeudi 2 novembre, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie : MM. Léri, 14 ; — Carton et Vinsonneau, 12 ; — Boidin, 11 ; — Ambard et Meret, 10 ; — Gaultier, 9 ; — Descamps, 8.

La prochaine séance aura lieu samedi 4 novembre, à quatre heures et demie du soir, à l'hôpital Beaujon.

Hôpitaux de province. — BORDEAUX. — M. Baudrimont, chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André, atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux et hospices.

M. Monod, chirurgien titulaire à l'hôpital-hospice des Enfants, passe au même titre à l'hôpital Saint-André.

M. Courtin, chirurgien titulaire à l'hospice général, passe à l'hôpital-hospice des Enfants.

M. Denucé, chirurgien adjoint à l'hôpital-hospice des Enfants, est nommé chirurgien titulaire des hôpitaux et affecté à l'hospice général.

M. Bégouin, chirurgien adjoint à l'hospice général, passe en la même qualité à l'hôpital-hospice des Enfants.

— M. Péry vient d'être nommé interne des hôpitaux à la suite de la dernière épreuve entre les trois candidats *ex æquo*. La question était : Triangle sus-claviculaire ; — Du torticolis.

Marine. — Par décision ministérielle du 27 octobre 1899, M. Gallas, médecin de première classe de la marine, du cadre de Brest, a été placé dans la position hors cadres, pour prêter son concours à la ville de Saint-Pierre (îles Saint-Pierre et Miquelon), en qualité de médecin municipal.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur viennent d'être décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques.

Médaille d'argent. — M. le docteur Le Moaligou (épidémie de dysenterie à Quimperlé).

Médailles de bronze. — M. le docteur Boyer, médecin sanitaire (cas de peste à bord d'un navire) ; Mme Mallet, en religion sœur Marie-Édouard (épidémie de grippe infectieuse à l'hôpital de Honfleur).

Des conférences pratiques sur l'allaitement artificiel, par le docteur G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau, auront lieu le vendredi de chaque semaine, à neuf heures et demie, au Dispensaire de Belleville, 124, boulevard de Belleville. Elles commenceront le premier vendredi de novembre. A chaque consultation une centaine de nourrissons sont inspectés.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. les docteurs Goin (de Paris), Labat (de Manzac), Loupy (de Saint-Renan), Mallet (d'Albi), Peteaux (de Vaux-Audigny), Thomas, médecin-major de deuxième classe ; Verdureau (de Patay), Vidal (de Pierrefort).

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le docteur F. Terrien, chef de clinique, recommencera le mardi 14 novembre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques :

1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades). — Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; examen fonctionnel de l'œil.

2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves). — M. Druault, chef du laboratoire, recommencera le mercredi, 15 novembre, à cinq heures, des conférences pratiques :

1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques).

2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi, à cinq heures ; le second, les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *L'hiver à la côte d'azur : Nice, Cannes, Menton et toutes les gares de Cannes à Menton.* — Billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes pour familles. Ces billets sont délivrés du 1er octobre au 15 novembre 1899, pour un parcours simple minimum de 500 kilomètres, aux familles d'au moins trois personnes, les serviteurs étant considérés comme faisant partie de la famille. Le prix du billet collectif est calculé comme suit : quatre billets simples pour les deux premières personnes ; un billet simple pour la troisième personne ; la moitié du prix d'un billet simple pour chacune des personnes en sus de la troisième. Arrêts facultatifs. Faire la demande quatre jours au moins à l'avance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du foie et des voies biliaires, par J. PANTALONI (de Marseille). Un vol. in-8° de 600 p. avec 348 fig., rel. de luxe. — Prix : 18 francs. — Paris, Institut de bibliographie.

Atlas-Manuel des bandages, pansements et appareils, par A. HOFFA, privat-docent de chirurgie à l'Université de Würzbourg. Édit. fr. par Paul HALLOPEAU, interne des hôpitaux de Paris. Préface de M. le professeur Paul BERGER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-16 de 200 p. avec 128 pl. tirées en couleur, relié en maroquin souple, tête dorée. — Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale, par G. POUCHET, professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Première série : Un vol. in-8°, avec 44 fig. dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Précis de physique biologique, par H. BORDIER, professeur agrégé et chef des travaux de physique à la Faculté de médecine de Lyon. (Collection Testut.) Un vol. in-18 colombier, cart. toile, avec 278 fig. dont 20 tirées en couleurs, dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Précis de dermatologie, par W. DUBREUILLE, professeur agrégé chargé du cours des maladies de la peau à la Faculté de médecine de Bordeaux. (Collection Testut.) Un vol. in-18 colombier, cart. toile, avec fig. dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Pathologie exotique. Études statistiques et cliniques en Indo-Chine, par le docteur GRALL, médecin inspecteur du corps de santé des colonies. Un vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Les sérums thérapeutiques, par Léon GRIMBERT, docteur ès sciences, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Cochin. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Le massage thérapeutique, par le docteur E. HUGON. Un vol. in-18 relié souple. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères, éditeurs.

Thérapeutique de la scoliose des adolescents. Un vol. in-18 br. avec 67 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères, éditeurs.

La gouttette ou la diarrhée verte des nourrissons et son traitement par le lait stérilisé, à l'usage des praticiens et des mères de famille, par le docteur A. Ruffié, médecin-inspecteur de la protection des enfants du premier âge. Avec une préface de M. le professeur Budin, de l'Académie de médecine. Un vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Studio e insegnamento dell' Anatomia ed esercizio clinico-chirurgico dal 1825 al 1860, nelle ospedale Santa-Marta di Catania, per il prof. cav. Euplio Reina (opera postuma col ritratto dell' autore pubblicata per cura del Dr Francesco Reina). Un vol. in-8°. — Prezzo : L. 3. — Catania, C. Galatola, editore.

L'hypnotisme et ses applications à la médecine pratique, par le docteur O.-G. Wetterstrand, membre de la Société de médecine de Stockholm. Traduit avec l'autorisation de l'auteur sur la version anglaise du docteur H. G. Petersen, par le docteur Paul Valentin, directeur de la « Revue de psychologie clinique et thérapeutique », et J. Lindford, professeur de langue anglaise. Un vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Évolution du carbone et de l'azote, par P. Mazé. Collection Scientia. Un fasc. in-8° écu de 110 p., cart. — Prix : 2 francs. — Paris, Carré et Naud, éditeurs.

Génie et folie, réfutation d'un paradoxe, par A. Regnard, inspecteur général de l'Assistance publique. Un vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 125. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1899. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser directement aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du 1er janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

REVUE GÉNÉRALE

Des ostéomes intra-musculaires d'origine traumatique.

Par Paul BOUDIN, interne des hôpitaux de Lyon.

I

Définition. — Il est assez fréquent de trouver relatés dans les publications médicales des cas d'ostéomes intra-musculaires. Ce sont des productions osseuses développées dans un muscle sous l'influence du traumatisme, véritables manifestations du pouvoir de prolifération et d'ostéogénèse de quelques cellules arrachées à leur milieu ambiant et transportées dans d'autres conditions de vie.

Ces néoformations, de pathogénie spéciale, ne sauraient être confondues avec certaines productions osseuses ne se développant pas forcément dans un muscle : les exostoses et les hyperostoses ; ni avec les ossifications multiples et généralisées de la myosite ossifiante progressive.

Sous le nom d'ostéomes intra-musculaires traumatiques ne doivent être comprises que les formations osseuses rencontrées *dans un muscle* à la suite d'un traumatisme direct (choc, coup) ou à la suite d'un trauma indirect amenant une violente contraction musculaire.

De par définition doivent donc être laissées de côté les exostoses traumatiques qui ne se développent pas forcément dans un muscle. De même les exostoses, suites de luxations, doivent être rejetées comme étant dues à un travail de régénération, de soudure, de cal exubérant entre le squelette et la partie osseuse arrachée avec le ligament articulaire plutôt qu'à un travail de néoformation en dehors des règles habituelles de la réparation osseuse.

II

Historique. — L'étude des ostéomes intra-musculaires est de date récente. Mascarel, le premier, en 1840, en rapporte la première observation. Quatorze ans plus tard, Billroth en signale un second cas. Puis, l'attention attirée sur ces productions osseuses, les auteurs apprennent à les reconnaître et en relatent plusieurs observations. Les Allemands Virchow, Volkmann, Orlow, Ludwig, Dums, Josephson publient des cas de Reiterknochen et d'Exercirknochen. En France, ce sont surtout les médecins de l'armée qui ont étudié cette affection et, dans les *Archives de médecine militaire*, tour à tour se succèdent les observations de Tartière, Boppe, Labrevoit, Ramonet, etc.

Enfin, à signaler des recherches ayant trait à des points particuliers de la questions : c'est Berthier qui étudie l'anatomie pathologique, Schmitt l'étiologie et le traitement, Capmas, la pathogénie.

Plusieurs fois, au cours de ses séances, la Société de chirurgie de Paris a eu des discussions sur ce sujet, et Delorme, Berger ont pris plusieurs fois la parole à ce propos.

Tout récemment, à la Société de chirurgie de Lyon (novembre 1898), l'étude des ostéomes fut reprise et, à propos d'une observation de M. Rollet, MM. Ollier, Albertin ont exposé leurs idées sur ce sujet.

Enfin M. Reynier vient de faire paraître dans la *Presse médicale* une leçon clinique sur ce sujet.

III

Etiologie. — L'ostéome intra-musculaire est une affection relativement rare. Le fait en est dû à certaines particularités étiologiques et même pathogéniques ; et, dans ce nombre, il faut citer la profession du sujet, les exercices violents qui peuvent être l'occasion de traumatismes, l'âge prédisposant, l'âge ostéogénique, pour ainsi dire, qui peuvent être causes d'une affection grave, l'ostéome.

A. CAUSES PRÉDISPOSANTES. — *Age.* — C'est surtout chez de jeunes sujets que se rencontrent ces productions. Presque toutes les observations se rapportent à des malades de vingt à trente ans. Cependant, certains individus, porteurs d'ostéome, étaient d'âge plus avancé. Le malade de Lalesque avait trente-cinq ans, celui de Thiriar trente-six ans, celui de Ramonet quarante-huit ans.

Chez le tout jeune sujet, dans la première enfance, le squelette est trop élastique pour ainsi dire et le tissu musculaire point encore assez puissant. D'autre part, dans un âge avancé, commence un certain degré de dégénérescence du tissu osseux, ce qui le rend plus accessible aux fractures.

Chez l'adolescent, le travail ostéogénique est en pleine vigueur, alors que la transformation du cartilage en os n'est pas complètement parachevée dans tout l'organisme. Aussi un traumatisme pourra-t-il troubler ces phénomènes physiologiques, et amener une perturbation dans ce travail ossifiant : d'où réaction anormale de ces tissus.

C'est, d'autre part, à cet âge que l'on est le plus sujet aux violences extérieures : chocs directs, efforts musculaires sont fonctions de l'activité de l'individu. Celui-ci, jeune, et par là même très actif, offrira le plus de prises au traumatisme.

Aussi le jeune âge est-il un facteur très important dans la génèse de l'affection. On peut même dire qu'il crée ainsi une sorte de diathèse, la diathèse ostéogénique, se trouvant chez tous les jeunes sujets qui font de l'os, mais développée chez certains à un tel degré qu'une violence extérieure, ayant son retentissement sur le périoste, sera l'occasion d'une maladie longue et pénible.

Sexe. — Le fait même que l'ostéome intra-musculaire est fonction du traumatisme indique que le sexe masculin aura une part bien forte dans les statistiques de cette maladie. Profession, exercices violents en sont la cause. Et, à la vérité, il n'y a qu'un cas d'ostéome chez la femme, le cas de Rollet, les autres observations ayant toutes trait à des individus du sexe masculin.

Profession. — La profession est un élément étiologique très net. Un métier qui exige chez de jeunes sujets à la fois agilité et force prédisposera principalement à l'affection. Aussi, est-ce surtout dans l'armée et principalement chez les cavaliers que s'observera une telle maladie. Le cavalier, pour se maintenir en selle à la suite d'un brusque écart de sa monture, pour sauter à cheval en faisant de la voltige, est obligé de faire de nombreux efforts. Que ceux-ci soient mal calculés, ou qu'ils soient exagérés, le traumatisme musculaire s'ensuit, la déchirure périostée aura lieu et l'ostéome pourra se produire.

En outre, ils ne sont pas rares les cas où la tumeur osseuse s'est développée à la suite d'un coup de pied de cheval ou d'un heurt de bas-flanc.

Néanmoins, les fantassins ne sont pas complètement à l'abri de l'affection. Les auteurs allemands ont décrit, sous le nom d'Exercirknochen, des productions osseuses développées dans le deltoïde ou le grand pectoral, os dus au maniement du fusil.

Ces cas, comparés, comme fréquence, aux observations décrites chez des cavaliers, sont évidemment la rareté, le maniement du fusil n'exigeant pas un déploiement de force considérable.

Les professions civiles ne semblent pas se spécialiser dans la génèse de la maladie.

Le traumatisme étant la cause immédiate de l'affection, rien d'absolu ne saurait être dit à ce sujet. Néanmoins Virchow, Favier ont voulu faire jouer un rôle aux professions antérieures qu'exerçaient leurs malades dans le civil.

Tel ou tel corps de métier paierait un plus large tribut à la maladie et cette prédisposition, due à la profession, se retrouverait même, d'après ces auteurs, chez les jeunes conscrits. Les observations qui se trouvent actuellement dans la science ne permettent pas d'affirmer une action étiologique de ce genre : les professions en cause sont très nombreuses et par conséquent aucune n'a d'action élective sur la maladie.

B. Cause occasionnelle. — Le grand facteur étiologique de l'ostéome intra-musculaire, c'est le traumatisme.

Celui-ci peut être de cause directe (choc, coup), il peut être de cause indirecte (efforts musculaires, frottements répétés).

Le traumatisme direct est d'une fréquence moyenne. Le plus souvent, il est dû à un coup de pied de cheval. D'autres fois, c'est un heurt de bas-flanc d'écurie (Schmitt), un coup de tête (Rollet).

Le plus fréquemment, la cause est indirecte, et l'affection relève d'une violente contraction musculaire. Le sujet veut se maintenir à cheval, sauter à terre et à cheval en faisant de la voltige, d'où effort brusque et rapide du muscle amenant la contusion. L'effort est-il moyen, il s'ensuivra une lésion peu grave ; tout au plus quelques fibres musculaires se seront-elles laissé déchirer. Mais la contraction a été violente et surtout brusque, le muscle peut arracher un de ses points d'insertion et l'ostéome aura toute facilité pour se produire.

Dans certains cas, le traumatisme est difficile à déceler. Le début de l'affection a été lent et progressif. Parfois même l'ostéome a été une trouvaille d'autopsie (Billroth, Albertin). Il faut admettre, dans ces cas, un traumatisme passé inaperçu ou des frottements répétés. Le même effort se renouvelle tous les jours ; s'il est mal réglé par l'inexpérience du sujet (jeunes cavaliers, maniement du fusil chez des recrues), il amènera des contusions quotidiennes. Par là, pourra se créer un lieu de moindre résistance, aussi faudra-t-il, dans ces cas, un traumatisme bien plus léger pour donner naissance à la production osseuse inter-musculaire. Le facteur initial pourra de ce fait passer inaperçu.

Il ressort de cette étude étiologique que l'ostéome intra-musculaire est une affection se développant chez de jeunes sujets, ayant une profession qui les prédispose au traumatisme, primum movens de l'affection.

IV

Pathogénie. — Dans la pluralité des cas, le traumatisme initial est évident. A sa suite se développe une ecchymose, voire même un hématome : il y a donc tout d'abord lésion musculaire, puis ostéome.

Pour expliquer cette transformation, trois grandes théories ont été émises, l'une faisant de l'ostéome le résultat d'un travail d'ossification de la poche hématique ; la deuxième l'attribuant à un processus de myosite ossifiante ; la dernière enfin attribuant à la membrane ostéogénique, au périoste seul le pouvoir de créer ces productions osseuses.

A. Théorie hématique. — La théorie hématique, la première en date, fut formulée pour la première fois par Seydeler. L'ostéome intra-musculaire n'est que le résultat de la transformation cartilagineuse, puis osseuse du caillot sanguin.

Après lui, plusieurs auteurs se sont déclarés partisans de cette manière de voir, et tour à tour, Charcot, Boppe, Demmler, Nimier, Ramonet, Oriou, Mante ont exposé les mêmes idées.

Cette théorie repose sur le fait suivant : tout traumatisme direct ou rupture musculaire conduit au même résultat : déchirure vasculaire et hématome. Puis, la transformation osseuse s'opère, et, d'après Mante, « dans la plupart des cas, le caillot s'organise dans le sens fibreux, absolument à la façon d'un caillot embolique ou thrombosique. Dans les cas où l'ostéome doit s'ensuivre, il y aurait néoformation de tissu osseux. »

A l'appui de cette thèse, Ramonet apporte une observation clinique. Au cours d'une opération pour ablation d'un ostéome intra-musculaire, cet auteur trouva dans le moyen adducteur une poche contenant environ un verre à bordeaux d'un liquide séreux, transparent et citrin, et un minuscule caillot rouge foncé et mou, du volume d'une noisette. En plus, dans les fibres musculaires, se trouvaient disséminés trois groupes distincts de petites productions osseuses, incrustées dans les tissus qui les supportaient, mais n'adhérant ni au fémur, ni au pubis. Ramonet ajoute : « 1 gramme de caillot pour près de 100 grammes de sérum! Est-ce là le rapport normal existant entre ces deux parties constituantes du sang issu des vaisseaux? Le caillot est en déficit manifeste, c'est indiscutable, qu'est-il devenu? Il n'a pu assurément se résorber, alors que le sérum moins dense que lui n'a pas subi de résorption; car la physique et la clinique sont d'accord pour nous enseigner que c'est précisément le phénomène inverse qui se produit dans l'évolution des collections sanguines. Dès lors, force nous est d'admettre que le caillot a été confisqué et utilisé au profit et pour le besoin des néoformations osseuses que nous avons mentionnées; il ne s'est pas résorbé; il n'a fait que changer de forme anatomique. »

En résumé, le caillot se transforme et donne de l'os.

Objections. — Cette théorie, assez séduisante à certains points de vue, est aujourd'hui abandonnée, et cela pour plusieurs raisons, principalement à cause de l'étude de l'histogénèse.

Reclus, dans le *Traité de chirurgie*, parle, à propos des contusions, du sort du caillot sanguin : « Tantôt le caillot se dépose, le sérum se résorbe, laissant d'abord des masses poisseuses comme du raisiné, mais qui finissent par se concréter en strates dures, prises parfois à travers les téguments pour des tumeurs fibreuses ou des exostoses. Tantôt, au contraire, les hématies se dissolvent, et les matières désagrégées se résorbent, et il ne reste plus qu'une collection liquide dont la substance colorante passe successivement du brun foncé au brun clair ou au jaune verdâtre, et peut même devenir transparent. »

Donc, dans l'observation de Ramonet, le caillot s'est simplement résorbé et n'a pas été forcément utilisé pour les besoins d'une néoformation osseuse.

Cette théorie hématique est contraire aux principes mêmes de l'ostéogénèse. Un caillot, lacis de fibrine, amas de globules sanguins et de matière colorante, ne peut se transformer en cellules osseuses. Tel est l'avis de Lyot, pour qui « l'épanchement sanguin, accident contingent, ne peut avoir qu'un rôle secondaire dû aux migrations cellulaires qu'il provoque à son niveau ». De plus, malgré l'observation de Ramonet, nulle part on n'a signalé cliniquement, et d'une façon sûre, la transformation directe de l'hématome en os.

A ces objections, Capmas en ajoute une dernière : « Il est étonnant que seul, parmi les poches sanguines, l'hématome intra-musculaire ait une propriété ossifiante. »

B. Myosite ossifiante. — Cette théorie rallie beaucoup plus de suffrages que la précédente, et compte encore maintenant des défenseurs, parmi lesquels se trouvent Volkmann, Gazin, Rigal, Lalesque, Favier, Labrevoit, Schmitt, Ferron, Le Dentu, Delorme, Berger, Picqué.

L'énoncé de la théorie est le suivant : les néoproductions osseuses sont formées par des modifications successives du tissu conjonctif intra-musculaire préalablement hyperplasié. Frottements, tiraillements, chocs répétés peuvent leur donner naissance. D'autres fois, c'est à l'occasion d'une rupture musculaire que se développera la tumeur. En d'autres termes, les néoformations osseuses sont du ressort des phénomènes inflammatoires.

Cette théorie très séduisante est néanmoins passible de nombreuses réfutations.

Objections. — L'objection la plus importante réside dans ce fait que l'irritation simple du tissu conjonctif ne saurait produire de l'os. Les expériences d'Ollier en sont la preuve. « Les tendons, les ligaments, les muscles ne s'ossifient pas sous l'influence des irritations propres que nous leur faisons subir. Nous avons beau les inciser, les perforer, les déchirer, les dilacérer en tous sens, ils ne s'ossifient que tant que le périoste n'est pas irrité en même temps. Sous l'influence de l'irritation des tissus normalement ossifiables (périoste, éléments médullaires), les tissus conjonctifs voisins éprouvent un processus analogue; mais quel que soit le degré d'irritation, ce processus fait défaut lorsque l'os et le périoste ont été préalablement enlevés. »

Mante a repris les mêmes expériences pour arriver à ces conclusions : c'est que jamais, sur le lapin, un traumatisme musculaire aseptique n'a donné lieu à la production d'un ostéome.

La clinique offre tous les jours des cas de ce genre, et journellement on soigne des suppurations étendues et profondes, des phlegmons, et jamais ces phlegmasies, qui pourtant par leur présence sont pour le muscle un sujet d'irritation aiguë ou chronique, n'ont été l'occasion d'un processus d'ossification.

Il est, de plus, un fait incontestable : « L'ostéome a été rencontré dans les muscles des membres, jamais dans les couches musculaires viscérales. En faisant abstraction des cas d'ostéome du poumon, explicables par la présence du cartilage dans les bronches, nulle part ailleurs il n'est réellement démontré, avec preuves anatomo-pathologiques, qu'une néoformation osseuse ait été vue, dans l'intestin par exemple (Capmas). Le voisinage de tissus ostéogéniques est donc nécessaire, et, si séduisante soit-elle, la théorie de la myosite ossifiante doit être abandonnée.

C. Théorie périostée. — Ce n'est ni un épanchement sanguin, ni une inflammation du muscle qui peuvent produire de l'os. Celui-ci doit donc être formé aux dépens de la couche ostéogénique par excellence, le périoste.

Orlow fut le premier à formuler cette théorie : « Un traumatisme assez violent peut déchirer les fibres musculaires; mais il peut aussi arracher le périoste seul, ou le périoste avec des lamelles osseuses superficielles. Transporté en un autre point, ce tissu continue à former de l'os et ainsi se développe l'ostéome des muscles. »

Les expériences de Berthier et Sieur viennent corroborer ces assertions. Ils reproduisent un ostéome à évolution semblable à celle de l'ostéome humain et à celle du tissu osseux. Ils détachent un point du périoste donnant insertion

à des fibres musculaires; puis, par décharges électriques, ils font contracter le muscle. Les fibres musculaires entraînent alors avec elles le lambeau du périoste. A l'autopsie, ostéome.

Pour ces auteurs, la néoformation expérimentale ainsi obtenue est identique à l'ostéome humain. Ils ont constaté que les ostéomes jeunes, humains et expérimentaux, ont deux processus d'ossification : aux dépens du cartilage et aux dépens du tissu conjonctif embryonnaire, tandis que les ostéomes d'un âge plus avancé se développent aux dépens du tissu fibreux. Et, d'après ces constatations histologiques, l'ostéome humain et l'ostéome expérimental ayant la même constitution et la même évolution, il est bien probable que les causes anatomiques sont les mêmes dans ces deux cas. Et c'est pourquoi Sieur ne voit, dans la formation de l'os intra-musculaire, que le résultat de la dissémination entre les fibres musculaires de cellules périostées arrachées par traumatisme à la membrane ostéogénique et proliférant là sous la dépendance de certaines causes étiologiques. « Le fragment de périoste arraché est entraîné plus ou moins haut dans l'épaisseur du muscle, et, comme il a conservé toutes ses propriétés ostéogéniques, il donne naissance à un os nouveau. »

En continuant le même ordre d'idées, on pourrait dès lors expliquer l'adhérence ou non de l'ostéome au squelette. La contraction musculaire est brusque et violente, les parcelles périostées sont entraînées à une certaine distance, en plein muscle, et s'y développent. La contraction est-elle moins forte, le lambeau périosté ne sera que détaché en partie, et ce périoste irrité réagira en faisant de l'os.

Par ce point, la question se rapproche beaucoup de celle de la myosite ossifiante progressive, qui est une affection d'ossification intra-musculaire, reconnaissant le périoste comme origine anatomique. Mais, dans ce cas, le périoste, en voie de formation d'os, dépasse ses limites et, par sa vitalité anormale, envoie dans l'épaisseur des masses musculaires des stalactites appendues au squelette.

Objections. — Y a-t-il réellement arrachement du périoste? (Berger.) D'un autre côté, les expériences de Delorme et Marcus ne sont pas en faveur de cette théorie. D'après les conclusions de ces auteurs, « une traction exercée sur les tendons d'un muscle, en particulier sur ceux des adducteurs de la cuisse, dans le sens de la traction physiologique, est incapable chez un homme sain de séparer le périoste de ses attaches osseuses ou d'arracher une épine d'insertion, alors que la traction exercée par des moufles et assez brusquement, dépasse de beaucoup la mesure physiologique. »

A ceci, Capmas répond en montrant que ces expériences se passent sur le cadavre, et que, pendant la vie, les conditions dynamiques sont autres. En expérimentant sur des jeunes gens de vingt et un à vingt-quatre ans, il a obtenu, avec un dynamomètre placé entre les cuisses, des pressions toujours supérieures à 80 kilos. Et, sous une influence morale, cette force n'est-elle pas augmentée ? Cette force, à l'état normal, est incapable de provoquer un arrachement du périoste : tout le muscle se contracte dans son ensemble, l'effort est réparti sur toute la masse musculaire, de sorte que le travail fourni par chaque fibre n'a rien de considérable. Mais, par exemple, chez un cavalier novice faisant des efforts exagérés et désordonnés pour se maintenir en selle, il y a contraction brutale, d'intensité anormale. « Un muscle entre seul en lutte, tout à coup privé de l'appui de ses congénères, ou la synergie cesse entre ses propres faisceaux. Le fait n'est-il pas démontré par les ruptures partielles et successives des adducteurs ou du grand droit chez les cavaliers : on ne les constate que dans les premiers temps; elles ne se produisent plus, dès que le cavalier est devenu plus habile et que les muscles se sont accoutumés à accomplir régulièrement ces manœuvres brusques et forcées qu'on exige d'eux » (Lejars).

Ce phénomène, sur le vivant, ne peut-il pas amener l'arrachement périosté? L'expérience cadavérique est insuffisante à démontrer le contraire. La fibre musculaire est un des premiers points de l'organisme où les phénomènes chimiques et modificateurs de la cadavérisation se font sentir. Et alors, comment comparer la force déployée par cette fibre en voie de désorganisation et la fibre vivante pleine de force et de vie chez un jeune sujet ? D'ailleurs, les expériences de Sallefranque sont en faveur de cette manière de voir. Ses études sur le biceps du chien ont montré que le muscle vivant est au moins dix fois plus résistant que le muscle pris vingt-quatre heures après la mort.

Un autre facteur à mettre en jeu, c'est l'élasticité du périoste. D'après Capmas, la contraction est-elle lente, le périoste cède sans se déchirer; est-elle très violente et très brusque, cette élasticité n'a pas le temps d'être utilisée et il y a désinsertion. Et ce n'est pas chez le cadavre que l'on peut obtenir une contraction assez soudaine ni assez énergique pour vaincre cette élasticité du périoste.

Dans le même ordre d'idées, un muscle à insertion osseuse régulière par un faisceau unique verra son effort groupé sur l'union de ses fibres insérées sur le tendon. Mais, il n'y aura rien de semblable dans un muscle « dont les fibres, au lieu de se grouper en un faisceau unique, se trouvent disséminées en une multitude de petits faisceaux sans cohésion et partant sans résistance. Qu'il vienne à se produire une contraction brusque, violente, incoordonnée, un certain nombre de fibres pourront être arrachées et, avec elles, le lambeau de périoste sur lequel elles s'insèrent » (Sieur).

Les expériences récentes avec radiographie de Depage sont concluantes sur ce point.

Mais cependant, est-on en droit de considérer la migration des ostéoblastes comme cause de ces ossifications?

Ollier se refuse à cette manière de voir et soutient qu'il est inadmissible que les ostéoblastes se diffusent ainsi dans les tissus et à travers les fibres musculaires.

De plus, cette théorie de l'arrachement périosté est, pour Martin, insuffisante pour expliquer tous les cas. Ne doit-on pas admettre l'intervention d'une inflammation chronique, d'une nature particulière, succédant à des frottements répétés, dans les observations d'ostéome sans traumatisme net, dans les ostéomes du deltoïde rencontrés chez les fantassins?

Doit-on alors admettre que l'ostéome est dû à la transformation en tissu osseux des éléments de soutènement du muscle, autrement dit du tissu conjonctif?

Cette objection est passible des mêmes réfutations qui ont fait rejeter l'hypothèse de la myosite ossifiante. La rupture musculaire est fréquente, la contusion musculaire l'est encore plus, et l'ostéome est rare. La raison en est dans la grande difficulté pour le muscle à arracher le périoste.

Et même, ne peut-on pas invoquer encore le traumatisme et la lésion périostée consécutive dans la genèse des ostéomes à début lent? Journellement répété, l'effort ordinaire fera passer inaperçu l'effort violent. Le cavalier inexpérimenté, sur sa selle, sera sujet à des frottements répétés

qui créeront à leur place un lieu de moindre résistance. Le jeune soldat, maniant son arme, se donnera des chocs maladroits ou fera des efforts bien plus considérables que le but à atteindre. Aussi le traumatisme causal devra-t-il avoir une force bien moindre, trouvant là un terrain pour ainsi dire préparé par une inflammation chronique, réduisant la résistance des tissus.

D'un autre côté, comment alors expliquer les récidives? Rollet et Marcus ont dû par plusieurs opérations débarrasser leurs malades de leur affection. N'est-ce pas là une preuve de prolifération de plusieurs cellules périostées, de petits ostéomes inclus dans les muscles, qui, inappréciables à la première opération, ont ensuite évolué pour leur propre compte? Dans ces cas, la contraction musculaire s'est faite d'une manière toute désordonnée, il y a eu plusieurs faisceaux arrachés en des points différents, plusieurs ostéomes. L'opération n'a-t-elle pas débarrassé le muscle de tous ses débris périostés, il y a récidive.

Enfin, dans le cas de Rollet, on a pu suivre cliniquement l'évolution d'un ostéome. Le premier examen révèle un peu de périostose au point contus et, lors de la première opération, on trouve une périostose circonscrite du fémur et un peu d'ostéite condensante. Pas de lésion musculo-aponévrotique pas de collection séreuse ou hématique. Au cours de la deuxième intervention, on trouve des lamelles osseuses plaquées sur le vaste interne. Enfin, pendant la troisième opération, on trouva dans l'épaisseur du vaste interne deux osselets d'une longueur de quatre centimètres environ, moniliformes, irréguliers et séparés de l'os. Autour, on recueillit trois grains osseux, isolés comme des grains de millet. L'os sous-jacent, à sa partie antérieure et externe, était muqueux et épaissi.

Ainsi, dans ce cas, on a pu assister, de visu, au processus ossifiant. D'abord éburnation de l'os en un point circonscrit, puis lamelles osseuses, enfin os intra-musculaire avec grains osseux périphériques. Ces néoformations semblent donc être dues à des cellules osseuses ayant évolué isolément les unes des autres. Il y a à la fois irritation du côté du périoste du squelette (périostose) et d'autre part processus hypertrophique des cellules arrachées au périoste.

On peut donc dire, en résumé, que l'ostéome intra-musculaire relève d'une génèse périostée, développée sous l'influence du traumatisme et qu'il ne saurait être attribué ni à l'ossification d'une poche hématique ni à un processus de myosite ossifiante.

V

Anatomie pathologique. — Siège. — Les ostéomes intra-musculaires se développent dans les muscles des membres et en particulier dans ceux de la cuisse. Il ne faut voir là qu'une simple conséquence étiologique et non un point d'élection relevant de toute autre cause. La plupart des traumatismes directs ont, en effet, des résultats différents suivant le lieu où ils portent. Un coup donné au niveau du bras aura plus de tendances à intéresser l'os et à le briser qu'il ne le ferait à la cuisse. La différence d'épaisseur des couches musculaires en est la cause. Ce phénomène est très fréquent en pathologie. Un os est-il peu recouvert par les téguments, un trauma direct le brise ou amène de la périostite. C'est, par exemple, ce qui se passe pour les chocs intéressant le crâne ou la face antérieure du tibia. Mais, au contraire, un os recouvert d'un gros manchon musculaire comme l'est le fémur sera moins souvent intéressé. La clinique en offre tous les jours des exemples. Le traumatisme sera donc osseux, pour ainsi dire, au membre supérieur; il sera musculaire au membre inférieur.

En outre, en raison de sa mobilité, le membre supérieur échappera plus facilement au choc ou tout au moins en atténuera la portée et la violence.

Quant aux traumatismes indirects, ceux dus par exemple à une violente contraction musculaire, ils seront pour la même cause bien plus fréquents aux membres inférieurs. La fracture de la rotule en est un exemple : l'os brisé par la contraction brusque et violente du quadriceps. Au bras, les masses musculaires, moins volumineuses, ont une action relativement moins puissante.

Il n'est pas à comparer, en effet, le pouvoir du triceps huméral et du quadriceps. Ces deux muscles sont tous deux extenseurs, mais, alors que le premier agira sur un levier plutôt destiné à la mobilité, le second servira avant tout à la statique du corps et à la marche. Il s'ensuit des différences de volume entre ces masses musculaires et par là même des différences en puissance.

Aussi comprend-on pourquoi les observations d'ostéomes intra-musculaires ont presque toutes rapport à des lésions du membre inférieur.

Mais, parmi les muscles de la cuisse, tous ne sont pas d'une manière uniforme tributaires de l'affection. Certains, par leurs fonctions spéciales, sont plus sujets que les autres au traumatisme où à la contraction brusque et puissante, aussi sont-ils un lieu d'élection pour la production de ces masses osseuses. Les ostéomes intra-musculaires sont communément appelés os des cavaliers : l'équitation en est, en effet, le gros facteur étiologique. Les adducteurs ayant le plus de travail dans le maintien du cavalier en selle, ce sont eux qui seront le plus atteints. Contraction lente, mais souvent répétée, contraction brusque lors d'un écart de la monture, ces phénomènes auront lieu surtout dans les muscles de l'adduction. Et de fait, les statistiques sont concluantes sur ce point. Déjà, dans son mémoire, Schmitt avait signalé cette particularité. Sur 19 cas qu'il avait rassemblés, 14 siégeaient dans les adducteurs. Sur 55 cas qui ont été signalés jusqu'ici, voici leur répartition :

Muscle moyen adducteur	32
— grand adducteur	8
— vaste externe	4
— vaste interne	3
— pectiné	2
— droit antérieur	1
— droit interne	1
— biceps fémoral	1
— psoas iliaque	1
— brachial antérieur } Exercier- } — biceps huméral } Knochen }	2

A eux seuls, les adducteurs ont une part de plus des trois quarts. Les autres muscles sont plus sujets au traumatisme direct qu'indirect, aussi sont-ils moins souvent le siège de l'affection.

Rapports avec le squelette. — C'est principalement au point d'insertion d'un muscle que se trouve le noyau osseux. Enclavé dans le tendon ou entre les fibres musculaires elles-mêmes, l'ostéome est donc situé tout près de l'os. Aussi, fréquents sont les cas où la grosseur est adhérente au squelette. Au cours de l'opération, on constate, dans ces cas, une masse osseuse implantée dans l'os au point d'in-

sertion du muscle. Ce noyau, dissociant les éléments musculaires, est inclus dans le muscle. D'autres fois, la masse osseuse est à peine séparée de l'os, et parfois même on peut percevoir un frottement, une sorte de crépitation des surfaces osseuses. Quelquefois enfin la masse néoformée est plus éloignée de l'os et nettement emprisonnée dans les fibres musculaires. Le premier cas est de beaucoup le plus fréquent.

Nombre. — L'ostéome intra-musculaire est le plus souvent unique au point où a porté le traumatisme. Néanmoins, certains auteurs ont relaté des cas d'ostéomes multiples au point contus. Ce sont alors des noyaux isolés dans le muscle sans adhérences à l'os (Rollet, Ferron, Labrevoit, Sieur), ou ayant des connexions avec le squelette (Schmitt, Sieur). Enfin quelquefois, la tumeur est bilatérale et siège à la fois dans les deux membres inférieurs (Schmitt, Labrevoit, Rigal).

Volume. Forme. — Les ostéomes intra-musculaires n'atteignent jamais un grand développement. Ce sont des masses de volume plutôt petit, le plus souvent ovoïdes, mesurant dans leur plus grand diamètre de 4 à 5 centimètres. Ce sont de fines aiguilles, stalactites incluses dans ce muscle; ce sont de petites masses du volume d'une noisette ou d'un œuf. Parfois, leur volume est plus considérable encore, et dans certains cas exceptionnels (Schmitt, Delorme), on leur a vu atteindre 19 et 20 centimètres.

La forme elle-même de la production osseuse est loin d'être régulière. Lisse par endroits elle présente par places des rugosités, voire même des prolongements qui rendent difficile la dissection de la tumeur.

L'adhérence aux fibres musculaires est donc par là même plus intime. Quelquefois la masse est de forme très irrégulière, et on peut avoir un ostéome, de la masse centrale duquel émanent plusieurs stalactites osseuses, se dirigeant toutes dans des sens différents.

D'autres fois, leur forme est moins complexe, et ce sont alors de simples lamelles osseuses qui semblent être déposées entre les fibres musculaires, lamelles d'os friable et cassant (Rollet).

En tous cas, masses de forme irrégulière, de consistance dure, incluses dans le muscle près du point d'implantation de celui-ci, avec ou sans connexions avec le squelette, voilà la caractéristique macroscopique des ostéomes intra-musculaires.

Etude histologique. — Si l'on vient à faire une coupe de ces masses, on voit qu'elles sont formées de tissu compact, peu dense. Parfois, en leur centre, se trouve une partie raréfiée comme du tissu spongieux.

Au microscope, la nature osseuse de la tumeur apparaît d'une manière évidente. Les nombreuses études histologiques qui ont été faites avec presque toutes les observations publiées, les travaux surtout de Berthier, ne permettent aucun doute à ce sujet.

Autour de noyaux formés de substance fondamentale osseuse, on trouve un manchon d'ostéoblastes de formes très différentes. Les uns, les plus nombreux, sont comme des cellules cubiques; parfois, ce sont des cellules allongées, implantées perpendiculairement à la surface osseuse. Entre ces cellules et le tissu osseux on ne trouve pas de ligne de séparation.

Les ostéoblastes sont, par places, groupés autour de véritables canaux de Havers; ailleurs, ils rappellent la disposition qu'ils affectent dans l'os en développement.

A la périphérie, au contact du muscle, le tissu osseux s'arrête brusquement sur la plus grande surface de contiguité; il en paraît comme décollé; mais, cependant, par places, la coque fibreuse qui sépare le muscle de l'os se transforme sensiblement en osséine, et les corpuscules osseux apparaissent de plus en plus nombreux.

Le muscle, au contact de l'os, réagit par une sclérose assez intense et même des infiltrations embryonnaires assez nombreuses, s'étendant assez loin de la nappe osseuse.

Les vaisseaux sont rares dans le tissu osseux. A la périphérie peuvent se voir des artères, mais, pour la plupart, frappées d'endartérite, parfois même très accusée.

Rarement, on rencontre des îlots cartilagineux.

C'est donc bien là un tissu osseux, nettement constitué, inclus totalement ou en partie dans le muscle, mais, au point de vue histologique, nettement séparé du tissu musculaire. Ce n'est donc pas une masse ossifiée produite par un hématome calcifié.

VI

Symptomatologie. — Etude clinique. — A la suite d'un brusque écart de sa monture ou en faisant de la voltige, un cavalier ressent une vive douleur à la racine de la cuisse. Cette douleur l'oblige à suspendre l'équitation, mais la marche est encore possible. En même temps se déclare un épanchement sanguin intra-musculaire plus ou moins volumineux, plus ou moins diffus, résultant de l'arrachement d'un tissu très vasculaire. Puis, sous l'influence du massage et du repos, l'impotence relative du membre cesse, et, se pensant guéri, le malade veut reprendre ses exercices de cheval. Mais certains mouvements, l'adduction de la cuisse surtout, sont très douloureux: il cesse donc de monter à cheval.

Après un à deux mois, vient-on à examiner le malade, on constate alors une tumeur plus ou moins dure, ayant en certains points, sinon partout, une résistance osseuse. Sur cette tumeur, les téguments sont libres. Du côté des parties profondes, la grosseur peut être immobilisée par une adhérence à l'os; ou bien, si elle est mobile, elle sera immobilisée dans certains mouvements, l'adduction par exemple.

Abandonnée à elle-même, la tumeur restera stationnaire, ne causant au patient aucune douleur, sauf dans l'adduction de la cuisse. Le malade, dans la pluralité des cas, ne souffrira pas s'il abandonne l'équitation. En un mot, tumeur plutôt gênante que douloureuse.

Ce schéma rapide comporte de nombreuses exceptions qui seront mises en évidence par l'étude de chacun des symptômes en particulier.

Le début. — Le mode de début est variable. Brusque, le traumatisme violent en sera la cause : le cavalier, par un fort mouvement d'adduction, voudra se maintenir en selle. Dans ce cas, la douleur sera vive et secondaire, le malade aura la sensation d'une déchirure, d'une rupture.

C'est de beaucoup le cas le plus fréquent.

D'autres fois, c'est un traumatisme direct, un coup porté sur le membre qui sera le point de départ de l'affection.

Mais, dans certains cas, le début peut passer inaperçu. L'affection ne sera découverte que par un examen minutieux à la suite d'une gêne fonctionnelle, ou même pourra être une trouvaille d'autopsie (Billroth, Albertin).

La douleur. — Le symptôme douleur est en rapport direct

avec le mode de début. Le traumatisme a-t-il eu lieu, la douleur est d'abord très vive, le malade a la sensation d'une rupture musculaire, et la souffrance l'oblige, dans la plupart des cas, au repos. Cette douleur cède vite et, le plus souvent, ne consiste qu'en une simple douleur de contusion.

Quelques jours de lit suffisent pour calmer les vives souffrances, et il ne reste plus qu'une légère claudication (Graf, Josephson Favier, Lalesque, Ramonet, Delorme).

D'autres fois, la marche est très pénible, avec boiterie marquée (Thiriar, Schmitt, Delorme), et même impossible, avec douleurs spontanées très vives, la malade au repos (Rollet).

Enfin, parfois la marche est possible sans aucune douleur, et ce sont les cas de Tricot, Cordillot, Yvert, Demmler, Martin.

L'affection siège-t-elle ailleurs, au bras (Reynier), il n'y a souvent douleur que lors des mouvements provoqués, et non des douleurs spontanées.

En tous cas, le phénomène douleur est sous la dépendance directe du trauma.

L'hématome de contusion résorbé, il ne restera plus qu'une sensation douloureuse à la palpation du point lésé et, le plus souvent, une gêne dans les mouvements exécutés par le muscle contus.

Au point de vue de l'équitation, les faits se passent autrement. Mis à part le cas de Martin, dans lequel le malade put bientôt reprendre ses exercices équestres, dans toutes les autres observations les auteurs insistent sur l'impossibilité de remonter à cheval. Ceci n'a rien qui doive étonner : l'anatomie pathologique apprend que, dans la pluralité des cas, l'ostéome siège dans le moyen adducteur, et c'est le mouvement d'adduction des cuisses, l'un des plus importants pour le cavalier, qui sera seul douloureux. De fait, les malades débarrassés de leur tumeur par opération, ou renonçant à l'équitation, ne ressentent que peu ou pas de gêne fonctionnelle.

La tumeur. — La date d'apparition de la masse néoformée est variable. Certains l'ont signalée au bout de quinze jours (Reynier), la plupart l'ont observée dans le cours du deuxième mois. Il est d'ailleurs difficile de préciser le moment où disparaît la sensation de tuméfaction profonde due à l'hématome et l'instant précis où on a la sensation de masse dure et osseuse. Quoi qu'il en soit, le point contus est au début le siège d'un empâtement et d'une ecchymose. Peu ou pas de voussure.

A ce moment, par la palpation, on a une tumeur mollasse donnant la sensation d'un hématome. D'autres fois, au contraire, il n'y a pas de tumeur *loco dolenti*.

Quelques jours ou quelques semaines après, en ce point, on a une sensation de masse osseuse ou de lamelle osseuse plus ou moins adhérente aux parties profondes, masse qui va s'accroître jusqu'à un certain volume et rester ensuite stationnaire.

C'est, en général, au niveau de l'insertion pubienne que siège l'ostéome. On reconnaît dans le muscle un petit noyau dur, de la grosseur d'une noisette, quelquefois plus gros, de forme irrégulière. Cette masse est, dans la pluralité des cas, adhérente à l'os et ne peut alors être perçue que lorsque le muscle est à l'état de relâchement.

D'autres fois, la tumeur est séparée du squelette, et c'est par ses frottements contre celui-ci que l'on peut la reconnaître.

Dans de rares cas, l'ostéome est composé de plusieurs masses qui crépitent les unes contre les autres dans la palpation profonde (Rollet).

VII

Diagnostic. — L'ostéome intra-musculaire a une symptomatologie caractéristique, à physionomie toute spéciale. Aussi, à première vue, le diagnostic semble-t-il aisé. Néanmoins, la tumeur est formée ; on sent par la palpation une masse dure, de consistance osseuse, cette masse ayant une marche lente, sans réveiller de grandes douleurs. Est-ce un ostéome ?

Hématome. — Un hématome induré, lorsqu'il est ancien, peut revêtir ces caractères et faire croire à une tumeur osseuse. Delorme rapporte un cas de ce genre où le prétendu ostéome disparut par le massage involontaire produit par la manipulation du membre atteint par de nombreux élèves.

Mais, le plus souvent, l'hématome se traduit par une sensation d'empâtement et non de dureté. Enfin, en cas de doute, la ponction exploratrice fera le diagnostic.

Myosite ossifiante au début. — Cette affection, survenant dans le jeune âge, affecte le plus souvent une allure trop caractéristique pour pouvoir prêter à confusion. Les poussées successives, la localisation à plusieurs muscles à la fois, le début insidieux aideront à la diagnose.

Syphilome des muscles. — La syphilis frappe souvent le muscle, et sous l'influence de la diathèse spécifique, on voit se développer dans le corps charnu musculaire une tumeur ligneuse, à forme variable, assez régulière. Ce travail s'est fait d'une façon insidieuse et calme. En outre le siège de ces affections est surtout le sterno-mastoïdien et le deltoïde. La recherche d'accidents primitifs ou secondaires, les résultats donnés par le traitement antisyphilitique lèveront tous les doutes.

Hernie musculaire. — Plus facile est le diagnostic avec la hernie musculaire. Cette affection a assez de points caractéristiques pour se différencier de l'ostéome. Une tumeur mollasse, le muscle au repos, dure, lors de la contraction du faisceau charnu, de consistance par conséquent inégale, de volume inégal en ce sens qu'elle diminue lorsque le muscle se contracte, jointe à cela la ponction exploratrice feront reconnaître la hernie musculaire.

Affections rares. — En clinique, on peut songer à quelques affections très rares, fibrome, lipome, kyste hydatique du muscle. Mais outre le peu de fréquence de ces affections, leur symptomatologie toute spéciale les ferait facilement mettre de côté.

IX

Marche. — Il est difficile de préciser d'une manière exacte la marche d'un ostéome intra-musculaire. Dans certains cas, la tumeur a un développement relativement rapide et en quinze jours l'affection est constituée. Le plus souvent la marche est plus lente et, jusqu'à un certain développement de la tumeur, toujours progressive. Puis au bout d'un temps variable, qui rarement dépasse une année, le volume reste stationnaire. La tumeur constituée, pour ainsi dire adulte, ne sera plus qu'une gêne fonctionnelle, la douleur vive du début ayant presque complètement disparu.

Enfin, il est rare de voir survenir des complications et en particulier la suppuration. Seul Seydeler rapporte un cas

d'ostéome avec phénomènes inflammatoires et suppuratifs, mais ceci est l'exception.

X

Pronostic. — Le pronostic est essentiellement bénin, en ce sens qu'aucune complication ne vient aggraver cette maladie.

Mais il n'en est pas de même au point de vue fonctionnel. Certains mouvements sont pour un certain temps gênés, voire même impossibles, s'ils ne le sont pas pour la vie. Tel cavalier ne pourra plus reprendre ses exercices équestres et tel autre malade ne marchera plus que péniblement. Aussi presque tous les sujets porteurs de cette affection contractée au service militaire ont-ils été pour ce fait rayés des cadres de l'armée ou changés d'arme. Seul le malade de Lalesque ferait exception à cette règle : il aurait pu se remettre en selle cinq à six jours après son accident, et depuis lors n'aurait plus été gêné.

Si un ostéome intra-musculaire rend un cavalier inapte au service militaire, il n'est pas étonnant que ce cavalier, rendu à la vie civile, puisse, dans certains cas, se trouver dans l'incapacité de pourvoir à son existence. Cette perte de la capacité du travail est évidemment subordonnée à la profession antérieure du blessé. Aussi est-ce un point qui doit toujours entrer en ligne de compte lorsque l'on met en discussion la nécessité d'une intervention chirurgicale.

XI

Traitement. — Traitement prophylactique. — Un muscle vient de subir un trauma intense : peut-on empêcher la production d'un ostéome ?

Il est difficile de pouvoir donner une réponse affirmative sur ce sujet, mais, cependant, il est possible de mettre le malade dans les meilleures conditions pour éviter cette affection.

L'immobilisation, les enveloppements ouatés et compressifs, les massages et les douches peuvent être essayés ; mais on n'est nullement en droit de donner à ces moyens une valeur préventive réelle.

Traitement curatif. — La tumeur est constituée. Quel traitement faut-il lui appliquer?

C'est encore au massage et à la compression qu'il faudra tout d'abord s'adresser. N'a-t-on pas signalé des cas dans lesquels un cal volumineux a rétrocédé sous l'influence de ces moyens mécaniques? En tous cas, ce traitement, en supposant qu'il n'ait aucune action sur la tumeur osseuse, agira sur les tissus voisins et facilitera leurs échanges vitaux. Ce sera une sorte de préparation du champ opératoire pour une intervention ultérieure.

Il convient en même temps d'instituer un traitement ioduré ou mercuriel, dans l'hypothèse d'une syphilis méconnue. Mais, le plus souvent, c'est au traitement chirurgical que l'on devra avoir recours. Depuis l'ère aseptique, il est, en effet, assez peu redoutable de créer une cavité opératoire pour enlever un ostéome. Les cas malheureux de Josephson et de Schweiger, antérieurs à l'époque microbienne, celui de Delorme, attribuable à une intoxication due à l'iodoforme, ne doivent pas faire hésiter. Par l'opération sanglante, on débarrasse le malade tout d'abord de ses douleurs et surtout on rend possibles certains mouvements, qui sans cela ne pouvaient plus se produire. Dans le cas de Rollet, c'est la malade elle-même qui réclamait une intervention. L'opération, bien conduite, est relativement bénigne, et les nombreux succès opératoires qui sont signalés en sont le preuve évidente.

L'incision cutanée doit être large pour permettre une exploration facile. La tumeur découverte, on la libérera de ses connexions avec les tissus voisins en prenant garde de ne pas léser les fibres musculaires. L'excision en sera faite aux ciseaux et à la rugine (Reynier). Puis, la plaie suturée, le malade sera soumis à une immobilisation rigoureuse pour permettre aux tissus de reprendre leurs rapports premiers.

Ainsi l'opération radicale doit toujours être proposée. Il n'y a qu'un cas de discutable, c'est lorsque la tumeur n'occasionne ni douleur ni troubles fonctionnels. Dans ces cas, les auteurs recommandent l'abstention, car cette manière est peut-être plus prudente et n'exposera pas le malade à courir les risques d'une intervention.

Bibliographie. — Albertin. *Province méd.*, 23 août 1890; — Soc. de chir. de Lyon, 1er déc. 1898. — Barth. Beitrage z. Kenntn. d. Atroph. musc. lipom., *Arch. f. prakt. Heilk.*, Leipzig 1871, Bd. XII, p. 121. — Berger. Soc. de chir., 27 déc. 1893. — Berthier. *Arch. de méd. expérim.*, 1894, n° 4; — *Lyon méd.*, 1894, p. 497. — Billroth. *Deuts. Klin.*, 1855, n° 27. — Boppe. *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. XIX, p. 125. — Capmas. Th. de Lyon, 1896. — Charvot. *Rev. de chir.*, 1881, p. 705. — Charvot et Couillault. *Rev. de chir.*, 1887, p. 332. — Cordillot. *Arch. de méd. milit.*, 1895, t. XXXVI, p. 427. — Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pratique.* — Delorme. Soc. de chir., 22 mars 1893 et 4 juillet 1894. — Demmler. *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. XX, p. 119. — Depage. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 15 juillet 1898. — Dums. *Deuts. milit. Zeits.*, 1887, p. 321. — Favier. *Arch. de méd. milit.*, juin 1888. — Ferron. Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, mai 1893. — Gazin. *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. XX, p. 122. — Graf. *Die Königl. Reserve-Lazarethe zü Dusseldorf während des Krieges*, 1870-1871, p. 64. — Guépin. Soc. d'anat., avril 1893. — Hamnoer. Cité par Josephson. — Hassler. *Lyon méd.*, 1894, t. LXXVI, p. 404. — Hayem. *Dict. Dechambre*, art. Muscles (Pathol. méd.), t. X, 2e série. — Helferich. *Berlin. Klin. Woch.*, 1887, n° 8, p. 229. — Josephson. *Deuts. milit. Zeits.*, 1874. — Kock. Inaug. Dissert., Iéna 1891. — Labrevoit. *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. XX, p. 447. — Lalesque. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 janv. 1889. — Le Dentu. *Dict. Jaccoud*, art. Muscles (Pathol. chir.), 1877. — Lejars. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, 2e édit., t. I, p. 783. — Ludwig. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, n° 45. — Malgaigne. *Traité des luxations*, p. 586. — Mante. Th. de Montpellier, 1895. — Martin. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 1114. — Mascarel. *Bull. de la Soc. anat.*, 1840. — Meinhold. *Deuts. med. Zeits.*, 1887, p. 340. — Michaux. Soc. de chir., 6 et 13 déc. 1893. — Nimier. *Gaz. hebd.*, 18 mars 1893, et 1894, p. 123. — Ollier. Soc. de chir. de Lyon, 17 nov. et 1er déc. 1898. — Oriou. *Arch. de méd. milit.*, 1895, t. XXV, p. 137. — Orlow. *Wien. med. Woch.*, 1898, p. 1698. — Picqué. Soc. de chir., 1897. — Picqué et Brault. Soc. de chir., 15 déc. 1897. — Pitha et Billroth. *Handbuch. d. allg. und spec. Chir.*, t. II, p. 854. — Podrasky. *Wien. med. Presse*, XIV jahrganz, p. 406. — Poncet. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, 2e édit., t. II, p. 933. — Ramonet. *Arch. de méd. milit.*, 1893, t. XXI, p. 457. — Reynier. *Presse méd.*, 14 juin 1899. — Riedinger. *Mon. Schr. f. Unfallknd*, 1898, V-9. Rigal. Soc. de chir., 2 mai 1894. — Rigal et Brault. Soc. de chir., 1898. — Rollet. Soc. de chir. de Lyon, 1er déc. 1898; — *Prov. méd.*, 1898, p. 595. — Rokitansky. *Handbuch der Spec. path. Anat.*, Wien 1844, Bd. I, p. 363. — Sallefranque, Th. de Paris, 1887. — Schmitt. *Rev. de chir.*, 1890; — Soc. de chir., 12 mars 1890; — *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. XIX, p. 131. — Sédillot. *Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 1817. — Seydeler. *Deuts. milit. Zeits.*, 1879, n° 33. — Sieur. *Cong. de chir. à Lyon*, 1894, p. 191; — *Lyon méd.*, 1894, t. LXXVI,

p. 401. — SIMSON. *Brit. med. Journ.*, nov. 1886, p. 1026. — SOURRIS. *Journ. des sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 58. — STRAUS. *Dict. Jaccoud*, art. MUSCLE (Pathol. méd.), 1877. — TARTIÈRE. *Arch. de méd. milit.*, t. XVII, p. 56. — THIRIAR. Soc. anat. de Bruxelles, 1880. — TILLAUX. *Chirurgie clinique*, t. II, 3e édit., p. 756. — TRICOT. *Arch. de méd. milit.*, 1895, t. XXV, p. 311, 315. — VIRCHOW. *Traité des tumeurs*, 1863. — VOLKMANN. *Frank. der Muskeln und Schnen*, 1872, p. 847, 854. — YVERT. Cité par Delorme, Soc. de chir., 4 juillet 1894.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(31 OCTOBRE 1899)

M. Gautier a fait une nouvelle communication sur les **préparations cacodyliques**. Il résulte de l'étude qu'il a faite de ces préparations que c'est aux injections hypodermiques de cacodylate de soude qu'il donne la préférence. Sous cette forme, il ne faut pas dépasser 5 à 6 centigrammes par jour Les résultats fournis par ce mode de préparation n'ont fait que confirmer les premières conclusions de M. Gautier et celles de M. Renault.

M. Hervieux répond à la proposition faite par M. Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, et communiquée à l'Académie par M. Brouardel, de s'abstenir des **vaccinations dans les pays chauds pendant les mois de juin à novembre.** M. Hervieux déclare que cette abstention ouvrira la porte toute grande à la variole et à la variolisation. Il cite plusieurs cas dans lesquels de nombreuses vaccinations ont pu être pratiquées pendant la période des grandes chaleurs avec un plein succès. Il fait remarquer que si, dans notre pays, la variole peut sommeiller pendant de longues années, il n'en est pas de même dans les colonies, où la variole est entretenue par la variolisation. Il n'admet pas que pendant cinq longs mois de l'année la vaccine et les vaccinateurs puissent être condamnés à un repos forcé. M. Hervieux conclut avec M. Bousquet que, de même qu'on peut vacciner à toutes les époques de la vie, on peut vacciner à toutes les saisons de l'année.

L'Académie a entendu plusieurs rapports, ceux de M. Ribémont-Dessaigne sur le **prix Capuron**, de M. Robin sur les **eaux minérales** et de M. Fernet sur les **épidémies**.

Il y a quelques mois, MM. Marey et Le Dentu appelaient successivement l'attention de l'Académie sur un appareil imaginé par M. Contremoulin et permettant d'apporter une précision absolue dans la **détermination du siège exact des projectiles ayant pénétré dans le cerveau**. Pour mettre en pratique l'ingénieuse découverte de M. Contremoulin, il fallait de l'argent. Un généreux donateur, qui lit les comptes rendus de l'Académie, fournit la somme nécessaire, et aujourd'hui M. Contremoulin se trouve en possession d'un appareil qui a permis à M. Tuffier de pratiquer trois fois, avec un plein succès, l'extraction de projectiles situés en plein cerveau, jusqu'à 6 et 7 centimètres de profondeur. Grâce à la précision de cet appareil, M. Tuffier a pu arriver directement sur les projectiles sans aucune hésitation ni recherche inutile.

Cet appareil est mis à la disposition des divers services de chirurgie. On peut donc dire que la radiographie appliquée à la recherche des corps étrangers du cerveau est aujourd'hui d'une précision mathématique.

Quand aurons-nous un appareil similaire permettant les mêmes recherches dans toutes les autres parties du corps? Quand un nouveau généreux donateur en aura fourni le moyen à M. Contremoulin, qui est tout prêt à faire pour le corps tout entier ce qu'il a déjà si bien réussi pour le cerveau.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Maurice de Fleury relative à trois observations d'**accidents nerveux au cours du petit brightisme.**

La première est celle d'un homme de soixante-six ans, atteint de confusion mentale, d'hémiparésie droite et d'aphasie transitoire, sous l'influence de l'intoxication brightique. Guérison par le régime lacté; réapparition des symptômes presque aussitôt après l'abandon du régime lacté.

La deuxième observation est celle d'une Américaine, également atteinte de formes frustes du mal de Bright, qui a eu des scrupules, de la mélancolie et même du délire des persécutions, le tout coïncidant avec un peu d'albuminurie et un faible degré d'intoxicité urinaire. Régime lacté, augmentation de la toxicité urinaire, grande amélioration complétée par l'emploi de la pilocarpine. Rechute coïncidant avec un changement de régime.

La dernière observation est celle d'un homme atteint de petit mal épileptique. Le bromure, à la dose de 8 grammes par jour, n'a pas de prise sur ses crises, dont le régime lacté intégral amène la disparition à peu près complète. L'auteur montre un graphique représentant les modifications sous l'influence du régime lacté, de la tension artérielle, de la force dynamométrique, du nombre de pulsations, du nombre des crises, de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures et de la dose d'albumine.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

[IVe SESSION (*fin*)]

COMMUNICATIONS DIVERSES

De la cryoscopie appliquée à l'exploration de la fonction rénale. — M. ALBARRAN, en son nom et au nom de MM. Léon Bernard et Bousquet :

Nos recherches nous ont conduits aux conclusions suivantes :

1° Les lésions du parenchyme rénal exercent une influence sur la concentration moléculaire de l'urine.

2° L'abaissement du point de congélation de l'urine est en rapport avec le degré des lésions du rein.

3° La méthode cryoscopique peut donc servir à apprécier la valeur excrétrice du rein. Dans les affections unilatérales des reins, l'association à cette méthode du cathétérisme uretéral est indispensable, le mélange des deux urines ne traduisant pas l'anomalie cryoscopique de l'urine du rein malade.

4° Cette méthode présente, sur les procédés actuellement connus pour l'exploration de la fonction rénale, des avantages incontestables, d'une précision scientifique certaine, d'une commodité pratique suffisante; elle donne la valeur de l'élimination rénale, non plus par le dosage de tel ou tel corps (analyses chimiques) ou par l'étude du passage d'une substance introduite expérimentalement dans l'organisme (procédé du bleu), ou par la recherche indirecte des effets physiologiques de l'injection de l'urine chez un animal (toxicité urinaire), mais bien par l'évaluation de la quantité des molécules incriminées, indépendamment du poids de ces molécules. Telles sont les premières données acquises par nos recherches que nous nous proposons de poursuivre et de compléter.

M. ALBARRAN (de Paris) attire ensuite l'attention sur **les néphrites chez les cancéreux**, néphrites dues probablement à l'élimination par les reins des toxines cancéreuses char-

riées par le sang ; il est probable que la toxémie cancéreuse, quel que soit le siège du néoplasme, doit avoir de l'influence sur l'intégrité du rein et peut-être d'autres organes comme le foie, et cela en dehors de tout phénomène de généralisation néoplasique.

En enlevant le rein cancéreux à temps, l'autre rein peut guérir de sa néphrite ; ces faits peuvent avoir, en chirurgie rénale, une grande importance au point de vue de l'établissement des indications opératoires.

Recherches expérimentales sur les greffes de capsules surrénales dans le rein. — M. LÉON IMBERT (de Montpellier). On sait que, sous l'influence des travaux de Grawitz et de son école, les anatomo-pathologistes ont de la tendance, à l'heure actuelle, à attribuer à certaines tumeurs du rein une origine surrénale : des germes surrénaux, aberrants en pleine substance rénale, entreraient en activité, sous l'influence de causes entièrement inconnues naturellement et donneraient lieu à des néoplasmes quelquefois volumineux. Les arguments ne manquent pas pour défendre cette théorie qui a rallié bien des suffrages, surtout en Allemagne ; mais il était intéressant de s'adresser à la méthode expérimentale pour lui demander de jeter quelque lumière dans le débat. L'auteur a effectué ses recherches dans le laboratoire de M. le professeur Vialleton sur des chiens, dans les reins desquels il a greffé leurs propres capsules surrénales. Le résultat a été quelquefois nul, d'autres fois assez positif. Dans un cas, la greffe s'est transformée en un tissu à cellules infiltrées de graisse, très analogue microscopiquement à certains lipomes ou pseudo-lipomes du rein. Dans un autre cas, il s'est produit une cavité kystique à revêtement épithélial polymorphe, telle qu'on en rencontre dans certains néoplasmes du rein.

Ces résultats montrent que l'on peut expérimentalement, sinon produire des tumeurs du rein, du moins provoquer des processus histo-pathologiques dont on retrouve les analogues dans les néoplasmes.

Pyonéphrose consécutive à une grippe. Néphrolithotomie. — M. DESNOS. Un malade, ne présentant d'autre antécédent pathologique que quelques douleurs lombaires vagues et très peu intenses, fut atteint d'une violente attaque de grippe au mois de février dernier. Quelques jours après, survinrent des douleurs lombaires vives, presque continues, exaspérées par la pression et surtout par le décubitus gauche ; deux mois se passèrent ainsi, les douleurs persistant ; une tumeur rénale se produisit, en même temps que la purulence des urines. Je pratiquai la néphrotomie lombaire et retirai un litre environ de pus épais, crémeux, presque sans mélange d'urine, contenant de nombreux streptocoques ; le doigt plongé dans la cavité du bassinet rencontre un calcul volumineux, rameux, enclavé, qui est extrait avec quelques difficultés. Calcul urique avec un mince revêtement phosphatique. Les suites opératoires furent bonnes pendant six semaines environ, la poche restant drainée ; puis la tumeur rénale se reproduisit, le rein droit se tuméfia à son tour et l'état général devint rapidement si mauvais que toute intervention nouvelle parut impossible. Il est difficile d'admettre qu'un calcul d'urate de soude ait pu acquérir un volume aussi considérable en quelques semaines. Il est donc très probable qu'il s'agissait d'un calcul rénal préexistant depuis fort longtemps, n'ayant donné lieu qu'à de vagues symptômes, et que sa présence a été le point de départ d'une infection streptococcique d'origine grippale.

Hydronéphrose par calcul de l'uretère. — M. CARLIER (de Lille). Je communique l'observation d'un malade qui m'a paru être un type d'hydronéphrose due à un calcul de l'uretère. Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, qui avait eu antérieurement des crises de colique néphrétique des deux côtés, et surtout du côté gauche. Quelques-unes de ces crises s'étaient terminées par l'émission de graviers.

Au moment de l'examen, l'hydronéphrose formait à gauche une volumineuse tumeur occupant tout l'hypocondre et le flanc, et dépassant même la ligne blanche abdominale. Comme il s'agissait évidemment d'une hydronéphrose calculeuse et que le malade avait antérieurement présenté des douleurs du côté droit qui pouvaient faire douter de la valeur fonctionnelle de ce rein, M. Carlier eut recours à la simple incision de la poche. Le liquide qui s'écoula était visqueux et roussâtre, comme dans les vieilles hydronéphroses. Les suites opératoires furent simples, et quelque temps après, le malade expulsait un calcul qui devait vraisemblablement siéger dans l'uretère du côté hydronéphrosé. Ce malade a été revu deux ans après l'opération, la guérison du rein opéré s'était maintenue, mais le malade était resté lithiasique et sa vessie contenait un calcul dont le broiement fut d'ailleurs facile.

M. Carlier insiste sur la rareté des hydronéphroses par calcul de l'uretère.

Radiographie des calculs du rein. — M. ALBARRAN (de Paris). Je vous montre ici trois épreuves radiographiques de calculs rénaux ; deux fois les deux reins étaient calculeux. Chez ces trois malades, la néphrolithotomie a confirmé le diagnostic radiographique.

FORMULAIRE

Poudre à priser contre le coryza.

Poudre d'iris............	} ãã	5 grammes.
Poudre de guimauve.....	}	
Tanin......................		0g15 centigr.
Menthol....................		0g15 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prosectorat de l'amphithéâtre des hôpitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Herbet et Dujarier.

Concours de l'internat (séance du 2 novembre). — *Anatomie* : MM. Le Lorier, 13 ; — Dreyfus-Rose, 7 ; — Lebhardt, 5 ; — Dauzatz, Poupault et Vassor, 4 ; — Louste et Rollin, 3 ; — Bourguignon et Fontanié, 2 ; — Larré, 1.

Hôpital de la Pitié. — M. G. Thibierge commencera des leçons sur les maladies de la peau, le dimanche 5 novembre, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Ces leçons seront consacrées à la thérapeutique des maladies de la peau et suivies de présentations de malades.

Conférences de déontologie médicale. — MM. les docteurs P. Le Gendre et G. Lepage commenceront le lundi 6 novembre, à neuf heures du soir, des conférences de déontologie médicale à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Amphithéâtre d'anatomie. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. le docteur Quénu, commenceront le lundi 6 novembre 1899.

Électricité médicale. — M. le docteur R.-L. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, reprendra ses conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi 4 novembre, au laboratoire.

Objet du cours. — Technique générale du maniement des appareils. L'électricité dans les maladies nerveuses. Électrothérapie gynécologique.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE.......	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(3 NOVEMBRE 1899)

Les jours se suivent... et se ressemblent à la Société médicale. On y vient peu, et ceux qui viennent n'y travaillent pas beaucoup! Dans la dernière séance, une seule communication fut faite et... par un médecin étranger à la Société.

M. P. Londe lit une note sur un cas d'**érythème infectieux et de purpura hémorragique secondaire à une entérite au déclin d'une fièvre typhoïde**. Nous résumons ainsi les particularités de cette observation :

1° Au point de vue étiologique, retenons ce fait que l'infection secondaire, probablement streptococcique, paraît être survenue dans le décours d'une fièvre typhoïde (sérodiagnostic positif), car nous sommes obligés de repousser l'idée qu'il s'est agi dès le début d'une infection streptococcique à forme typhoïde, chose possible. Il y a eu, d'ailleurs, une période d'apyrexie qui semble indiquer deux infections distinctes successives.

2° Au point de vue symptomatique, l'évolution de cette infection secondaire multiforme a été marquée par plusieurs étapes : 1° entérite membraneuse; 2° angine et érythème polymorphe; 3° hémorragies viscérales (hématurie); 4° zona.

3° Au point de vue de la pathogénie, il est évident que l'entérite (typhique, puis membraneuse, ou simplement membraneuse) a été la cause de l'infection secondaire.

4° Le traitement par l'arsenic, préconisé par M. Hayem, a été ici tout à fait favorable.

M. Rendu, toujours dévoué, à propos d'une malade qu'il suit en ce moment, dit quelques mots du **rôle de l'impaludisme dans la production des artérites et des phlébites.**

GRIPPE ET APPENDICITE

Par le docteur GAGNIÈRE (de Choisy-le-Roi).

Sous ce titre, qui ne présume en rien des conclusions, j'ai réuni quelques cas d'appendicite (onze exactement) qui, par leur apparition dans un milieu grippal, leur évolution, chez des sujets grippés ou non, absolument contemporaine d'une épidémie de grippe, et leur cessation brusque coïncidant avec celle de l'épidémie, m'ont semblé devoir apporter quelque lumière dans l'étiologie, encore un peu obscure, de certaines appendicites.

L'épidémie, qui a régné de fin décembre à fin mai dans ma clientèle de Choisy-le-Roi, m'ayant permis de constater environ 900 cas de grippe, j'ai pu dans cette épidémie évaluer le pourcentage de l'appendicite à 1,3 environ.

Voici les observations de ces malades :

OBSERVATION I. — *Grippe et appendicite.* — Mlle Ch. R..., âgée de neuf ans, se plaint, le 22 janvier 1899, d'une violente céphalée avec rachialgie accompagnée de constipation ; les parents, effrayés, pensent à une méningite et me font appeler. Je trouve l'enfant prostrée, ayant de la fièvre (T. 39°9), *les yeux larmoient*, il y a du *catarrhe nasal*.

L'enfant tousse peu. L'auscultation me fait entendre quelques râles disséminés dans les deux poumons. Pas de vomissements. Le diagnostic de *grippe* me paraît s'imposer. En examinant avec soin la malade, je trouve un ventre très peu douloureux à la pression; on sent des masses de matières. J'ordonne un lavement simple le soir, un suppositoire à la quinine et, pour le lendemain matin, un purgatif.

23 janvier. T. matin, 38°5; ventre encore douloureux, et nettement au point de Mac Burney; céphalée moins intense; la courbature persiste. On me montre un vomissement verdâtre survenu dans la nuit.

Soir, T. 39°3, la malade a bu du lait et l'a rendu. Elle ne peut rien garder. La douleur appendiculaire est plus forte. Il y a de la défense musculaire, le ventre est difficile à palper.

L'état de la poitrine est resté à peu près le même; quelques râles en plus. J'ordonne le traitement classique : im-

mobilisation complète, glace, opium, quinine en suppositoire.

24. T. matin, 38°5; soir, 39 degrés.

L'enfant est toujours prostrée; les vomissements ont cessé; la céphalée et la rachialgie persistent.

25. T. matin, 38°2; soir, 38°6.

Céphalée moins intense. Il y a moins de râles dans la poitrine. L'enfant est plus gaie. *Ventre toujours dur.*

26. T. matin, 37°8; soir, 38 degrés.

Sensible amélioration, le ventre est moins douloureux et moins empâté, il commence à se relâcher; les râles disparaissent de plus en plus.

27. La température est redevenue normale. L'enfant ne souffre que très peu par la palpation du ventre.

La guérison a été complète le 3 février.

Obs. II. — *Appendicite.* — Le jeune J..., huit ans, tombe malade le 28 janvier. Appelé par la famille, je trouve un enfant prostré avec une température rectale de 39°5. Pas de larmoiement. Pas de catarrhe nasal. Courbature générale. Constipation. Céphalée. Langue saburrale. Ventre normal à la palpation. J'ordonne du calomel et un suppositoire à la quinine.

29. La courbature et la céphalée ont continué. Rien au ventre. Tout en pensant à la grippe, je réserve mon diagnostic. Pas de garde-robe.

T. matin, 38 degrés; soir, 38°6, P. 120. J'ordonne un lavement.

30, 31, 1er février et 2. Rien de net encore, ni comme grippe, ni comme appendicite. Je continue les lavements et la quinine en suppositoire. Les lavements produisent de bonnes évacuations. La température oscille toujours entre 38 et 38°5.

3. La température augmente 39, 39°4. Les phénomènes généraux s'accentuent. Je ne trouve toujours rien à l'auscultation. P. 140.

4. Par la palpation du ventre je détermine une douleur assez intense au point de Mac Burney. L'enfant a pris du bouillon et du lait. Il a tout vomi. Je prononce le mot d'*appendicite* et j'ordonne le traitement classique : glace, opium, immobilisation.

5. La famille, effrayée par le traitement, me demande d'amener un confrère en consultation. J'ai recours à mon vénéré et distingué confrère, le docteur Vosy, qui confirme mon diagnostic et mon traitement. L'appendicite est typique et la péritonite très localisée. Le traitement produit les plus heureux effets et le malade entre en convalescence le 16 février.

Obs. III. — *Grippe et appendicite.* — Mme D..., à Choisy. Cette malade me fait appeler le 20 février. Elle était considérée préalablement comme tuberculeuse. Je l'examine et voici ce que je constate :

L'auscultation et la percussion, jointes aux signes généraux et anamnestiques, ne permettent pas de penser à la tuberculose; mais des deux côtés de la poitrine, on entend des râles disséminés, accompagnés de toux et de gros crachats épais. Je les fais examiner pour plus de sûreté. Pas de bacilles de Koch.

En revanche, cette malade se plaint de céphalée intense, de douleurs rénales et lombaires. Les urines sont albumineuses. Il y a de la *photophobie*, un *larmoiement intense*, de l'*écoulement nasal*, une transpiration abondante. T. 38°9. *Rien ailleurs.* Je pense à la *grippe*. J'ordonne l'antipyrine. En vingt-quatre heures les accidents aigus se calment.

22. État amélioré. T. matin, 37°8; soir, 38 degrés.

23. Malade abattue. Facies grippé. Elle a vomi la nuit et se plaint du ventre qui est tendu et résistant. Douleur intense au point de Mac Burney. J'ordonne la glace, l'opium.

24. Sédation dans les accidents intestinaux. T. 37°5.

25. Amélioration légère. Un vomissement porracé dans la journée. T. 37 degrés.

26. La température redevient presque normale. Les vomissements ont cessé et la malade n'offre plus d'inquiétudes.

Les accidents ont disparu depuis cette date.

Elle a été définitivement guérie le 24 mars.

Obs. IV. — *Grippe et appendicite.* — Mme S...

4 mars. Malade prise de courbature générale. Violente céphalée, *larmoiement*, toux, transpiration, en revenant de laver son linge à un bateau-lavoir où plusieurs voisines avaient la grippe. T. 39°5.

L'auscultation décèle une respiration rude sans râles.

5. Prostration très grande. T. matin, 38°5. La malade souffre du ventre. Vomissement porracé. Le ventre est douloureux, tendu, avec prédominance douloureuse au point de Mac Burney. J'institue le traitement classique. Les vomissements cessent.

6. Quelques râles aux bases. T. matin, 38°4. Ventre nettement douloureux, empâté et résistant. Glace et opium.

7, 8 et 9. État stationnaire. Les râles disparaissent. La température baisse.

10. Amélioration sensible et définitive. T. 37 degrés. Malade guérie le 13 mars.

Son petit garçon est grippé depuis le 11 mars.

Obs. V. — *Grippe et appendicite.* — Mlle S..., âgée de quinze ans. Réglée depuis l'âge de quatorze ans et demi. Quelques amygdalites antérieures entretenues par de grosses amygdales.

Le 19 mars, alors que l'épidémie de grippe sévit dans le quartier, dans la maison et dans la famille même, elle est prise d'un violent frisson, de rachialgie et de douleurs lombaires; le tout accompagné d'une céphalée intense. Je suis appelé le soir. Je constate que les amygdales, la droite surtout, sont le siège d'un dépôt pultacé qui disparaît par frottement. T. 39 degrés. Urines albumineuses.

Abdomen normal.

Quelques râles de bronchite disséminés.

Je pose le diagnostic : *grippe;* je prescris des lavages des amygdales à l'eau naphtolée; j'y adjoins de l'antipyrine et je reviens le lendemain.

20. T. matin, 39 degrés; soir, 39°5.

Les amygdales se nettoient; l'auscultation fait entendre les mêmes signes.

L'état empirant dans la soirée, la famille fait appeler en cachette un de mes confrères, qui considère la malade comme atteinte de *grippe*, et on me fait dire qu'un mieux sensible s'est produit; j'ajourne ma visite au 22 dans l'après-midi.

22. Je trouve ma malade avec un facies péritonéal; il y a eu des vomissements porracés. La malade est anxieuse; elle a de la dyspnée; les extrémités sont froides; le ventre, très tendu, est douloureux, plus spécialement au point de Mac Burney; la défense du ventre est même telle que je ne puis le toucher que très légèrement. T. 39°8.

Je déclare à la famille qu'il s'agit d'une *appendicite* et que le transport s'impose d'urgence en vue d'une intervention chirurgicale. La malade arrive à l'hôpital Trousseau à minuit et on l'opère à deux heures du matin; elle y meurt le 24.

J'ignore le mécanisme de cette mort, mais j'estime que l'infection grippale y a joué le rôle principal.

Obs. VI. — *Appendicite.* — S..., âgé de six ans.

22 mars. L'enfant est abattu. Il a de la céphalée. Il est larmoyant. Sa face est vultueuse. Il transpire beaucoup et a une forte fièvre.

23. La famille me fait appeler. L'enfant a l'aspect d'un grippé. Ce qui prédomine chez lui c'est la rougeur de la face et son aspect fiévreux. Je l'ausculte, je ne trouve rien

dans la poitrine. Averti par les exemples précédents, j'examine le ventre. Je le trouve assez peu tendu, douloureux surtout à droite, très nettement au point de Mac Burney. J'apprends alors qu'il a vomi et on me montre un vomissement porracé.

Devant l'intensité des phénomènes fébriles (T. 40 degrés) et la netteté du diagnostic, je conseille le transport à Trousseau. L'enfant y arrive. Là on hésite un peu entre *appendicite* et *grippe*, d'après ce que me dit son père, et on l'opère le 25 sans succès.

L'enfant meurt le soir de l'opération, sur laquelle je n'ai pas eu de détails précis.

Obs. VII. — *Appendicite.* — M. D. M..., à Thiais. Malade âgé de trente ans, maigre, mais vigoureux.

Pas d'antécédents héréditaires. Femme, enfant, belle-mère, grippés.

Antécédents personnels : épidémie dans la maison et dans le voisinage. Rien de spécial. Constipé depuis deux jours. Langue saburrale. Embarras gastrique.

Je suis appelé le 29 mars. Le malade se plaint d'une constipation opiniâtre depuis plusieurs jours. Je l'examine et je trouve un intestin encombré. Je le purge légèrement.

31. Évacuation suffisante. Le malade se plaint d'une légère douleur abdominale. Je trouve le ventre légèrement empâté et tendu. Il se produit, le soir, une poussée de température, 38 degrés. Je pense, étant donné la fréquence des cas que j'avais vus, à une appendicite, mais le ventre n'étant que très peu douloureux au point de Mac Burney, l'état général étant bon, j'hésite à poser le diagnostic.

1er avril. Ventre tendu, empâté, très nettement douloureux à droite au point de Mac Burney. T. matin, 38 degrés ; soir, 38°5.

Je pose le diagnostic d'*appendicite* et j'ordonne opium, glace et lavements. La situation s'améliore très rapidement. La poussée appendiculaire se localise bien.

3. La température redevient normale.

7. Le malade est presque convalescent.

23. Guérison complète.

J'ai revu ce malade. La constipation, qui avait été passagère, a disparu depuis cette époque.

Obs. VIII. — *Grippe et appendicite.* — M. B..., âgé de dix-huit ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Début le 11 avril. Rachialgie, larmoiement, coryza, céphalée. T. 38 degrés, 38°5.

L'auscultation permet de constater une diminution de la respiration à la base droite.

Rien dans l'abdomen. J'ordonne un purgatif et une potion de Todd avec de l'analgésine.

12. T. matin, 38 degrés ; soir, 38°3.

A la base droite un souffle léger accompagné de submatité. Rien dans l'abdomen. Même traitement auquel j'ajoute une légère révulsion.

13. T. matin, 37°8 ; soir, 38 degrés.

Il s'est formé, dans la poitrine, un épanchement qu'une ponction exploratrice me montre séro-fibrineux.

14. Ventre douloureux, surtout à droite ; il y a eu dans la nuit un vomissement de lait. A l'auscultation mêmes phénomènes.

15. Poussée de douleur à droite dans le ventre, au point de Mac Burney. Température stationnaire. L'épanchement tend à se résorber.

Par prudence j'ordonne le traitement de l'*appendicite*.

16. Le ventre est toujours douloureux au même point, mais un peu moins que la veille. T. matin, 38 degrés ; soir, 38°5.

17,18. Amélioration de l'état du ventre. L'épanchement se résorbe.

19. Le malade va beaucoup mieux. Il demande à manger. Je lui refuse la nourriture. On appelle alors un de mes confrères, ce qui fait que j'ai cessé de soigner le malade. J'ai appris que le même traitement a été continué.

J'ai revu le malade guéri.

Obs. IX. — *Grippe et appendicite.* — Mme A... me fait appeler le 15 avril. Cette malade, à la suite d'un refroidissement, a été prise d'un violent frisson accompagné de céphalée, de douleurs lombaires. T. 38°5,

L'auscultation me fait entendre à la base gauche des signes évidents de *congestion pulmonaire*.

16. En arrivant je trouve la malade très abattue. Son facies est grippé. Elle a des vomissements porracés et une douleur *très violente* au point de Mac Burney. Les signes de congestion persistent ainsi que la céphalée et la douleur lombaire.

J'apprends que Mme A... a été soignée à Rodez six ans auparavant pour une pérityphlite.

Tous ces signes, joints à son état général, me font conseiller le départ immédiat à la Pitié, où on la reçoit dans le service de M. le professeur Berger, mais en donnant *aux signes pulmonaires la plus grande importance.* Elle reste néanmoins en chirurgie et on lui applique le traitement classique de l'appendicite en même temps qu'on soigne *sa grippe* et *sa congestion pulmonaire.*

Elle sort guérie au bout de douze jours, *non opérée.*

Obs. X. — *Appendicite.* — Mme M..., âgée de vingt-quatre ans, demeure au premier étage de la maison où habite le jeune B... (Obs. VIII), qui est tombé malade le 11 avril. La mère de cette malade a recueilli et soigné chez elle le jeune S... (Obs. VI).

18 avril. Je suis appelé auprès de Mme M... Elle a de l'embarras gastrique avec inappétence, constipation, langue saburrale, céphalée. Je prescris un purgatif. Ventre légèrement douloureux dans toute son étendue. Rien dans les poumons et les bronches.

19. Évacuation abondante. Douleur intense au point de Mac Burney. Pas de signes de péritonite. T. 37°9.

20. T. matin, 38 degrés ; soir, 38°5.

Douleur très intense au point de Mac Burney. Pas de vomissements. Ventre tendu et ballonné. Il n'y a pas eu d'évacuation. Un lavement prescrit n'a pas ramené de matières. Rien à la poitrine ; je me tiens sur la défensive. J'ordonne le traitement de l'*appendicite.* Les phénomènes s'amendent et la malade est guérie le 24.

Obs. XI. — *Grippe et appendicite.* — Mme D..., âgée de trente-deux ans tombe malade le 19 mai. Céphalée, courbature. Douleurs lombaires et aux angles du côlon de chaque côté. *Larmoiement. Coryza.* Je la considère comme *grippée.* Urines très sédimenteuses. J'ordonne l'antipyrine. Je ne trouve rien de spécial au ventre que je fais évacuer à l'aide d'un lavement purgatif.

20. T. matin, 38 degrés ; soir, 38°6.

Je trouve des râles aux deux bases, une submatité nette, de la rudesse de la respiration. Rien au ventre.

21. Langue très saburrale.

Douleur au point de Mac Burney. Un vomissement verdâtre. T. 39 degrés, 39°6. J'ordonne le traitement classique de l'*appendicite*, en même temps que je soigne la poitrine.

22. Les râles diminuent. L'*appendicite est très nettement confirmée* et domine la scène.

23, 24. *La grippe* pulmonaire diminue. L'appendicite évolue sans complications et se localise bien.

Guérison le 30 mai.

Depuis cette époque la malade a conservé une grande sensibilité du ventre.

J'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt d'attirer l'attention

sur ces quelques observations. On voudra bien, en effet, remarquer :

1° Que ces cas d'*appendicite* ont été contemporains d'une *période d'épidémie grippale* (janvier à mai).

2° Que, avant le début de l'épidémie et depuis sa disparition, *je n'ai pas observé un seul cas d'appendicite*, malgré le laps de temps écoulé et le nombre de malades examinés (environ 1000) de mai à octobre.

3° Que, chez quelques malades, il y avait *coexistence de grippe* nettement constatée et d'*appendicite* (voir Obs. I, III, IV, V, VIII, IX, XI).

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les bronchites.

Par M. le docteur Lévi-Sirugue, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Il semble bien banal à première vue de parler de la bronchite et surtout de sa thérapeutique. Qui n'a eu dans sa vie un de ces rhumes qui, selon l'expression populaire énergique et vraie, « tombent sur la poitrine » et qui n'en a guéri par le simple repos et la diète? Mais si la bronchite est la plus bénigne des affections respiratoires chez l'adulte vigoureux, il n'en va pas de même chez l'enfant et le vieillard, où elle n'est que trop souvent le prélude d'accidents graves. Le médecin a donc autre chose à faire dans ces cas qu'une thérapeutique expectante.

Les germes, qui vivent en saprophytes inoffensifs sur les bronches à l'état normal, deviennent dangereux, soit parce que leur virulence s'exagère, soit parce qu'une fissure est créée à la barrière épithéliale qui protège l'organisme. Le coup de froid peut réaliser ce résultat par les troubles vaso-moteurs qu'il amène et par la desquamation épithéliale qu'il produit, peut-être aussi agit-il par une auto-intoxication. Comme toutes les maladies infectieuses, la bronchite vulgaire peut être contagieuse et cela semble surtout vrai chez les jeunes enfants.

A côté de la bronchite primitive, il y a nombre de bronchites secondaires : *bronchites des infections générales*, des fièvres éruptives telles que la rougeole; bronchites de la fièvre typhoïde, de la grippe, de la coqueluche, dont nous ne nous occuperons pas ici; *bronchites médicamenteuses*, surtout iodiques : *bronchites enfin par trouble vaso-moteur* comme celles qu'on voit associées à l'asthme des foins.

Supposons la bronchite dans sa manifestation la plus simple; elle atteint un adulte surpris par une pluie d'orage ou par le vent aigu des premiers froids. Il y a un peu de malaise et une très légère élévation thermique. La respiration est sifflante, difficile; les quintes de toux prolongées amènent des douleurs au niveau du diaphragme et du ventre; l'expectoration à cette période est à peu près nulle et salivaire. Puis vient la période de coction, où les quintes de toux se terminent par l'expectoration de crachats purulents. Alors aux râles ronflants et sibilants de la première période disséminés des deux côtés de la poitrine, car la bronchite est toujours bilatérale, ont succédé de gros râles humides, râles bulleux, muqueux, que l'on peut entendre encore assez longtemps, surtout chez des individus âgés, la muqueuse continuant à trop sécréter. Le tout a duré un temps variable de une semaine à un mois.

C'est là la trachéo-bronchite bénigne et dans laquelle le rôle du médecin se réduit à peu de chose. La pharmacopée n'en abrègera guère la durée, mais elle pourra soulager la toux du malade, calmer les douleurs abdominales, suites des violentes contractions du diaphragme, rendre la toux utile en facilitant l'expectoration, donner un peu de sommeil, enfin éviter, s'il y a lieu, l'invasion des bronchioles.

Et d'abord le médecin peut-il *prévenir* la bronchite? Oui, dans une certaine mesure, en soignant chez les individus qui y sont sujets la rhinite prémonitoire, et parmi les médicaments à cet effet, le plus précieux est sans contredit le *menthol*. On peut, par exemple, faire priser trois à quatre fois par jour au moins, la poudre suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..	15	centigrammes.
Menthol................	25	—
Borate de soude.........	2	grammes.

Pulvérisez et tamisez.

Mais voici que malgré tout la bronchite a débuté, et on est à la phase la plus pénible, à celle où existent ces quintes de toux fatigantes et stériles. Tout d'abord on prescrira le repos, repos à la chambre dans les formes légères, repos au lit, pour les cas plus sérieux. La chambre sera à une température moyenne de 18 degrés, grande, assez aérée et, si possible, le malade y couchera seul. On devra éviter la tendance de l'entourage à l'accabler de couvertures. C'est là une fatigue qu'on lui impose sans résultat.

On donnera des boissons chaudes qui calment la soif, et par la sudation et la diurèse facilitent l'élimination des toxines. On pourra prescrire de la tisane d'hysope et de lierre terrestre dont on fera une infusion en mettant une pincée pour deux verres d'eau bouillante. Mais c'est le *grog* qui est encore la meilleure médication, associé à un peu d'*opium*. Voici la formule qu'on peut employer :

Eau chaude..................	250	grammes.
Eau-de-vie..................	50	—
Teinture d'opium............	x	gouttes.

A prendre le soir.

L'irritation du larynx et de la trachée provoque souvent un picotement désagréable qui, chez des malades un peu nerveux, se traduit par des quintes pénibles. Un des meilleurs moyens de soulager le patient consiste dans l'inhalation de *vapeurs d'alcool mentholé :*

Alcool à 70 degrés..........	60	grammes.
Menthol....................	2	—

à laquelle on associera les antispasmodiques à l'intérieur, la *belladone*, la *jusquiame* et surtout l'*opium*. On peut prescrire par exemple la potion suivante :

Sirop diacode.............	150	grammes.
Bromure de potassium......	5	—
Eau de laurier cerise.......	25	—

Deux cuillerées à soupe par jour.

C'est là une potion agréable à prendre, mais qui, comme tous les sirops, aurait l'inconvénient, donnée d'une manière prolongée à un malade qui s'alimente peu, d'amener de l'embarras gastrique et peut-être, en augmentant par là l'auto-intoxication, d'aller à l'encontre du but qu'on vise. Aussi devra-t-on préférer la forme pilulaire : on donnera les *pilules de cynoglosse opiacées du codex*, dont chacune renferme 2 centigrammes d'extrait d'opium, et on en donnera de 2 à 3 par jour, surtout le soir.

Si ces moyens ne suffisent pas, on pourra en venir à l'*alcoolature d'aconit*, en ayant bien soin de toujours prescrire l'*alcoolature de racines*, car celui que l'on obtient avec les

feuilles n'a pas une teneur fixe en principes actifs. On pourra l'associer ainsi à la potion ci-dessus formulée :

Alcoolature de racines d'aconit	xxx gouttes.
Eau de laurier cerise	25 grammes.
Sirop diacode	150 —

Deux cuillerées à soupe par jour, ou le donner isolément à doses de x gouttes deux ou trois fois par jour.

Il y a enfin le *sirop de morphine*, qui est un calmant et un hypnotique précieux :

Eau de fleurs d'oranger	80 grammes.
Sirop de chloral	} *ââ* 25 —
Sirop de morphine	
Eau de laurier cerise	60 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures. (Dieulafoy.)

A cette période on devra lutter contre l'auto-intoxication, veiller à la liberté du ventre, et il sera bon d'administrer un petit purgatif salin (un verre d'eau de Montmirail par exemple).

On fera enfin une large révulsion sur la poitrine avec de la teinture d'iode, des sinapismes, ou mieux de grands cataplasmes sinapisés.

Nous voici à ce que les anciens dénommaient la période de coction du catarrhe bronchique. Le malade rend des crachats d'abord muqueux, puis bientôt muco-purulents. Ici encore, le rôle du médecin est d'aider la marche naturelle des choses en facilitant l'expectoration et en rendant plus fluides les crachats pour diminuer la longueur des quintes. C'est le moment de prescrire un peu de *kermès* (10 centigrammes par jour). On pourra faire sucer des pastilles de kermès ou donner par cuillerées à soupe la potion :

Kermès	10 à 20 centigr.
Sucre	5 grammes.
Eau distillée de laurier cerise	10 —
Sirop de tolu	30 —
Infusé de polygala à 2 p. 100	150 —

Si l'encombrement des bronches augmente et cela chez un sujet vigoureux, on n'hésitera pas à en venir à un vomitif. C'est là, souvent, un moyen héroïque dans ces cas. On fera prendre l'*ipéca* sous la forme ordinaire :

Ipéca	1gr50

En trois paquets à prendre à un quart d'heure d'intervalle dans un peu d'eau tiède.

Le *benzoate de soude* est aussi un bon médicament pour fluidifier les crachats :

Benzoate de soude	6 à 10 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit	xx gouttes.
Sirop de tolu	} *ââ* 30 grammes.
— codéine	
Eau	60 —

A prendre en trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Les quintes maintenant sont plus courtes, la dyspnée a cessé, le malade est en bonne voie de guérison. Cependant les bronches sécrètent encore, il y a de gros râles muqueux dans la poitrine, il y a des crachats purulents, et surtout chez les gens un peu âgés cette période menace de se prolonger. C'est alors qu'il faut demander aux *balsamiques*, dont on sait l'action puissante sur les muqueuses, de tarir cette sécrétion. Pour cela on peut recourir au *baume de tolu* en sirop (30 à 60 grammes *pro die*), ou à un très bon médicament, la *terpine* (25 centigrammes à 1 gramme) donnée en cachets, en solution alcoolique ou en pilules, et sous cette dernière forme on peut associer le tolu à la terpine :

Terpine	} *ââ* 10 centigrammes.
Baume de tolu	

Par pilule, 4 à 8 par jour.

Enfin les *eaux sulfureuses*, celle de Labassère (Hautes-Pyrénées), les Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), les eaux d'Allevard (Isère), ou même celles d'Enghien, pourront être utiles. Si le malade est sujet aux bronchites, il aura intérêt à aller faire une cure l'été dans ces stations, et à joindre les inhalations sulfureuses à l'ingestion d'eau ; si la bronchite n'a été qu'accidentelle on pourra se contenter de la cure à domicile. On donnera les Eaux-Bonnes avec prudence chez les congestifs, et tous ceux chez qui on est en droit de soupçonner une vieille tuberculose. On commencera par une cuillerée à soupe d'eau chauffée au bain-marie et prise le matin à jeun dans un peu de lait. On pourra progressivement augmenter et pousser la dose jusqu'à un demi-verre deux fois par jour. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

La résorcine dans le traitenent de l'eczéma séborrhéique de la face.

Le docteur Frickenhaus recommande de frotter vigoureusement les parties affectées avec une solution alcoolique de résorcine à 25 p. 100. Le malade renouvelle tous les soirs cette opération avec une solution à 10 p. 100. Pendant huit jours il faut recouvrir les parties malades avec une pommade à la lanoline. Au bout de huit jours l'amélioration est manifeste. Le traitement est indolore.

Par mesure d'économie on peut remplacer la résorcine par l'acide salicylique. On dissout 5 grammes d'acide salicylique dans 25 à 30 grammes d'alcool. Dans ce cas, on doit aussi employer la lanoline dès que la desquamation commence à se former (1).

De l'électrisation dans le rétablissement de la sécrétion lactée.

L'excitation électrique dans ses différentes formes constitue, d'après le docteur Hénaut, un moyen rapide et fidèle, agissant dès les premières séances, et donne des résultats persistants, dans le rétablissement de la sécrétion lactée. La franklinisation, en particulier, constitue un traitement aseptique et d'une application facile, peu douloureuse. Elle rétablit le réflexe de la sécrétion lactée en ne s'adressant qu'à la sensibilité du mamelon et de la peau de la région mammaire. Elle a sur la galvanisation et sur la faradisation l'avantage de concentrer sous forme de souffle et d'aigrette un champ général d'action sans contact direct (2).

Le salicylate de soude contre les furoncles et les anthrax.

Le docteur Trocinow a obtenu de bons résultats en les recouvrant d'une couche de salicylate de soude et en mettant par-dessus le tout une compresse boriquée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 NOVEMBRE 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 13 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Kirmisson, Rémy et Poirier.

(1) *Monats. f. prak. Dermat*,, 1899, et *Bull. gén. de thérap.*
(2) Th. de Lille, 1899, et *Nord méd.*

1er de chirurgien-dentiste, *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Sébileau et Launois ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delbet et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Legueu ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 14 NOVEMBRE, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Farabeuf, Quénu et Gley ; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Brun et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Charrin et Thoinot ; — (2e série) : MM. Proust, Ballet et Achard ; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 15 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Lejars et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Broca (André) et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Delbet et Lepage ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gilles de la Tourette ; — M. André, suppléant.

JEUDI 16 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Launois.

4e : MM. Proust, Chassevant et Vaquez ; — M. Weiss, suppléant.

VENDREDI 17 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

4e : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Delbet et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Teissier ; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 18 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (2e partie), *Faculté, salle n° 1*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Retterer et Langlois.

3e (2e partie), *Laboratoire d'anatomie pathologique* ; MM. Cornil, Ménétrier et Hanriot ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (2e partie, 1re série), *Charité* : MM. Debove, Ballet et Thiroloix ; (2e série) : MM. Hutinel, Roger et Marfan ; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Mme Huchard, mère de notre éminent confrère et ami. Nous lui adressons l'assurance de notre respectueuse et très vive sympathie.

Concours de l'internat (séances du 4 novembre). — *Anatomie* : MM. Detot, 11 ; — Beauvy et Guénot, 9 ; — Lafoy, 8 ; — Berthier (Paul), 7 ; — Bloch (Maurice), 6 ; — Cauchois, 5.

Pathologie : MM. Trémollières, 13 ; — Sébilleau, 12 ; — Bloch (Paul), 11 ; — Autefage, 10 ; — Guimbal, 9 ; — Beaufumé, 8.

La prochaine séance de pathologie a lieu mardi 7 novembre, à quatre heures et demie du soir, à l'hôpital Beaujon.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Les candidats inscrits au concours de l'externat étaient au nombre de 154 et 112 ont concouru jusqu'à la fin. Voici le classement des 60 candidats reçus :

MM. Rome, Duroux, Pélicand, Jouffray, Leriche, Chabanon, Faure (Léon), Coste, Hermabessière, Plantier, Renaudin, Nordmann, Magnien, Loup (Maxime), Gallavardin, Ploton, Martin, Patricot, Bonnefoy, Cignier, Jacod, Cousin, Dufaure, Corneloup, Pégeot, Sabatier, Berthier, Fontanille, Clergier, Bonfis (Albert), Chevalier, Bérard, Boutry, Cotte, Tegnel, Jaubert, Audier, Dupin, Bourret, Dautheville, Guillot, Faure (Augustin), Schirk, Gagneux, Ferrad, James, Musy (Gaston), Arnaud, Grobon, Guiramand, Boussuge, Allemand, Jarricot, Petitjean, Mlle Matoussevich, Mlle Lembert, MM. Janerot, Pourtoy, Raybaud, Gentil.

Lille. — A la suite du concours ont été nommés internes titulaires : MM. Bonnefoy, Lesne, Duvivier, Brassart, Bournoville ; internes provisoires : MM. Paucot, Chancel.

Rouen. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Payenneville, Henrion, Duménil. — Interne provisoire : M. Simon.

Question orale : « Prostate ; Diagnostic des rétentions d'urine. »

Question écrite : « Lobule pulmonaire ; cavernes pulmonaires : signes et diagnostic. »

Nominations. — M. le docteur Frédéric Heim, agrégé, est nommé directeur du service scientifique de l'Office national du commerce extérieur.

M. le docteur Hantraye (d'Avranches) vient d'être promu au grade d'officier dans l'ordre du Mérite agricole.

Société de neurologie de Paris. — La prochaine séance de la Société de neurologie aura lieu le jeudi 9 novembre prochain, à dix heures du matin, à l'École de médecine, salle des thèses, n° 2.

Ordre du jour. — 1° MM. Dufour et Dide : Tuberculine, tuberculose et encéphalopathies délirantes. — 2° M. Paul Londe : Sur les troubles moteurs du goitre exophtalmique (théorie de l'hyptomie). — 3° M. Robinson : Un cas de surdité verbale mentale. — 4° M. Pierre Marie : Déformations thoraciques dans la syringomélie. (Présentation de malades.) — 5° M. Joffroy : Sur un traitement de la morphinomanie. — 6° M. Chipault : Balle dans le corps calleux ; état de mal épileptique ; hémiplégie. Trépanation, guérison. Paraplégie pottique avec grosse gibbosité. Réductions et ligatures apophysaires ; guérison. (Présentation de malades.)

Conférences d'internat. — MM. Babonneix, Dambrin, Delherm, Géraud, Grenet et Jeannin commenceront une conférence d'internat à la Pitié (amphithéâtre Jaccoud) le samedi 18 novembre à deux heures, et la continueront les samedis suivants.

Laryngologie, rhinologie et otologie. — M. le docteur Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra ses leçons, à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le mardi 14 novembre 1899, à trois heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

Des exercices pratiques auront lieu sous la direction de M. le docteur Castex, assisté de MM. les docteurs Collinet, Chaillous et Rabé, anciens internes des hôpitaux.

Examen et traitement des malades tous les jours, de trois à cinq heures.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à trois heures.

Conférences de déontologie médicale. — MM. les docteurs P. Le Gendre et G. Lepage commenceront le lundi 6 novembre, à neuf heures du soir, des conférences de déontologie médicale à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ces conférences gratuites auront lieu les lundis 6, 13, 20 et 27 novembre à la même heure. Ne seront admis que les étudiants en médecine sur la présentation de leur carte.

Maladies des yeux. — M. le docteur Vignes reprendra à sa clinique, 18, rue Dauphine, ses conférences d'ophtalmologie le mardi 14 novembre à trois heures et les continuera les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Calès (de Bordeaux), Bodeau (de Niort), Hervé de Castel, médecin principal de la marine en retraite ; Dubus (de la Bassée), A. Lethiais (d'Auffran), Maincourt (de Rue), Outin (de Santa-Fé, République Argentine), Robinet, conservateur du Musée Carnavalet ; et de M. Benoist, externe des hôpitaux, qui vient de succomber à la fièvre typhoïde, à l'âge de vingt-quatre ans.

Aide-mémoire du médecin militaire (service de santé en campagne), par le docteur G. SALLE, médecin-major de première classe. Un vol. in-18 de XVI-512 p. — Prix : 7 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Les actualités médicales : la gastrostomie, par le docteur BRAQUEHAYE, professeur à la Faculté de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital de Tunis. Un vol. in-16 de 96 p. et fig., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 9 NOVEMBRE 1899. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE........ 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(8 NOVEMBRE 1899)

Cette séance a été consacrée presque tout entière à des rapports de prix : M. Delorme a lu le rapport sur le **prix Laborie**; M. Monod a analysé les mémoires adressés pour le **prix d'Argenteuil**; M. Landouzy a fait un rapport sur les ouvrages pour le **prix Monbinne**; M. Roux pour le **prix Audiffred** et M. Gariel pour le **prix Buignet**. Tous les travaux qui concourent pour ce dernier prix traitent de la radiographie.

M. Chiaïs de (de Menton) a fait une communication sur les **variations quantitatives et qualitatives de la vapeur d'eau dans l'atmosphère et leur rapport avec les variations de la mortalité.**

La proportion optima de vapeur d'eau dans l'air se trouve entre 5 et 12 grammes de vapeur d'eau par mètre cube d'air, correspondant à 5 à 12 millimètres de tension de vapeur.

Quand l'air est très sec, et que la vapeur d'eau tombe au-dessous de 5 gr. par m. c., la mortalité augmente du fait des maladies congestives des voies respiratoires et des affections du cœur. Dans le cas contraire, au-dessus de 12 gr. par m. c., la mortalité augmente du fait des maladies aiguës des voies intestinales et surtout l'athrepsie.

La séance s'est terminée par la lecture d'un travail de M. Kœnig sur une variété non encore décrite de **complications orbitaires provenant de l'inflammation des cellules ethmoïdales.**

La symptomatologie de cette affection a une certaine analogie avec l'empyème des sinus, mais en diffère par d'autres signes :

Tuméfaction des paupières qui se résorbe assez vite : tumeur occupant l'angle supéro-interne de l'orbite, rénitente, sans fluctuation, irréductible. Elle se traduit dans la suite par une petite saillie osseuse. Il n'y a pas de suppuration. L'incision donne lieu à une petite quantité de sang. Il s'agit d'une ostéo-périostite hypertrophique en rapport avec une inflammation des cellules ethmoïdales antérieures, qui se transmet par les voies de communication établies par les dispositions anatomiques de la région.

Au contraire de l'empyème des tissus, le pronostic est bénin; aucune complication n'est à craindre. Le traitement général sous forme de frictions et l'administration de l'iode donnent de bons résultats.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur A. PONCET.

De la résection précoce dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou.

Par M. Xavier DELORE,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Nous ne reprendrons pas ici l'historique du traitement des arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou. En raison de leur gravité bien connue, il est généralement admis qu'on n'arrêtera pas leur évolution par une simple immobilisation avec révulsion, par une ponction articulaire avec ou sans injection modificatrice. Il faut leur opposer des moyens plus actifs, véritablement chirurgicaux. On a proposé : l'arthrotomie avec drainage et lavage articulaires (Jalaguier); la synovectomie et l'arthrectomie (Albertin); enfin, la résection du genou (A. Poncet). L'amputation de cuisse est une intervention parfois nécessaire : mais alors les désordres sont tels que les méthodes conservatrices seraient fatalement frappées d'impuissance. Ainsi, cette amputation ne saurait être mise en parallèle avec les autres méthodes qui recherchent la conservation du membre.

Nous discuterons ici les avantages, les inconvénients de chacune de ces opérations : arthrotomie, synovectomie, résection. Nous mettrons en relief l'utilité de la résection précoce.

L'*arthrotomie du genou* est devenue, depuis le plaidoyer de Jalaguier, l'intervention classique. Dès que l'arthrite s'est

caractérisée par ses phénomènes articulaires bien connus, et par l'élévation de la température, le chirurgien pratique la taille articulaire, au moyen des deux incisions antérieures, auxquelles il ajoute les contre-ouvertures latérales déclives, et parfois même l'établissement d'un drainage poplité.

Cette conduite, qui réalisait la première idée du drainage articulaire, constituait un réel progrès, à cette époque où ses indications se substituaient à celles de la ponction articulaire. Elle établissait alors une heureuse transition entre le traitement insuffisant, la ponction, et les méthodes vraiment chirurgicales. Aujourd'hui encore, l'arthrotomie, qui est une opération simple et bénigne, rendrait des services incontestables au praticien que n'effrayeraient pas l'anesthésie et le bistouri.

Malgré ces avantages, l'arthrotomie reste une méthode inefficace, sauf dans les cas exceptionnels caractérisés par une bénignité d'allures spéciales. C'est qu'elle ne remplit pas, en effet, toutes les conditions d'un drainage articulaire parfait, quels que soient les lignes d'incision et le siège des contre-ouvertures : l'interligne du genou reste serré, les os et les cartilages semi-lunaires sont toujours en contact. Aussi les drains que l'on insinue dans les replis articulaires et, à plus forte raison, entre les os, ne jouent-ils pas et s'oblitèrent-ils rapidement. Il en résulte une stagnation plus ou moins accentuée du pus dans les recoins de la synoviale, notamment autour des ménisques et dans les régions déclives postérieures. Retenu dans cette cavité articulaire qui a des rapports si intimes avec le système lymphatique, le liquide septique, en quelque petite quantité qu'il y soit, entraîne rapidement des accidents de la plus haute gravité, des fusées purulentes dans les muscles de la cuisse et de la jambe, et trop souvent la septicémie généralisée.

En faveur de l'arthrotomie, on rapporte des statistiques : celle de Jalaguier réunit 39 cas, avec 36 guérisons et 3 morts seulement. Mais ne serait-ce pas l'illusion brillante de la statistique? Au reste, cet argument ne présente pas la valeur d'une longue expérience qui s'appuie sur de nombreux cas traités par les différentes méthodes. Or, cette expérience a démontré à notre maître, M. le professeur Poncet, que l'arthrotomie était bien loin de fournir d'aussi brillants résultats, elle est manifestement inefficace. Nul ne contestera la valeur d'une telle opinion. Dernièrement encore, nous pouvions observer presque simultanément trois malades atteints d'arthrite infectieuse du genou, d'origine traumatique; ils furent traités par l'arthrotomie, et tous trois succombèrent. Chez l'un d'eux, jeune homme robuste de vingt ans, la taille articulaire avec lavage et drainage, pratiquée vingt-quatre heures après une plaie pénétrante produite par une fourche souillée de fumier, n'arrêta nullement la marche des accidents.

La résection, puis l'amputation trop tardives, la première au vingtième jour et la seconde au trente-cinquième jour, n'empêchèrent pas l'issue fatale qui survint au quarante-quatrième jour, avec abcès métastatiques dans les articulations du coude et de l'épaule. Pendant la résection, nous constatâmes la présence de liquide purulent dans la jointure, qui avait été, cependant, largement drainée et lavée. Le malade, malgré l'arthrotomie, présentait, du reste, une température variant de 39 à 40 degrés, lorsqu'on pratiqua la seconde intervention.

Le lavage articulaire, après l'ouverture de l'article, enlève momentanément les liquides septiques; mais le courant balaye-t-il parfaitement toutes les anfractuosités? Admettons cependant que toute trace de pus ait disparu. Bientôt les liquides n'en seront pas moins reformés, ils stagneront de nouveau, si le drainage ne les entraîne pas au fur et à mesure de leur production. Pour résumer, l'arthrotomie est le plus souvent inefficace, malgré les lavages articulaires, parce qu'elle constitue un drainage imparfait.

Comme avantage de cette dernière intervention, on invoque enfin un argument d'un ordre différent. La mobilité articulaire serait recouvrée dans la moitié des cas de guérison. En présence d'une situation grave, cette considération ne saurait malheureusement pas être mise en parallèle avec la question de vie ou de mort, elle doit être reléguée au second plan. « Avant de sauver la fonction gravement compromise, il faut assurer le salut du blessé. »

La *synovectomie* (Thèse de Tallet, Lyon 1896) présente une supériorité réelle sur l'arthrotomie. Le chirurgien enlève, en effet, les tissus infectés et tout particulièrement la synoviale, il inspecte tous les recoins qui pourraient être le siège de la rétention ou le point de départ de fusées purulentes. Le principal avantage consiste, à n'en pas douter, dans les larges incisions qui découvrent l'articulation tout entière, permettent de balayer aussitôt les produits septiques, et d'établir pour l'avenir des contre-ouvertures déclives. Bien que la synovectomie remplisse ces conditions importantes de succès (succès d'Albertin), elle est cependant inférieure à la résection. Après l'extension du genou, les surfaces osseuses reviennent au contact; entre et tout autour de ces extrémités articulaires, les drains sont serrés et n'évacuent plus les espaces tout prêts pour la rétention. Si la synovectomie offre les avantages immédiats de la résection, par ses larges incisions, elle présente aussi pour le drainage futur les mêmes défauts, à peu de chose près, que l'arthrotomie.

Dans l'*arthrectomie*, l'ablation de la synoviale est complétée par l'abrasion des cartilages articulaires et d'une certaine longueur des extrémités osseuses. Dès lors, il existe un léger espace entre ces os, le drainage interosseux devient possible. Les avantages de cette opération sont analogues à ceux de la résection. Qu'on enlève des parcelles osseuses avec le couteau ou bien avec la scie, il faut avant tout, pour assurer le salut du blessé, en abraser une longueur suffisante, afin que les drains n'y soient pas comprimés.

Une arthrectomie assez large constituera, par conséquent, une excellente intervention ; ce sera une résection déguisée. Une arthrectomie trop parcimonieuse resterait inefficace au même titre que la synovectomie.

En somme, toutes les opérations précédentes ont pour but la désinfection et le drainage articulaires. La simple arthrotomie remplit ces indications avec le minimum de frais; insuffisante souvent, elle s'adjoint le lavage articulaire qui réalise, au moins momentanément, l'antisepsie de l'article.

Malgré tout, une certaine quantité de pus est retenue dans les replis de la synoviale. Quelques opérateurs préfèrent ainsi pratiquer une toilette plus énergique grâce à la synovectomie. Toutefois, les os sont atteints, le drainage reste incomplet parce que les extrémités articulaires sont rapprochées; nous aboutissons à l'arthrectomie, et enfin à la *résection* qui représente, comme on l'a dit justement, « la plus haute expression du drainage articulaire. »

Chaque méthode a donné des succès ; car les arthrites traumatiques du genou possèdent, on le comprend, une échelle de gravité, depuis les formes bénignes jusqu'aux formes graves, mortelles. Ce qu'il importe de savoir, c'est qu'il serait téméraire de porter d'emblée un pronostic bénin. L'expérience clinique a démontré (M. Poncet) qu'on risque d'être, la plupart du temps, impuissant si l'on n'applique pas rapidement une thérapeutique énergique. Il serait, d'autre part, dangereux d'essayer, successivement sur le même blessé, l'arthrectomie, la synovectomie, la résection. Le résultat n'aboutirait que trop souvent à l'amputation ou à la mort (notre cas). Pour conserver le membre et la vie de l'individu, la meilleure méthode de traitement des arthrites infectieuses par plaie pénétrante du genou doit consister dans la *résection précoce du genou*.

M. le professeur Poncet a insisté, à plusieurs reprises,

sur ses indications. Son élève Lagoutte (*Gaz. hebd.*, 1892) a rapporté deux observations suivies de succès. Le mode d'action de cette intervention, ses effets sont bien connus. La résection agit, non par l'extirpation plus ou moins étendue des tissus infectés, mais surtout, presque exclusivement, par la constitution d'un drainage efficace, entre les surfaces osseuses désormais séparées par une perte de substance.

Comment et à quelle époque devra-t-on pratiquer cette résection?

Comme il s'agit de désinfecter et de drainer le genou, le chirurgien préférera, d'ordinaire, les incisions qui fournissent un large accès sur l'interligne. Sans vouloir établir des règles précises à ce sujet, nous dirons que l'incision en H de Moreau, usitée en général pour la résection du genou, réalise bien les conditions : l'accès est large, et l'opération rapidement terminée. Il est superflu d'ajouter qu'on exécutera d'emblée les contre-ouvertures ordinaires : les deux incisions postérieure et latérale (l'une en avant du biceps, l'autre entre les muscles de la patte d'oie), l'incision du cul-de-sac sous-tricipital. L'incision du creux poplité complétera avec avantage l'action des autres ouvertures de décharge. On lui a reproché les ulcérations de l'artère poplitée, au contact des drains (Berger). Mais on évitera cet accident en conduisant l'incision entre les deux branches de bifurcation du grand nerf sciatique, en la rapprochant, autant qu'on le désirera, du nerf poplité externe. Le tube de caoutchouc, placé ainsi loin du contact des vaisseaux, ne peut favoriser l'ulcération; il la préviendra, au contraire, puisqu'il tarit les fusées purulentes péri-vasculaires, qui sont la principale cause de cet accident (Monod).

La résection osseuse possédera une longueur variable. Il est inutile pour le drainage, et il serait nuisible pour l'avenir du membre, de l'exécuter trop étendue. Elle doit, toutefois, être assez large, afin que les drains ne soient pas comprimés entre les surfaces réséquées. Chez l'adulte, une abrasion de trois centimètres est généralement suffisante; elle attaquera surtout les condyles fémoraux qui forment une saillie plus accentuée dans la synoviale que les condyles du tibia. Chez l'enfant, la résection, pratiquée au couteau ostéotome, sera beaucoup moins étendue, et ménagera toujours les cartilages de conjugaison. A cet âge, du reste, la cavité articulaire a des dimensions réduites. Des drains, d'un calibre plus mince, réalisent alors un drainage efficace; il n'est donc pas nécessaire de pratiquer une grande brèche interosseuse pour les insinuer.

L'opération terminée, on assurera l'écoulement des liquides par plusieurs drains, dont le volume sera tel qu'ils ne pourront être oblitérés par les caillots. Quelques points de suture réuniront les deux extrémités du ligament rotulien. Quant aux autres incisions, elles doivent être maintenues largement ouvertes, au moyen de gaze iodoformée qu'on tassera lâchement autour des drains. Il serait dangereux de les suturer; car elles constituent, au même titre que celles de l'arthrotomie, une voie d'écoulement qui, pour n'être pas déclive, n'en est pas moins fort utile. Il faut enfin conserver l'écartement osseux, qui est le but de l'intervention.

On *ne réunira donc pas les os par la suture;* on les maintiendra, au contraire, à distance, pendant l'application de l'appareil plâtré, de telle sorte que les liquides n'aient aucune tendance à rester dans leur interstice, et que les drains ne soient pas serrés. La suture osseuse, pratiquée dans de semblables conditions, serait une faute opératoire; cette manœuvre détruirait, en effet, l'un des effets de la résection, le drainage interosseux.

Le membre tout entier est enfin immobilisé dans une gouttière plâtrée, et abandonné au repos le plus absolu, jusqu'à la disparition des phénomènes inflammatoires. Les pansements seront aussi rares que possible : car s'ils sont nécessaires pour assurer l'écoulement, ils sont aussi nuisibles parce qu'ils mobilisent un foyer enflammé. Lorsque tout danger paraîtra définitivement conjuré, et seulement à cette époque, le chirurgien retire les drains, et rapproche les os. Cette conduite suffit à obtenir, dans tous les cas, une consolidation dans la position de choix, l'extension du genou, si l'on a soin de guider cette consolidation par des appareils plâtrés, soigneusement appliqués et rigoureusement surveillés. Il n'est pas besoin de démontrer cette proposition : que le résultat orthopédique, après une résection du genou, ne dépend pas de la suture osseuse; la pratique d'un grand nombre de chirurgiens éminents a été justifiée par leurs résultats.

Les résultats de la résection du genou, dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou, sont bons, lorsque cette intervention est exécutée de bonne heure. Lagoutte a publié, il y a quelques années, deux cas de guérison. Dans notre observation, la mort doit être attribuée au retard de la résection, exécutée le vingt et unième jour seulement. Ce n'est pas, en effet, une résection tardive qui peut conjurer les phénomènes de la septicémie généralisée, mais seulement la *résection précoce*.

Lorsqu'un blessé est atteint de plaie pénétrante du genou, il faut le considérer comme un infecté. L'immobilisation immédiate est de rigueur; on pratique aussi l'arthrotomie préventive et le lavage articulaire. Des signes locaux, des symptômes généraux s'installent-ils, malgré l'arthrotomie pratiquée au premier ou second jour? Le chirurgien aura recours aussitôt à la résection.

Dans les cas fréquents où le blessé n'est observé que quelques jours après l'accident, les signes d'arthrite déclarée, quelle qu'en soit la bénignité apparente, indiquent la nécessité urgente d'une thérapeutique plus active. Nous conseillons la *résection précoce*, *primitive*. Il est démontré par l'expérience que, dans ces conditions, la taille articulaire est insuffisante, incapable de sauver le malade menacé de la septicémie. La résection est le seul procédé qui puisse conjurer le sacrifice du membre, et trop souvent la mort de l'individu.

En résumé, dès qu'une plaie articulaire du genou s'accompagne des phénomènes de l'arthrite infectieuse, nous préconisons la résection du genou, avant l'essai de tout autre traitement chirurgical. Les autres interventions n'auraient d'autre effet que celui de faire perdre un temps trop précieux, sans aucun bénéfice appréciable pour la fonction ultérieure du membre.

LA SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE

L'affection que M. Pierre Marie a décrite sous le nom de *spondylose rhizomélique* est caractérisée essentiellement par une *ankylose de la colonne vertébrale* (σπονδύλος, vertèbre) *et des articulations de la racine des membres* (ῥίζα, racine; μέλος, membre), les petites articulations demeurant intactes. Sous l'inspiration directe de M. P. Marie, M. André Léri réunit, dans la *Revue de médecine* (août, septembre et octobre 1899), les quatorze ou quinze cas qui ont été publiés en France et à l'étranger depuis les communications de M. P. Marie (Soc. méd., 11 février 1898, et *Revue de médecine*, avril 1898). M. A. Léri y ajoute deux nouvelles observations prises dans le service de Bicêtre et quelques observations trouvées éparses dans la littérature anatomique sous des étiquettes diverses. Soit en tout trente-deux ou trente-trois cas aujourd'hui connus, qui lui permettent de préciser quelques points de la symptomatologie et de l'étiologie de l'affection nouvelle : ce nombre si rapidement croissant prouve, à lui seul, la *fréquence relative* d'une affection ou tout au moins d'un

syndrome qu'on considérait jusqu'ici comme excessivement rare parce qu'il n'avait pas été suffisamment isolé et décrit.

L'une des observations personnelles de ce mémoire est surtout intéressante en ce que, se rapportant à un malade dont les lésions étaient extrêmement avancées, elle fut *la première suivie d'autopsie.*

L'autopsie a montré, comme lésion capitale et dominante, au niveau de la colonne vertébrale tout au moins, une OSSIFICATION DES LIGAMENTS, ossification qui se fait sur place, car on retrouve, dans l'os nouveau, les traces et la direction des fibres directement ossifiées. Il y a très peu de proliférations osseuses, peu ou pas de tubérosités anormales, la forme générale seule du rachis est modifiée, la forme de chaque vertèbre est conservée; cependant il existe incontestablement un certain degré d'*hypertrophie des extrémités articulaires des vertèbres :* il semble que, préalablement engainées dans un manchon ligamenteux précocement ossifié, les extrémités articulaires se rapprochent progressivement et finissent par se souder complètement. Les coupes faites sur les articulations ainsi soudées montrent la continuité directe du tissu spongieux d'un os à l'autre dans une gaine de tissu compact, il n'existe plus véritablement qu'un seul os continu.

De plus l'ossification n'est pas partout uniforme et régulière et, pour le rachis qui a servi d'étude du moins, les premiers ligaments ossifiés paraissent être surtout *ceux qui occupent la convexité des courbures.* Ce rachis présente, en effet, une cyphose dorsale extrêmement prononcée, la colonne cervico-dorsale qui est horizontale formant un angle droit avec la dorso-lombaire restée verticale; par compensation la lordose lombaire physiologique a presque disparu, mais la tête redressée a accentué la lordose cervicale. Cette colonne est *absolument immobile* du haut en bas, mais les parties soudées sont variables selon les niveaux, seules les apophyses articulaires sont toutes absolument soudées; les corps vertébraux, au contraire, ne sont unis qu'en avant au niveau des lordoses cervicale et lombaire et un peu en arrière au niveau de la cyphose dorsale; cette union se fait par l'ossification des disques qui forment même en avant, à la région lombaire, des tubérosités lisses, peu volumineuses, simples ossifications en saillie marquant comme l'exagération de l'ossification sur place que l'on retrouve partout ailleurs; ces ossifications ne sont nullement adhérentes au ligament vertébral commun antérieur qui paraît *indemne* dans toute sa hauteur : or ces mêmes disques lombaires sont en arrière remarquablement intacts et séparent les vertèbres comme à l'état normal. L'axis est uni à l'atlas et l'atlas à l'occipital. Les lames vertébrales sont unies par *ossification des ligaments jaunes*, totalement au cou où elles ne forment plus qu'une lame unique, partiellement au dos où l'on surprend l'ossification qui se fait manifestement *du dehors vers le canal rachidien* et de préférence de l'apophyse articulaire vers l'apophyse épineuse : quelques fibres ne sont pas encore ossifiées dans toute leur longueur et l'on peut suivre la *transformation osseuse progressive d'une fibre ligamenteuse.* Les apophyses épineuses tendent à s'unir par leur extrémité allongée. Enfin les côtes sont unies aux vertèbres : 1° au niveau de leur corps par ossification des faisceaux supérieur et inférieur du ligament rayonné costo-vertébral qui unissent la tête de la côte aux corps vertébraux voisins, le faisceau moyen qui l'unit au disque demeurant tout à fait intact; 2° au niveau de leurs apophyses transverses par l'ossification en cylindre des ligaments costo-transversaires. La dimension des trous intervertébraux et du canal rachidien ne sont guère modifiés, le ligament vertébral commun postérieur est intact, les méninges non adhérentes ne montrent aucune trace d'affection inflammatoire et *la moelle épinière est absolument saine.*

A l'appui de cette description, M. Léri rappelle celle toute récente de M. Milian (Soc. anat., 3 février 1899) et rapporte une communication dans laquelle Hiltan Fagge, dès 1876, décrit exactement les lésions retrouvées depuis et donne seul jusqu'ici un compte rendu des lésions de la hanche : elles consistent surtout, comme on pouvait le supposer à priori, en une ossification du manchon ligamenteux périphérique et en un rapprochement des extrémités articulaires hypertrophiées qui ne laissent plus entre elles « qu'une ligne sinueuse de tissu cartilagineux ». Une observation antérieure de M. Lancereaux paraît confirmer en partie ces constatations. Aucune pièce du musée Dupuytren ne reproduit complètement et exclusivement ces lésions, et Hiltan Fagge signale de son côté qu'il a cherché en vain dans les différents musées de Londres une pièce semblable à la sienne. M. Léri joint à son travail des radiographies provenant d'autres malades qui lui paraissent confirmer ses observations nécropsiques.

Une constatation intéressante est celle de la localisation de l'ankylose : localisée à la colonne vertébrale et à la racine des membres, elle n'épargne pas les petites articulations de cette racine des membres comme la *sterno-claviculaire;* de plus elle frappe fréquemment les *genoux* après les hanches, enfin la *temporo-maxillaire* est souvent prise : or, il est à remarquer que les articulations atteintes de préférence en dehors du rachis, épaules, hanches, genoux, sterno-claviculaires et temporo-maxillaires, sont précisément *toutes celles et celles-là seules qui ont un bourrelet ou un ménisque :* ligaments, bourrelets et ménisques, embryologiquement et histologiquement homologues, semblent constituer le tissu primitivement ossifié et si la racine des membres est seule atteinte, c'est peut-être parce que seuls les ligaments de ses articulations sont renforcés par un puissant contrefort, bourrelet ou ménisque : exceptionnellement et tardivement seulement les autres articulations peuvent se souder, le processus ankylosant peut s'étendre, c'est sans doute parce qu'alors les ligaments non renforcés sont assez ossifiés pour suffire à empêcher toute mobilisation des os qu'ils unissent : et de fait les douleurs sont bien moins localisées au rachis et à la racine des membres que les ankyloses, elles peuvent presque atteindre toutes les articulations.

M. Léri a constaté la prédominance ordinaire des douleurs dans les régions non encore complètement ossifiées, la déformation du rachis et des membres variable avec l'attitude du sujet, des aplatissements notables du bassin perceptibles à l'examen clinique et radiographique, la localisation prédominante des ossifications du côté de la convexité des courbures. Il a vu le traitement de quelques déformations réussir sous l'influence de la pesanteur seule et a noté, dans le cas relativement peu avancé de H. Fagge, une malléabilité spéciale des os; il s'est basé sur ces différents faits pour émettre, sous toutes réserves, l'hypothèse pathogénique d'une ostéopathie systématisée primitive, consistant en un ramollissement localisé aux épiphyses, comme la maladie de Paget est localisée aux diaphyses, ostéopathie dont les ankyloses qui constituent la spondylose rhizomélique ne seraient qu'un processus de guérison naturelle par consolidation osseuse.

Dans l'étiologie de l'affection, deux faits sont importants :

le sexe et l'âge. Observée presque uniquement dans le *sexe masculin* (les quelques faits signalés chez la femme sont sujets à controverse), elle frappe surtout l'*adolescence et la première moitié de l'âge adulte*. La cause même de l'affection est encore hypothétique : elle semble cependant variable, *diathésique parfois*, *infectieuse le plus souvent*, blennorragique fréquemment, comme le rhumatisme chronique; l'analyse des urines montre une *diminution notable de l'excrétion des phosphates et des urates* sans doute employés au travail d'ossification.

Au point de vue clinique le début est d'ordinaire marqué par des douleurs parfois généralisées comme un rhumatisme articulaire aigu, plus souvent localisées aux hanches, aux lombes, aux genoux plus rarement, à la région *sacro-coccygienne* très fréquemment : ces douleurs sont paroxystiques, parfois « barométriques » sous l'influence du froid et de l'humidité, exaspérées par la pression et par suite en rapport de siège et d'intensité avec l'attitude habituelle ou momentanée.

L'*ankylose* semble procéder suivant des étapes séparées par des périodes souvent longues de rémission et parfois d'amélioration : d'ordinaire une *période d'ankylose inférieure* atteint successivement et dans un ordre variable les lombes, les hanches, les genoux; les hanches s'immobilisent en demi-flexion plus ou moins complètement et plus ou moins symétriquement, les genoux sont presque toujours relativement peu touchés : c'est une période d'ordinaire très douloureuse à laquelle, après une phase de répit plus ou moins prolongée qui marque souvent l'ankylose progressive et indolente de la colonne dorsale, succède une période d'*ankylose supérieure* également douloureuse atteignant les vertèbres cervicales de bas en haut et plus tard les épaules, celles-ci presque toujours demeurant relativement peu prises. Les côtes sont immobilisées et la respiration devient exclusivement abdominale.

Aux *douleurs articulaires* ou osseuses qui marquent le travail de soudure se joignent souvent des douleurs *sur le trajet des nerfs*, du sciatique en particulier, dues sans doute aux compressions au niveau des trous de conjugaison : on a cependant cité des cas absolument indolents.

L'atrophie musculaire n'est pas plus marquée que dans toute ankylose, mais, très variable de siège et d'intensité, elle relève sans doute parfois aussi d'une compression des racines nerveuses.

L'attitude des sujets est variable et permettrait d'en distinguer deux types, *type d'extension* et *type de flexion*, résultant sans doute de l'attitude habituelle : mais les cas intermédiaires sont nombreux.

Les mouvements varient naturellement avec chaque sujet suivant le siège et le degré des ankyloses.

L'affection est toujours lente, chronique, mais entrecoupée de paroxysmes et de rémissions; son pronostic, mauvais si l'on considère qu'elle est presque fatalement progressive, est adouci si l'on songe qu'elle est essentiellement lente et que, si elle rend les sujets infirmes, elle n'est pas mortelle par elle-même; mais elle peut finir par immobiliser les malades au lit et prédispose aux infections secondaires, et surtout, sans doute de par les déformations thoraciques, aux infections broncho-pulmonaires.

Aucune médication jusqu'ici n'a eu d'effet durable, entre autres l'hydrothérapie sous toutes ses formes et l'électrothérapie. Le massage et la mobilisation forcée surtout, la gymnastique raisonnée et la gymnastique passive, la pendaison quotidienne peu prolongée, l'influence seule de la pesanteur dirigée à l'aide de coussins de façon à rendre aux parties leur direction normale, ont chacune à leur actif un certain nombre de succès, tous relatifs et temporaires. Enfin le *salol*, spécifique des rhumatismes chroniques infectieux, rendrait dans la spondylose de grands services.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les articles 1382 et 1383 du Code civil contiennent une règle générale, celle de l'imputabilité des fautes et de la nécessité de réparer le dommage que l'on a causé. Toute personne, quelle que soit sa situation ou sa profession, est soumise à cette règle, qui ne comporte d'exceptions que celles qui sont formulées nominativement par la loi. Or aucune exception de cette nature n'existe au profit des médecins soit dans les lois de droit commun, soit dans la loi du 19 ventôse qui leur est spécialement destinée. Les médecins sont-ils donc susceptibles d'être condamnés pour une erreur de diagnostic, de pronostic ou de traitement? Telle est l'intéressante question que discute au point de vue juridique M. Allain (1).

Pour lui, la science médicale ne saurait être comparée aux sciences exactes. Ses lois peuvent être modifiées; qu'il s'agisse donc d'une faute professionnelle provenant d'une erreur de diagnostic, de pronostic ou de traitement, le juge ne saurait apporter trop de ménagement dans l'application de l'un de ces articles. Il ne devra pas oublier que la question scientifique lui échappe et que, juge du fait, la seule question qui sera abandonnée à son appréciation sera celle de savoir si le médecin, dans l'acte incriminé, aura agi avec légèreté, négligence, imprudence ou ignorance de ce que tout praticien doit savoir.

L'auteur cite un certain nombre de faits qui montrent que la jurisprudence paraît être constante. Elle est d'ailleurs en parfait accord avec la logique, la doctrine et les textes.

Comme M. Allain, M. Mouzin Lizys étudie la responsabilité professionnelle des médecins (2). Mais au lieu d'une étude sur un point spécial de jurisprudence, c'est une étude très complète et très étendue qu'il entreprend. Après avoir étudié les causes de la crise médicale, les droits et les obligations du médecin, il expose la théorie générale de la responsabilité médicale, en se basant sur un certain nombre de procès médicaux dont il rappelle sommairement les éléments, puis il examine quelques cas particuliers : secret médical, autorisation d'opérer, responsabilité des externes et internes des hôpitaux, rayons X, certificats. Il examine ensuite quelques projets de réformes médicales, notamment le projet Cruppi, dit un mot de la législation adoptée à l'étranger, et conclut que la théorie de l'irresponsabilité absolue en matière médicale ne peut être soutenue; la responsabilité professionnelle existe pour les médecins; le médecin doit être responsable des fautes qu'il commet en tant qu'homme qui s'est voué à la pratique de la médecine, il échappe à toute responsabilité en tant que médecin; il est nécessaire de modifier le mode de recrutement des médecins experts; un corps d'experts compétents constituerait la protection la plus tutélaire de la profession médicale. (*Gaz. hebd.*)

Le médecin peut hériter de sa femme.

D'un jugement du tribunal de Dax, il ressort que l'incapacité de recevoir qui frappe, aux termes de l'article 909 du code civil, le docteur en médecine qui a traité une personne

(1) *La profession médicale et les articles 1382 et 1383 du Code civil*, Th. de Paris, 1899.

(2) *Étude médico-légale sur la responsabilité professionnelle des médecins, chirurgiens, accoucheurs*, Th. de Paris, 1899.

pendant la maladie dont elle est morte, ne s'applique pas au mari, docteur en médecine, qui a donné des soins à sa femme dans la maladie dont elle morte, — alors même que le mari aurait su, en contractant le mariage, que la femme qu'il épousait était de santé délicate et prédisposée, par hérédité, à être emportée par la tuberculose.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur LESNÉ,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

II

EXPÉRIMENTATION. — L'étude d'un microbe est complétée par l'inoculation à l'animal vivant. Beaucoup de bactéries ont un organisme pour ainsi dire spécifique et l'inoculation est un nouveau moyen de les isoler; telle est la bactérie charbonneuse qui, injectée au lapin mélangée à d'autres espèces, entraîne la mort de l'animal par le charbon et seule est retrouvée dans le sang. Le cobaye réagit particulièrement bien au bacille de Koch, la souris au pneumocoque. Ce procédé est de plus employé dans un autre but et l'inoculation aux animaux indique la virulence d'une bactérie ou permet de l'exalter quand elle s'est amoindrie en milieu de culture. Il est aisé de déduire que l'expérimentation peut servir à déterminer pour 1 kilogramme d'animal la dose mortelle d'une toxine microbienne employée au lieu de cultures. Les animaux le plus communément utilisés dans les laboratoires sont le lapin, le cobaye, le rat et la souris; les inoculations sont faites à l'aide d'une seringue stérilisée sous la peau de la racine de la queue du rat et de la souris, sous la peau du flanc du lapin et du cobaye. On doit dans certains cas pousser l'injection dans la cavité péritonéale en saisissant fortement la paroi. Enfin, il est utile dans d'autres conditions de faire l'injection intra-veineuse; la veine auriculaire du lapin s'y prête fort bien. Dans tous les cas l'animal devra être solidement fixé pendant l'expérience. On emploie beaucoup aujourd'hui un procédé qui permet d'avoir une culture riche et virulente, c'est la culture en sac de collodion introduit dans la cavité péritonéale d'un animal. La laparotomie est faite après éthérisation. Les animaux inoculés doivent être isolés pour éviter toute cause de contagion qui pourrait fausser les résultats de l'expérience.

EXAMEN DES BACTÉRIES EN CULTURES. — L'examen des bactéries au microscope présente de sérieuses difficultés vu leur petitesse et leur faible réfringence, aussi est-ce seulement depuis l'emploi des matières colorantes qu'on a pu les étudier, même là où leur présence était discutée ou niée.

On doit cependant toujours commencer l'étude d'une culture par un examen sans coloration qui donne des renseignements utiles sur la mobilité, la forme et les dimensions exactes, tous caractères qui peuvent être modifiés par les manipulations. Pour ce faire, après avoir passé lame et lamelle à l'alcool puis à la flamme, on plonge dans un tube de culture l'anse de platine préalablement rougie, on dépose sur la lame la gouttelette ainsi recueillie et on la recouvre de la lamelle. S'il s'agit de culture sur milieu solide, on délaie la colonie prélevée de la même façon, dans une gouttelette de liquide stérile, eau distillée ou bouillon, préalablement déposée sur la lame. On peut alors à l'aide d'un fort grossissement, avec diaphragme rétréci, étudier la bactérie vivante et en exposant la préparation dans la chambre humide, prolonger cet examen assez longtemps. Mais si cet examen est utile, il est souvent insuffisant et il est nécessaire ensuite de teinter les bactéries pour les rendre plus apparentes. Avant de colorer une préparation on doit la fixer, et pour cela on la sèche d'abord à l'air libre ou à la poire, puis on passe trois fois la lame dans la partie supérieure d'une flamme de bec Bunsen, la préparation regardant en haut. La substance colorante peut alors être employée soit immédiatement, soit longtemps après.

Les colorants sont multiples, les plus usités sont les couleurs basiques d'aniline ou colorants nucléaires. Les solutions aqueuses se conservent mal et cultivent, les solutions alcooliques colorent d'une facon trop intense et trop uniforme. La solution la plus communément employée est la suivante :

Violet de méthyle 5 B, ou violet de gentiane ou une autre couleur basique d'aniline..	1 gramme.
Alcool à 90 degrés...........	10 cent. cubes.

A ajouter dans

Eau d'aniline filtrée..........	100 grammes.

L'eau d'aniline est ainsi composée :

Eau distillée.................	100 grammes.
Huile d'aniline.............	5 —
Alcool......................	7 —

On peut aussi colorer au bleu de Kühne ainsi composé :

Bleu de méthylène..........	1 gramme.
Alcool à 90 degrés..........	10 cent. cubes.

A ajouter dans 100 grammes d'eau phéniquée de 1 à 5 p. 100.

La thionine phéniquée est un excellent colorant, elle a même formule que le bleu de Kühne.

Le rouge de Ziehl est surtout employé pour le bacille de la tuberculose; pour le préparer on remplace dans la formule précédente le bleu de méthylène par 25 à 50 centigrammes de fuschine. Les colorants microbiens sont très nombreux, et parmi les plus usités, signalons encore le bleu de Roux et le bleu de Lœfler.

Quelle que soit la substance employée, la laisser pendant dix à quinze secondes au contact de la préparation puis laver à grande eau jusqu'à ce que l'eau de lavage ne soit plus colorée, faire alors glisser la lamelle sur la lame pour éviter les bulles d'air et essuyer en fixant la lamelle avec le pouce de la main gauche. Il suffit en général de colorer à froid, mais si l'on désire augmenter la puissance du colorant, chauffer la préparation au-dessus de la lampe ou sur le platine jusqu'à dégagement de vapeurs.

On doit dans certains cas employer des décolorants plus puissants que l'eau, ce sont l'alcool, l'acide acétique dilué à 1 ou 2 p. 100, les acides minéraux à 3 à 10 p. 100, l'huile d'aniline. Très souvent on se sert en bactériologie de la solution décolorante iodo-iodurée ou solution de Gram, ainsi composée :

Iode..........................	1 gramme.
K. I..........................	2 —
Eau...........................	300 —

La liqueur de Gram ne décolore que certains microbes, et une division importante dans la classification des bactéries est basée sur cette réaction, les unes restent colorées ou prennent le Gram, les autres se décolorent, ne prennent pas le Gram.

---

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138.

Pour conserver une préparation après coloration, la sécher au papier à filtrer, puis y déposer une goutte de baume de Canada avant de la recouvrir de sa lamelle.

Coloration des spores. — Les spores se présentent sous forme de granulations claires, très brillantes à l'intérieur ou aux extrémités des bactéries. Elles se colorent et se décolorent beaucoup plus difficilement que les bactéries; c'est sur cette propriété que repose la méthode de coloration qu'on leur applique. Après avoir fixé la préparation, on la colore à chaud pendant vingt minutes au rouge de Ziehl, on décolore ensuite pendant une minute dans l'acide nitrique à 5 p. 100, on lave à l'eau et on colore au bleu de Kühne pendant deux minutes les microbes décolorés, puis on sèche et on monte au baume.

Coloration des cils ou flagella. — Plusieurs méthodes dont la plus employée est celle de Lœffler. On étale sur une lame une goutte d'une culture très diluée de bacille d'Eberth ou de bacterium coli, on sèche à la flamme, puis on emploie un mordant composé de 10 centimètres cubes d'une solution :

Tannin	20 grammes.
Eau	80 —

à laquelle on ajoute :

Solution saturée de sulfate de fer	5 cent. cubes.
Solution saturée alcoolique de fuschine	1 —

La préparation recouverte d'une couche de mordant est maintenue pendant une minute ou une minute et demie à une distance suffisante de la flamme pour que le liquide fume faiblement. Ensuite lavage à l'eau et à l'alcool absolu, puis nouveau mordançage et cela deux à trois fois, enfin coloration à chaud avec le rouge de Ziehl, lavage, et la préparation est prête.

Examen des bactéries en liquide pathologique. — Quand il s'agit d'examiner du pus, du sang ou des crachats, on recueille ces liquides aussi proprement que possible dans une pipette, une seringue de Pravaz on un verre de montre stérilisés après avoir pris, s'il faut traverser les tissus, les précautions que nous avons indiquées plus haut, puis on en dépose, sur lame ou lamelle passée à l'alcool et flambée, une goutte grosse comme une tête d'épingle. La gouttelette est alors étalée avec le fil de platine préalablement rougi à la flamme ou mieux écrasée avec une autre lamelle, puis lames ou lamelles accolées sont séparées par simple glissement. Ainsi sont constituées deux préparations qui, après dessiccation complète à l'air, à la poire ou dans l'étuve, sont fixées par deux ou trois passages au-dessus de la flamme. S'il s'agit de sang, la préparation sera fixée dans le mélange à parties égales, éther et alcool absolu. On peut alors colorer au violet de gentiane comme si l'examen portait sur une culture ; mais ici la décoloration par lavage à l'eau est en général insuffisante, car les éléments constitutifs du liquide, très colorés, gênent pour la recherche des bactéries, aussi décolore-t-on légèrement à l'alcool. Après ce premier examen avec coloration simple où toutes les bactéries sont uniformément colorées, il faudra appliquer à l'autre préparation la méthode de Gram qui, décolorant certaines espèces microbiennes, permet un diagnostic bactériologique. Cette manipulation est indispensable quand on étudie du pus ou des crachats liquides, dans lesquels la flore microbienne est parfois très complexe. Pour ce faire, mettre directement au contact de la préparation pendant une à deux minutes la liqueur de Gram aussitôt après la coloration au violet, sans lavage ; la matière colorante se trouve ainsi fixée sur certains microbes, et un lavage à l'alcool enlève la matière colorante non fixée sur les autres éléments, ce lavage doit être prolongé tant que l'alcool de lavage est coloré. On peut alors monter au baume la préparation séchée. Mais la liqueur de Gram décolorant les éléments figurés du liquide examiné, si les bactéries sont peu nombreuses, la mise au point devient difficile, aussi l'examen est-il simplifié en ajoutant à la manipulation la coloration rapide du fond avec quelques gouttes d'une solution aqueuse d'éosine.

Parfois l'alcool après le Gram ne décolore pas suffisamment, on emploie alors avec avantage l'huile d'aniline qui en même temps déshydrate. C'est la méthode Gram-Weigert-éosine qui comprend donc les temps suivants :

1° Violet.
2° Gram.
3° Eosine.
4° Alcool.
5° Huile d'aniline goutte à goutte jusqu'à ce qu'elle ne soit plus teintée en violet.
6° Montage au baume.

Cette méthode a l'avantage de s'appliquer à l'examen bactériologique de tous les liquides de l'organisme à l'exclusion cependant de ceux contenant du bacille de Koch, où la coloration du microbe se fait au rouge de Ziehl, à chaud ; la décoloration des autres germes et des éléments figurés à l'acide nitrique au tiers, et leur recoloration au bleu de méthylène. (Nous reviendrons du reste sur ce cas particulier en étudiant le bacille de la tuberculose.)

Ces résultats une fois consignés, on cherchera à déterminer et à isoler les variétés microbiennes contenues dans le liquide à examiner, et pour cela on ensemencera ce liquide en différents milieux, en ayant soin d'ensemencer en stries sur plusieurs tubes contenant un milieu solide sans recharger le fil de platine comme nous l'avons déjà indiqué. Le ou les derniers tubes ensemencés contiendront ainsi assez peu de colonies faciles à différiencier.

Une fois les différentes espèces isolées on pourra mesurer leur degré de virulence par l'inoculation aux animaux. Parfois lorsque l'examen direct du liquide pathologique révèle, comme prédominante, une bactérie que l'on sait nocive pour tel animal, on inocule directement le liquide recueilli aussi aseptiquement que possible et l'expérience, en même temps qu'elle confirme le diagnostic bactériologique, indique la virulence du microbe ; l'injection sous-cutanée de crachats de pneumoniques à la souris, l'inoculation intra-péritonéale de crachats de tuberculeux au cobaye en sont des exemples. Ce procédé d'inoculation directe s'applique aussi à des cas où le liquide contient trop peu de bactéries pour que l'examen microscopique ou l'ensemencement donnent un résultat positif, c'est ainsi que le cobaye est le seul réactif pouvant démontrer la nature tuberculeuse de certains épanchements.

Examen des microbes dans les tissus. — Coloration des coupes. — Il peut être utile de rechercher les microbes dans des organes infectés spontanément ou expérimentalement. La coupe doit être très fine, aussi choisit-on de préférence l'inclusion en paraffine. Les tissus sont traités suivant le mode ordinaire employé en histologie pathologique ; ils

seront fixés de préférence dans le sublimé acétique ou dans le liquide de Flemming. La coupe une fois collée sur lame et débarrassée de paraffine, est colorée comme les liquides pathologiques par la méthode Gram-Weigert-éosine, c'est-à-dire que les tissus sont teints en rose et les bactéries en violet. Mais s'il s'agit de microbes qui se décolorent par la liqueur de Gram, on doit employer d'autres procédés de coloration. Il suffit d'en connaître un ou deux. La méthode de Nicolle est basée sur ce fait que le tannin après le bleu de méthylène donne un composé insoluble qui se fixe sur les microbes et les noyaux des cellules. Les temps de la manipulation sont les suivants :

1° Bleu de Kühne.
2° Lavage à l'eau.
3° Tannin à 10 p. 100 pendant quelques secondes.
4° Alcool.
5° Huile d'aniline.
6° Xylol.
7° Baume du Canada.

La thionine phéniquée donne aussi de très bons résultats ; après coloration, il faut de suite déshydrater très rapidement à l'alcool absolu pour ne pas trop décolorer, éclaircir au xylol et monter dans l'huile de cèdre car la matière colorante diffuse dans le baume.

Ces procédés de coloration suffisent pour rechercher dans les coupes toutes les variétés microbiennes, à l'exclusion cependant du bacille de Koch, qui nécessite une technique spéciale que nous étudierons plus loin.

Après ces quelques notions générales sur les bactéries, nous sommes maintenant en mesure d'étudier de plus près leurs propriétés biologiques et pathologiques. Donner une classification des différentes espèces est chose bien difficile en bactériologie. Les classifications basées sur la forme ne correspondent qu'à un caractère tout à fait secondaire et ne sont conservées que pour la commodité de la description. La division en bactéries *pathogènes* et en bactéries *saprogènes* ou *saprophytes* a longtemps paru être l'expression de la réalité, malgré l'opposition des naturalistes professionnels. Mais peu à peu cette idée de microbes propres à chaque maladie et de microbes inoffensifs s'est montrée en contradiction avec les faits observés. Tel microbe, le staphylocoque par exemple, peut donner naissance suivant des circonstances bien déterminées, à des maladies très variables ; tel autre, considéré comme saprophyte, peut devenir pathogène par lui-même ou exalter la virulence d'un germe jusque-là inoffensif. La qualité du terrain d'une part, les *associations microbiennes* d'autre part, nous ont montré, au double point de vue clinique et expérimental, le rôle vrai des bactéries dans les infections. La notion des associations microbiennes a éclairé la pathogénie, le diagnostic, le pronostic, la prophylaxie et même le traitement des maladies, mais aussi elle a élargi le cadre des bactéries pathogènes au détriment des saprophytes absolus, dont le nombre diminue avec les progrès de la microbie. Nous conformant donc au caractère pratique que doivent avoir ces quelques leçons, nous laisserons de côté les bactéries considérées encore jusqu'à nouvel ordre comme saprophytes pour n'étudier que les bactéries pathogènes spontanément pour l'homme seul ou pour l'homme et les animaux.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Contribution à l'étiologie et à l'anatomie pathologique de l'eczéma chronique, par le docteur Nicola Sorrentino. — L'auteur croit pouvoir conclure de ses recherches cliniques et histologiques, qu' « il existe des eczémas intimement liés à des troubles nerveux, les altérations des nerfs du derme précédant l'apparition des symptômes de l'affection cutanée.

Dans ces formes, l'altération principale porte sur les nerfs et sur les conditions de la circulation dans les capillaires sanguins.

Dans les eczémas chroniques on peut trouver à la longue une véritable dégénérescence hyaline du derme, qui n'a pas encore été signalée par les auteurs. » (*Gl' Incurabili*, 15 sept. 1899.) L. G.

Un nouveau procédé d'opération du phimosis. — *L'opération du phimosis par le procédé de M. Isambert.* — M. le docteur Dounart, médecin de deuxième classe de la marine, a eu l'occasion d'observer récemment un nouveau procédé d'opération du phimosis dû à M. le médecin-major de première classe Isambert, médecin-chef de l'hôpital de Dunkerque.

M. Isambert part de ce principe que le phimosis étant dû à une athrésie de la muqueuse préputiale, le but de l'opération doit consister à agrandir le diamètre de cette muqueuse.

Voici le procédé :

Les précautions antiseptiques étant prises, et l'anesthésie par la cocaïne obtenue, on prend le prépuce avec 3 pinces hémostatiques également distantes l'une de l'autre. Puis entre chacune de ces pinces on fait avec les ciseaux une encoche très petite.

Il est très facile, à ce moment, de reconnaître la muqueuse séparée de la couche tégumentaire du prépuce par du tissu cellulaire.

La branche effilée des ciseaux est alors introduite entre cette muqueuse et les téguments, et on incise la muqueuse, mais la *muqueuse seulement* jusqu'au sillon balano-préputial. On fait ainsi trois incisions semblables et parallèles à l'axe de la verge.

Pour terminer l'opération on ramène le prépuce en arrière du gland, on suture les deux lèvres cutanées de chaque incision. On entoure alors le gland d'une cravate de gaze iodoformée, et après avoir ramené le prépuce sur le gland et son pansement, il n'y a plus qu'à attendre la cicatrisation qui se fera rapidement.

Il est bon d'entourer le gland d'une cravate de gaze assez épaisse pour assurer l'asepsie et maintenir la dilatation. Enfin, dans les premiers jours, il est utile de refaire le pansement après chaque miction. (*Arch. de méd. navale*, n° 9, 1899.) F. R.

Indications de l'accouchement provoqué en cas de grossesse compliquée de néphrite. — Dans le rapport fait à ce sujet au VIIe Congrès de médecine russe à Kazan, M. J. Lvov arrive aux conclusions suivantes :

Chez les femmes atteintes de diverses formes de néphrite (néphrite gravidique, néphrite parenchymateuse ou néphrite interstitielle, l'accouchement prématuré, provoqué à temps, peut sauver la vie de la mère et celle de l'enfant. (Dans certains cas on doit également recourir à l'avortement provoqué.)

Les indications de l'arrêt de la grossesse sont les suivantes :

1° Dans le rein gravidique, on doit y recourir lorsque, malgré un traitement approprié, l'affection continue à progresser, que l'albuminurie augmente et que la diurèse fait défaut. La néphrite gravidique se montre le plus souvent au sixième mois ; comme les malades ne s'adressent au médecin que

deux ou trois semaines après le début des accidents inquiétants et que le traitement médical d'essai ne doit pas dépasser huit à quinze jours, la grossesse se trouve au milieu du huitième mois, c'est-à-dire avec fœtus parfaitement viable.

2° Lorsque la grossesse vient de se compliquer de néphrite parenchymateuse aiguë, il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré quel que soit l'âge de la grossesse, car c'est le seul moyen de sauver la vie de la mère.

3° Dans la néphrite chronique, la grossesse doit être interrompue, si les œdèmes augmentent, si la quantité d'urine diminue et si leur teneur en albumine progresse. Il est inutile d'attendre que le fœtus soit viable, car la néphrite amène déjà par elle-même la mort du fœtus et souvent l'avortement. (*Vratch*, 1899, n° 24.) S. BROÏDO.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La péronine : nouvel anesthésique local, par le professeur BUFALINI.

La péronine se trouve dans le commerce à l'état de chlorhydrate de péronine, sous forme d'une poudre blanche, soluble dans l'eau chaude à 2 p. 100, faiblement soluble dans l'eau froide, insoluble dans l'alcool absolu, l'éther et le chloroforme ; elle est l'éther benzolique de la morphine.

La péronine est non seulement un bon succédané de la morphine, mais encore un anesthésique local. L'injection dans le sac conjonctival d'un lapin de II à III gouttes d'une solution tiède à 1 ou 2 p. 100 de péronine, donne presque immédiatement une anesthésie complète de la cornée, assez profonde pour que l'on puisse l'irriter et la percer, sans que l'animal réagisse en quoi que ce soit. Cette anesthésie est de longue durée : elle persiste pendant plusieurs heures, et le lendemain de l'expérience on a encore une légère anesthésie. Pendant l'expérience, on n'observe ni phénomènes d'hyperhémie conjonctivale, ni modifications pupillaires.

L'action anesthésique de la péronine, si on s'en rapporte à sa composition chimique, est analogue à celle des substances qui contiennent des noyaux benzéniques et particulièrement un radical benzoïque (cocaïne, tropacocaïne, orthoforme, eucaïne, etc.). (*La Settim. med.*, 8 luglio 1899.)

L'euménol.

L'euménol est un extrait préparé au moyen de la racine du tangkui, plante qui est employée en Chine, contre l'aménorrée et la dysménorrée, avec les meilleurs résultats. Le docteur Hirth recommande cet extrait en s'appuyant principalement sur les essais récents de Heinz et Muller, qui ont conclu aux qualités spécifiques de l'euménol contre l'aménorrée.

Le zinol.

Le zinol est un nouveau remède contre la gonorrée, qui se compose de 1 partie d'acétate de zinc et de 4 parties de naphtolsulfonate d'alumine; on l'emploie en solution aqueuse (1g50 à 3 grammes par litre). (*Pharm. Rundschau*, 1899, et *Rép. de pharm.*)

La cocaïnidine.

M. Schæfer a découvert, dans les feuilles de coca, un nouvel alcaloïde, auquel il a donné le nom de cocaïnidine, à cause de son analogie avec la cocaïne ; son point de fusion est plus élevé que celui de la cocaïne; elle est moins soluble que cette dernière dans l'éther de pétrole ; elle donne des sels cristallisables, solubles dans l'eau et dans l'alcool. Elle jouit de propriétés anesthésiques, mais son action est de moins longue durée que celle de la cocaïne. Elle semble être un corps isomère de la cocaïne. (*Pharm. Journ.*, 1899, et *Rép. de pharm.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Tubage et trachéotomie, *en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte. Manuel opératoire et complications ; indications et résultats ; parallèle entre les deux méthodes* (1), par le docteur Antoine SARGNON.

M. le docteur Sargnon vient de publier sous ce titre une très importante monographie qui constitue sa thèse inaugurale (Lyon 1899).

Dans une première partie, l'auteur expose tout ce qui a trait à la pratique de la trachéotomie et du tubage, manuel opératoire, accidents et complications, et aux procédés de cathétérisme du larynx pouvant suppléer la trachéotomie.

La seconde partie traite des indications respectives du tubage et de la trachéotomie, indications tirées de la nature et du siège des lésions, et des circonstances.

Les premières nous font passer en revue toutes les affections dans lesquelles il y a lieu de conjurer l'asphyxie par sténose laryngée ; pour chacune l'auteur discute l'indication de la trachéotomie et de l'intubation, donnant l'avis des auteurs compétents et citant à l'appui de nombreuses observations.

Les indications tirées des circonstances résultent surtout de l'urgence, de l'instrumentation, du médecin et aussi du malade et de son entourage.

Enfin, l'auteur établissant un parallèle entre le tubage et la trachéotomie, conclut que :

« Dans beaucoup de cas le tubage vaut la trachéotomie pour parer immédiatement à une dyspnée grave. Le tubage est un excellent agent de dilatation rapide, tandis qu'après la trachéotomie, quand on est obligé de laisser la canule en place, la dilatation est très longue, très laborieuse, et souvent inefficace, le malade étant condamné à porter perpétuellement sa canule.

Dans les sténoses de siège douteux, le tubage constitue une excellente méthode de diagnostic, tandis que la trachéotomie est une opération trop grave pour être utilisée en pareil cas.

En résumé le tubage est indiqué, dans les sténoses curables et dilatables du larynx et de la partie supérieure de la trachée ; la trachéotomie dans les sténoses incurables ou trop bas situées. »

Chirurgie de la plèvre et du poumon (2), par le professeur TERRIER et le docteur REYMOMD.

Jusqu'en 1896, la chirurgie de la plèvre et du poumon n'avait jamais été enseignée à la Faculté. A cette époque, M. le professeur Terrier fit, sur ce sujet si important de la chirurgie moderne, une série de leçons qui eurent un grand retentissement. Ce sont ces mêmes leçons revues, corrigées et complétées que nous présentent aujourd'hui M. le professeur Terrier et M. E. Reymond.

Leur ouvrage est divisé en sept chapitres. Dans le premier, consacré à la thoracentèse, les auteurs, après avoir fait l'historique de la ponction, précisent son siège et son manuel opératoire. Ils étudient ensuite la pleurotomie et la thoracoplastie et passent en revue les différents procédés préconisés en montrant bien leurs indications. Ils consacrent enfin un paragraphe aux complications qui peuvent survenir au cours de ces diverses opérations.

La chirurgie de la plèvre pulmonaire, les interventions pour les plaies du poumon, la pneumotomie et la pneumectomie font l'objet d'autant de chapitres où se montrent toutes les qualités de clarté et de précision de M. le professeur Terrier.

(1) 1 vol. gr. in-8° de 658 p., avec 47 fig. et 3 pl. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) 1 vol. in-12 avec grav. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Indispensable à tous les chirurgiens, ce livre trouvera encore sa place dans la bibliothèque de tous les médecins désireux de se tenir au courant des progrès de la thérapeutique chirurgicale moderne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat (séance du 6 novembre). — *Anatomie* : MM. Jomier, 11 ; — d'Oëlnitz, 8 ; — Coudert, 6 ; — Mauban, 5 ; — Mlle Delporte et Lavenant, 4 ; — Français (Raymond), Javal, Jullien et Millon, 2 ; — Gros-Dévaud, 1.

Pathologie (séance du 7 novembre) : MM. Cahen et Glatard, 12 ; — Halberchtadt, 11 ; — Delage, Mezger et Prunier, 8.

La prochaine séance de pathologie aura lieu le 9 novembre, à quatre heures et demie du soir, à l'hôpital Beaujon.

Hôpitaux de province. — *Toulouse.* — A la suite du concours de l'Internat ont été nommés internes titulaires :

Pour quatre ans, MM. Constantin et Laurens ;

Pour trois ans, MM. Barreau, Vianey et Maillet; internes provisoires : MM. Dardenne, Paisseran et Pouech.

Guerre. — Par décret en date du 4 novembre 1899, sont promus ou nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Linon, médecin principal de deuxième classe, à l'hôpital militaire de Toulouse, en remplacement de M. Madamet.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Aubert, en remplacement de M. Benoit, retraité ; — Gils, en remplacement de M. Heuyer, promu ; — Barois, en remplacement de M. Pitot, promu ; — Pillet, en remplacement de M. Darricarrère, promu ; — Pouchet, en remplacement de M. Vautrin, retraité ; — Carayon, en remplacement de M. Linon, promu.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Beaudier, en remplacement de M. Grandgury, retraité ; — Fribourg, en remplacement de M. Boyer, retraité ; — Stroebel, en remplacement de M. Gély-Guinard, décédé ; — Chandèze, en remplacement de M. Farssac, retraité ; — Vielle, en remplacement de M. Bayard, retraité ; — Prieur, en remplacement de M. Fourcade, retraité ; — Dupret, en remplacement de M. Aubert, promu ; — Prat, en remplacement de M. Gils, promu ; — Bouchereau, en remplacement de M. Barois, promu ; — Plantié, en remplacement de M. Pillet, promu ; — Baratte, en remplacement de M. Pouchet, promu ; — de Peyret, en remplacement de M. Carayon, promu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Matignon, en remplacement de M. Thomas, décédé ; — Dreyfus, en remplacement de M. Beaudier, promu ; — Dercle, en remplacement de M. Fribourg, promu ; — Mornet, en remplacement de M. Stroebel, promu ; — Rouquette, en remplacement de M. Chandèze, promu ; — Raynaud, en remplacement de M. Vielle, promu ; — Beaussenat, en remplacement de M. Prieur, promu ; — Boucabeille, en remplacement de M. Dupret, promu ; — Bonnette, en remplacement de M. Prat, promu ; — Maffre, en remplacement de M. Bouchereau, promu ; — Dellac, en remplacement de M. Plantié, promu ; — Lhomer, en remplacement de M. Baratte, promu.

— Par décret en date du 5 novembre 1899, sont promus aux grades et emplois ci-après :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe de Libessard, en remplacement de M. Peyret, promu ; — Eybert, en remplacement de M. Matignon, remis hors cadres.

— Par décision ministérielle du 4 novembre 1899, sont nommés pour les postes ci-après désignés :

M. le médecin principal de première classe Darricarrère, pour l'hôpital militaire du Dey.

MM. les médecins-majors de première classe de Villegente, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tours ; — Géraud, pour l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon ; — Chopinet, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Bergounioux, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; — Delamare, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Rouen ; — Boisson, pour l'École du service de santé militaire à Lyon.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Chameroy, pour le 3e dragons ; — Prost-Maréchal, pour le 7e dragons ; — Seguin, détaché à la direction d'artillerie de Bourges ; — Speckhann, pour le 15e chasseurs à cheval ; — Rouffignac, pour le 17e d'artillerie à pied ; — Descubes, pour le 14e d'artillerie à pied ; — Ecot et Vignelon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Cauvet, pour le 12e cuirassiers ; — Beaujean, pour le 19e bataillon de chasseurs à pied ; — Ulliel, pour le 84e d'infanterie ; — Le Mitouard, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Job, pour le 82e d'infanterie ; — Chavigny, du 25e d'artillerie est en même temps chargé du laboratoire de bactériologie de Châlons-sur-Marne.

MM. les médecins aides-majors de première classe Caenens, pour le 54e d'infanterie ; — Daussat, pour le 8e cuirassiers ; — Leniez, pour le 1er régiment de chasseurs d'Afrique ; — Rieux, pour le 3e régiment de tirailleurs algériens ; — Oberlé, pour l'École spéciale militaire à Saint-Cyr.

Marine. — M. le médecin principal Clavel, du port de Brest, est désigné pour remplacer au 5e d'infanterie de marine, à Cherbourg, M. le médecin principal Cartier.

MM. les médecins de première classe Aubry, du port de Brest, embarqué sur le *Chateaurenault*, et Gaillard, du port de Toulon, désigné pour embarquer sur l'*Iéna*, sont autorisés à permuter.

— Par décision ministérielle en date du 4 novembre 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, les élèves de l'école du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, le 27 octobre 1899 : MM. Petit et Noc.

M. le docteur Giraud, du cadre de Toulon, nouvellement promu au grade de médecin de première classe, est affecté au port de Cherbourg.

M. Coppin, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer sur le *Dupuy-de-Lôme* (escadre du Nord), M. le docteur Bourdon.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 novembre 1899, M. le docteur Philippe a été nommé médecin auxiliaire des colonies.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Le lundi 4 décembre 1899, à midi précis, il sera ouvert à la préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1900.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, du lundi 6 au samedi 18 novembre 1899 inclusivement.

Cours complet de gynécologie. — M. S. Pozzi, chirurgien en chef de l'hôpital Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences de gynécologie clinique le vendredi 10 novembre, à dix heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca, et les continuera tous les vendredis, à la même heure.

Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à dix heures, sous sa direction, et commencera le lundi 13 novembre, à dix heures.

Ce cours sera complet en vingt-quatre leçons.

Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à dix heures, à partir du samedi 11 novembre, par le chef du laboratoire du service.

Clinique Tarnier. — M. le professeur Budin commencera le cours de clinique d'accouchement le samedi 11 novembre 1899,

à neuf heures du matin (clinique Tarnier, 89, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Prendront part à l'enseignement : M. le docteur Schwaab, chef de clinique ; MM. Gallippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires ; MM. les docteurs Dubrisay et Chavane, anciens chefs de clinique ; MM. les docteurs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

Hôpital Saint-Antoine (Clinique médicale de la Faculté). — M. le docteur R. Dreyer-Dufer commencera le lundi 13 novembre 1899, à dix heures et quart, au pavillon Moïana, ses conférences pratiques d'ophtalmologie (Examen de l'œil. Maladies des yeux que doit connaître le médecin. Rapports des maladies des yeux avec les maladies générales). Il les continuera tous les lundis à la même heure.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 128. — SAMEDI 11 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 11 NOVEMBRE 1899. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.		
	FRANCE.......	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

REVUE GÉNÉRALE

De la neurofibromatose généralisée (maladie de Recklinghausen).

Par G. LÉVY, interne des hôpitaux de Lyon, et H. OVIZE, interne des hôpitaux de Saint-Étienne.

Définition. — Cette affection, qui intéresse à la fois le dermatologiste, le chirurgien, le neuropathologiste et l'anatomo-pathologiste, n'est encore nettement caractérisée qu'au point de vue clinique. C'est un syndrome présentant une triade cutanée symptomatique (bien connue en France depuis Landowski) : tumeurs cutanées, tumeurs des nerfs, taches pigmentaires, et un ensemble de phénomènes fonctionnels (crampes douloureuses des membres, trouble de la marche, troubles sensitifs, psychisme diminué, amnésie, cachexie, etc.) moins constants. Mais il reste encore nombre de points indéterminés sur sa limitation dans le cadre nosologique, sur sa nature et son substratum anatomique.

Délimitation. — Les uns ont fait de ce syndrome une véritable entité morbide avec une symptomatologie, un substratum anatomique et un terrain d'évolution nettement déterminés (Recklinghausen, Landowski, Marie, Brissaud et Feindel). D'autres lui donnent une compréhension plus large, ils décrivent l'ensemble sous le nom de fibromatose pigmentaire, et distinguent : la neurofibromatose pigmentaire, répondant à la définition donnée dès le début, et la dermofibromatose pigmentaire (Chauffard, Th. d'Iehl). Cette conception ne tient compte que des faits et ne recourt point à des hypothèses comme celle de Recklinghausen. Hoisnard trouve que cette manière de voir enlève à l'affection un de ses grands caractères, c'est-à-dire la transformation fibreuse des nerfs. D'autres, enfin, ne veulent pas y voir une affection à part, mais seulement une forme de la fibromatose généralisée multiple (Th. de Boudet, Gaucher).

Mais, quelle que soit la manière de penser des auteurs, ce sont les mêmes faits qu'ils décrivent. Quand on parcourt les observations, elles ne paraissent pas comparables entre elles : à côté des cas où les détails cliniques suffisants manquent, à côté de ceux qui n'ont reçu ni contrôle biopsique ni autopsique, à côté de ceux enfin que l'insuffisance de technique anatomo-pathologique de l'époque ne permet pas d'accepter absolument, il existe encore des divergences dans les cas bien observés. Si l'on fait encore intervenir les formes frustes, où l'un des symptômes cutanés manque, il est difficile d'établir où commence et où finit la neurofibromatose. Il semble qu'entre les nævi, les fibromes généralisés, les névromes plexiformes et la maladie de Recklinghausen existent des liens si étroits de parenté qu'on ne peut isoler la neurofibromatose généralisée en une forme nosologique nettement définie. Le terme même de neurofibromatose prête à la confusion. Il est incomplet ; les Allemands ne l'emploient que pour les cas où les fibromes des nerfs existent. Il est difficile de le conserver quand ces tumeurs manquent. Feindel propose d'appeler l'affection *dermo-neuro-fibromatose bipigmentaire*, et mieux *maladie de Recklinghausen*. C'est aux travaux de l'avenir qu'il appartient de compléter et d'éclairer l'histoire déjà longue de cette affection.

Historique. — De nombreux faits épars et sans lien d'union ont précédé l'important mémoire de Recklinghausen (1882) : ce sont les observations de Wahler (1814), d'Hesselbach (1824), de Tilésius (1840), d'Hale Thomson (1840), de Virchow (1847), d'Hecker (1858), de Kölliker [1860] (certains même attribuent à ce dernier la description complète de l'affection), de Hitchcok (1862), Virchow (1863), Murray (1873), Atkinson (1875). Mais il faut arriver à Recklinghausen qui, dans son travail de 1882, a véritablement créé cette affection. Il a rapproché et unifié tous les faits antérieurs, il a saisi leurs rapports, il a analysé la clinique, établi le siège des tumeurs sur le trajet des nerfs, bien étudié leur origine et leur structure, esquissé une pathogénie et nettement distingué le fibrome généralisé et le molluscum isolé. Depuis, de nombreux travaux se sont succédé, ajoutant de nouveaux faits, complétant, infirmant ou affirmant l'œuvre

de Recklinghausen. Trélat en relate une observation en 1883, Hébra insiste sur l'insuffisance physique et intellectuelle des sujets. Launois et Variot étudient les névromes multiples (1883), Boudet (Th., 1883-1884) traduit le travail de Recklinghausen; Marie, dans ses Cliniques (1894), complète le travail de Recklinghausen, apporte des faits nouveaux et fixe les rapports avec les névromes plexiformes. Landowski (Th., 1894; articles de 1894 et 1896) fait connaître en France la triade cutanée de l'affection. Brissaud (1896), Feindel (Th., 1896-1897) cherchent à élucider la pathogénie et la nature; ce dernier en décrit en 1898 les formes frustes; Lahmann (1885-1892), Philipson (1887), Chauffard et Ramond (1896), Iehl (Th., 1897-1898) apportent des faits contre la théorie de Recklinghausen. Dans sa thèse (1897-1898), Oriot critique la théorie de Feindel et relate vingt-quatre observations. La thèse d'Hoisnard (1897-1898) n'est que l'étude complète d'un cas venant appuyer la théorie de Feindel. Citons encore Brigidi (1894), Finotti (1896), Vezely (1897), Petren (1897-1898), Sick (1897), Garofolo (1897).

I

Étiologie. — Ces travaux multiples ont permis d'élucider quelques inconnues présidant à la genèse de l'affection. C'est ainsi qu'on a pu établir quelques-unes des causes prédisposantes et occasionnelles.

A. Causes prédisposantes. — 1° *Congénitalité.* — Elle est admise par la plupart des auteurs (Boudet, Besnier et Doyon, Landowski, Feindel, Gaucher). C'est une malformation congénitale, qu'elle apparaisse à la naissance ou qu'elle ne se montre que tardivement (Feindel). Toute maladie congénitale n'est pas nécessairement constituée à la naissance : il en va ainsi pour la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse et même pour un doigt surnuméraire apparu chez un sujet de trente-deux ans (Brissaud, Soc. anat., 1876). Hardy la nie au contraire; c'est pour lui une malformation acquise. Il y a, en effet, quelques cas en faveur de cette opinion (Th. d'Iehl, cas de Pierre Marie et Bernard). Pour faire entrer ces faits tardifs dans la prédisposition congénitale, on peut s'appuyer sur les cas de transition évoluant en plusieurs temps : une tumeur congénitale, des tumeurs et des taches tardives. Feindel explique ainsi les différentes époques d'apparition et l'évolution en plusieurs temps de l'affection : il y a une prédisposition congénitale, une cause occasionnelle inconnue aux environs de la naissance ou un fort potentiel de congénitalité provoque un ou tous les signes de l'affection; la congénitalité épuisée sommeille jusqu'à ce qu'une nouvelle cause occasionnelle provoque une nouvelle poussée. Pour les cas tardifs, on peut supposer que la prédisposition congénitale n'a pas trouvé une cause occasionnelle pour engendrer la neurofibromatose.

2° *Hérédité.* — Elle est difficile à dépister (Feindel), mais fréquente (Hesselbach, Virchow, Hacker, Hitchcok, Czerny, Boudet, Gaucher, Barot); elle peut être directe (Spillmann et Étienne), similaire (Herczel), ou variée dans une même famille (Czerny), névrome plexiforme et neurofibromatose s'engendrant réciproquement.

On peut se demander s'il n'y aurait pas une hérédité de dégénérescence : alcoolisme chez les parents (Landowski, Feindel et Froussard), tic de la mâchoire chez la mère (Spillmann et Étienne), épilepsie chez un frère (Lahmann). La consanguinité se rencontre chez les parents dans l'observation de Murray.

3° *Familiale.* — Dans quelques cas, plusieurs enfants d'une même famille sont atteints (Czerny, Murray).

A propos de ces trois facteurs, Feindel arrive à cette conclusion : « Congénitale elle l'est toujours, héréditaire souvent, familiale quelquefois. »

4° *Age.* — Le moment d'apparition est des plus variables, depuis la naissance jusqu'à quatre-vingt-un ans; mais c'est surtout vers dix, quinze, vingt, trente ans ordinairement (Marie). Mais à part quelques rares cas, l'on n'est pas fixé sur l'époque exacte d'apparition. Car ce n'est souvent que le hasard ou un développement anormal d'une tumeur qui est un signe révélateur de l'affection.

5° *Sexe.* — Les femmes sembleraient plus atteintes (Boudet). Cependant, sur 32 cas rassemblés par Oriot, il y a 23 hommes et 9 femmes.

6° *Etat du sujet.* — Les sujets qui sont frappés sont dans un état intellectuel et physique spécial. Hébra a signalé cette impuissance psychique et physique; les autres dermatologistes, sauf Duhring, l'ont contredit; cependant, cet état est fréquemment noté dans les observations. Ce sont des crétins et des idiots (Vézely). Quelques-uns portent des stigmates de dégénérescence physique ou mentale : voûte palatine ogivale (Leredde et Bertherand), prognatisme (Feindel et Froussard), frigidité sexuelle (Feindel et Froussard), amnésie, etc. Des malformations d'autre ordre peuvent coexister : polyorchidie (Péan), malformation du mamelon droit (Obs. IV de Th. Feindel). Quelquefois, ils ont un défaut de tonicité des tissus [grosses varices des membres, anneau inguinal large, etc. (Feindel).]

Dans certains cas, les conditions signalées suffisent à provoquer le syndrome, dans d'autres, une cause adjuvante est nécessaire à faire apparaître la prédisposition congénitale ou à parachever l'affection.

B. Causes occasionnelles. — Parmi elles rentrent le froid (Landowski), le traumatisme (Laurent, Obs. XIII et XVIII de la Th. d'Oriot); aussi les tumeurs sont fréquentes à la partie externe des membres où les heurts sont répétés : les épaules qui portent les fardeaux, les régions subissant le frottement des vêtements (ceinture du pantalon), le front où vient appuyer la visière de la casquette. Ces mêmes conditions agissent sur le développement de la tumeur moyenne (Delore et Bonne). La grossesse favorise les poussées nouvelles (Feindel). Le surmenage, les mauvaises conditions hygiéniques jouent un rôle (Landowski).

Certaines infections peuvent favoriser son éclosion, ce sont la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, le rhumatisme, la typhoïde (Barot), une bronchite (Barot). Ont-elles un rôle effectif ou déterminant comme pour les autres maladies familiales : myopathies, etc.? L'opinion varie avec la conception de la nature de la maladie.

Les intoxications ont été aussi invoquées, l'arsenic surtout (P. Marie).

Relations avec la tuberculose. — Elles sont intéressantes à signaler : on trouve la tuberculose dans l'hérédité (cas de Spillmann et Étienne), elle est fréquente dans les antécédents personnels du sujet (Recklinghausen, Marie, Chauffard, Leredde et Bertherand, Hansemann, Trélat); enfin, c'est souvent par la tuberculose que finissent les neurofibromateux.

II

Symptômes. — Ces causes ne sont pas nécessaires à l'apparition de l'affection, qui souvent se montre sans raison.

Qu'elle soit congénitale ou acquise, son mode de début est varié.

1° DÉBUT. — Dans nombre de cas, on ignore quel est le symptôme le premier en date; tous les signes peuvent apparaître simultanément ou l'un des symptômes cutanés marque la première étape : ce sont tantôt les tâches pigmentaires, les tumeurs cutanées multiples ou une, ce ne seraient jamais les neurofibromes (Oriot). Parfois c'est pour les troubles fonctionnels (crampes, douleurs des membres, etc.), que le sujet vient consulter. Le mode de début est souvent difficile à préciser, car il a échappé au malade et à son entourage. Tantôt le syndrome est complet presque immédiatement après le début; tantôt des intervalles plus ou moins longs séparent celui-ci du complet développement, c'est quelquefois après plusieurs années que les signes se manifestent, c'est en plusieurs poussées que se réalise parfois l'ensemble clinique.

2° ÉTAT. — Arrivée au stade définitif, deux grands ordres de troubles caractérisent la neurofibromatose : des signes physiques du côté du revêtement externe, c'est la triade cutanée de Landowski, et des troubles fonctionnels du système nerveux dans ses différents modes d'activité.

A. *Signes physiques.* — Ils sont au nombre de trois : a. *Tumeurs cutanées;* b. *Tumeurs des nerfs;* c. *Taches pigmentaires.*

a. *Tumeurs cutanées.* — Nombre : des plus variables : 1000, 3000 en certains cas.

Couleur : la peau est à leur surface tantôt normale, tantôt rosée, tantôt vascularisée, tantôt violacée. Elle peut être lisse, plissée, vergeturée, ce qui indique le tiraillement du derme où se sont développées les tumeurs. Parfois, on aperçoit à la surface de la tumeur un point noir, orifice d'une glande sébacée.

Volume : quelques-unes ne sont pas apparentes, mais seulement senties au toucher, et donnent la sensation de grains de plomb enchâssés dans le derme; il varie, en général, d'un grain de chénevis à celui d'un grain de raisin ou d'une noix.

Siège : soit sous-cutané, soit intradermique.

Topographie : on les trouve sur toute la surface du corps, mais plus confluentes sur le tronc, le cou, la tête plus rares sur les membres et d'autant plus qu'on approche des extrémités. Elles ne sont pas rares à la face. Elles n'existeraient jamais à la plante des pieds et à la paume des mains (Hilton Fagge et Howse, Feindel); elles y ont été signalées (Obs. IV et V de la thèse d'Oriot). L'exception pour les organes génitaux est également contredite par les faits III et IV d'observations de la thèse de Boudet, IV de la thèse d'Oriot et de Péan). Les muqueuses elles-mêmes ne sont pas toujours épargnées et parmi celles accessibles à la vue, on les a notées sur les amygdales (th. d'Oriot, Obs. XXIV) et sur la langue (Thailefer).

Consistance : elle est variée, en général elles sont mollasses, flaccides, analogues à un raisin dont on aurait retiré les pépins (Bazin), ou à un scrotum sans testicule. Cette mollesse serait en raison du plus ou moins grand nombre d'éléments cellulaires qui entrent dans la constitution de la tumeur (Recklinghausen), ou la conséquence de l'imbibition par une sérosité albumineuse (Rindfleisch, Cornil et Ranvier, D. Mollière, Boudet). Parfois elles sont dures et fibreuses dans toute leur totalité ou avec seulement des noyaux durs à leur intérieur (Mordzejewski).

Sensibilité : en général, ces tumeurs sont indolores subjectivement et ne présentent objectivement aucun trouble sensitif : cependant, elles sont parfois sensibles à la pression (Hallopeau) ou présentent à leur surface de l'anesthésie (Bergmann). Malgré leur rapport avec le système nerveux, qu'admettent la plupart, leur disposition est le plus souvent asymétrique (P. Marie). Spillmann et Étienne ont, dans un cas, signalé des tumeurs symétriques sur l'avant-bras.

Tumeur majeure ou tumeur royale de Boudet. — Parfois, parmi les tumeurs cutanées ou sous-cutanées, l'une d'elles acquiert un volume énorme par rapport aux autres, elle prend alors le nom de tumeur royale de Boudet. Elle peut avoir une consistance molle, tremblotante au palper et donner l'illusion d'un paquet de lombrics qu'on sent sous la peau (Recklinghausen), ou la sensation de varicocèle, c'est alors un névrome plexiforme (Obs. II de Feindel, cas de Burns, von Dessaner, Herczel), ou elle est dure, fibreuse, comme les tumeurs nerveuses, elle est en relation alors avec un rameau sous-cutané, ou enfin elle a les caractères des tumeurs cutanées avec un volume plus marqué.

Elle peut acquérir un volume énorme en se transformant en sarcome.

b. *Tumeurs des nerfs.* — Elles ne se révèlent guère à l'inspection, ce n'est qu'en regardant les membres à jour frisant qu'un observateur averti peut les découvrir. En effet, celles qui siègent sur les nerfs superficiels, ne soulèvent que légèrement la peau. Elles sont sous-cutanées et ne se révèlent qu'à la palpation attentive. Elles sont plus dures que les tumeurs périphériques; elles sont isolées ou en chapelet sur le trajet du nerf. Mobiles seulement latéralement et abandonnées à elles-mêmes, elles reprennent leur position première. Leur relation avec le nerf explique ce caractère, et c'est un détail important pour les distinguer d'autres tumeurs sous-cutanées. C'est sur les nerfs périphériques les plus accessibles, qu'il est le plus facile de les sentir : région interne du bras sur le trajet du cubital, à la face postérieure de l'avant-bras, à la partie antérieure de la cuisse, vers le bord externe du creux poplité, dans les espaces intercostaux. On les a signalées sur tous les nerfs : le pneumogastrique (Pomorski) et le sympathique (Hansemann) quelquefois. La tumeur nerveuse peut n'exister que sur des rameaux viscéraux de l'intestin (Recklinghausen, Hansemann, Branca); sur le système nerveux central [moelle (Mossé et Cavalié, Spillmann et Étienne)]; dans les ganglions rachidiens (Zinna).

Elles sont indolores ou douloureuses à la palpation, soit localement, soit avec irradiation sur le nerf; parfois les irradiations douloureuses sont spontanées. Objectivement, il n'y a pas à leur niveau de troubles de sensibilité (Oriot).

c. *Troubles pigmentaires.* — Les troubles de la pigmentation peuvent exister dès la naissance et présenter tous les caractères des nœvi; dans d'autres cas, ce sont des troubles acquis de la pigmentation. On distingue nettement, avec Landowski, deux ordres de pigmentation :

1. Une pigmentation punctiforme. Ce sont des points pigmentés, brun clair ou foncé, du volume d'une tête d'épingle, couvrant surtout les parties cachées : cou, tronc, membres à leurs racines. Elles diffèrent du lentigo par leur siège, celui-ci affectant plus particulièrement le visage et les extrémités des membres. Ils sont tantôt isolés, tantôt confluents, tantôt à la surface même des tumeurs et sur les taches plus volumineuses. Leur dissémination est le fait du hasard.

2. Taches pigmentaires. Toutes différentes, elles varient de la couleur café au lait à la teinte brun roux, donnant au

corps l'aspect analogue aux chevaux pie. Elles sont arrondies ou irrégulières (en feuilles de saule). Leur volume varie d'une pièce de 5 francs jusqu'à une tache entourant tout le tronc à la façon d'un zona. Leurs contours sont nets ou flous. Leur direction est horizontale ou oblique sur le tronc, verticale sur les membres (Marie et Feindel). Cette disposition est à signaler à cause de l'influence du système nerveux sur la pigmentation et de la disposition des taches en rapport avec la métamérie médullaire. Parfois elles sont disposées sur le trajet d'un nerf (le sciatique dans un cas).

Dans quelques faits on a trouvé des taches symétriques (Thibierge, Feindel), mais l'asymétrie est de règle.

On ne trouve jamais de pigmentation sur les muqueuses.

Parfois le visage des sujets a une teinte uniforme, jaune clair un peu sale, « teint terreux. »

Ordinairement, le sujet est porteur des deux ordres de pigmentation, le piqueté dominant, les grandes taches étant plus rares.

Accessoirement, on peut rencontrer des nœvi vasculaires, peu nombreux (une dizaine), de petit volume (tête d'épingle) et, pour Oriot, il y aurait là une simple coïncidence. Il y a parfois aussi des nœvi pilaires, constitués par un bouquet de poils rares et fins sur une plaque lisse ou gaufrée.

B. *Troubles fonctionnels.* — Ces troubles sont, pour la plupart, accessoires, variables, inconstants et sans caractères (Gaucher). Ils manquent souvent (Lahmann, Philipson, Chauffard, cas de Delore et Bonne). Quelques-uns semblent être plus constants et plus particuliers. Ces phénomènes portent sur les différentes fonctions du système nerveux.

1° *Troubles moteurs.* — Ordinairement, il n'y a pas de paralysie grave, mais les mouvements sont lourds, lents, paresseux, le malade est asthénique, se tient confiné au lit ou assis dans un fauteuil, sa force musculaire est diminuée.

On a noté des attaques hystériformes (Marie), du nystagmus (Petren), de l'ataxie (Petren, Feindel, Spillmann et Étienne). Dans certains cas où les tumeurs siègent dans les centres nerveux, on a des troubles spéciaux dus aux localisations : une paralysie du facial dans le cas d'Hallopeau, à moins qu'elle ne fût *a frigore*; de l'incoordination des membres inférieurs, une démarche pénible spasmodique, de la contracture, le signe de Romberg, des réflexes patellaires augmentés, le phénomène du pied, les réflexes pupillaires conservés, des fourmillements et de la diminution de la sensibilité des membres inférieurs (cas de Spillmann et Étienne); le tableau de la sclérose latérale amyotrophique avec des lésions d'autopsie différentes de la sclérose latérale vraie (cas de Zinna); enfin, du paramyoclonus multiplex coïncidait avec la neurofibromatose (cas de Feindel et Froussard).

2° *Troubles sensitifs.* — Ils sont plus constants et plus notables que les précédents. Tantôt ce sont des phénomènes subjectifs [crampes dans les mollets, douleurs lancinantes et térébrantes dans les membres et parfois des arthralgies pouvant faire croire au rhumatisme (Obs. XIII d'Oriot)]. Objectivement ce sont des anesthésies vagues, fugaces, mal systématisées, on a parfois de l'hypoesthésie cutanée à la piqûre et à la chaleur (cas de Petren). Mais Landowski, bien qu'il l'eût cherchée dans les deux cas qu'il a observés, n'a pas trouvé de dissociation syringomyélique de la sensibilité. L'ouïe, l'odorat peuvent être diminués (Landowski).

Ces malades ont parfois des stigmates hystériques (Marie, Feindel, Audry et Lévy).

La frigidité sexuelle existerait dans la moitié des cas (Feindel).

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — Ils sont rares (Landowski), ils n'existent point (Oriot). Petren a signalé des troubles vaso-moteurs du bras dans un cas; Marie a constaté une déformation osseuse thoracique et Hoisnard a trouvé des lésions osseuses du squelette.

3° *Troubles intellectuels.* — Ce qui domine c'est un état de dépression intellectuelle, d'apathie, de passivité, de torpeur rappelant celle des Addisoniens. Le facies est hébété, le corps plus ou moins voûté, amaigri, chétif, ce sont des malades souvent de petite taille. Écoliers, ils apprennent mal à lire et à écrire, leur intelligence est au-dessous de la moyenne (Hébra, Rumen, Payne, Groh, Follin, Launois et Variot, Cimmino, Laurent, Herczel, Jordan, Schiffner, Landowski, etc.). Dans quelques cas les troubles psychiques prennent un caractère de vésanie et ont nécessité l'internement des malades (Obs. XII et XIV d'Oriot), mais l'éthylisme existait chez ces malades. Leur mémoire est fréquemment incertaine, mal assurée, paresseuse, sans qu'on trouve un type déterminé d'amnésie. La parole est quelquefois troublée, ils ne peuvent parler quand et comme ils veulent, ils sont obligés d'attendre ou de réfléchir avant ou ils ont un véritable bégaiement.

Des phénomènes de vertiges avec ou sans chute ont été signalés (Feindel, Feindel et Froussard).

Autres troubles. — Le malade de Hansemann avait de la gêne de la déglutition et une tumeur sur le trajet du pneumogastrique; Thibierge et Vézely ont trouvé des troubles gastriques vagues, que Thibierge a cependant rattachés à l'affection.

Plus important et plus fréquent est le marasme dans lequel finissent ces malades; cet état a été signalé par Rumen, Recklinghausen, Launois et Variot, Payne, Groh, Landowski). La cachexie serait le phénomène le plus constant, elle surviendrait à un moment donné dans tous les cas. Iehl en fait le symptôme capital. Follin se demande si elle n'est pas due à des troubles dans l'action du grand sympathique envahi par des neurofibromes.

Les urines ont été analysées dans quelques cas : Hoisnard a constaté de la glycosurie transitoire, qu'il relie à l'affection, il n'y en avait point dans le cas de Robin; Chauffard n'a trouvé ni albumine ni sucre; Thibierge a signalé l'urobiline. Une analyse complète des différents éléments de l'urine a été faite dans le cas de Leredde et Bertherand, observé dans le service de Robin. Ce dernier est, d'après cet examen, arrivé aux conclusions suivantes :

α. L'évolution des matières albuminoïdes est très imparfaite; les matières ternaires subissent une évolution aussi parfaite que possible.

β. La nutrition nerveuse est notablement insuffisante.

γ. Le coefficient de déminéralisation est élevé et il y a élévation du rapport des matières minérales à l'azote totale.

Ces faits constituent un élément qui peut n'être pas sans importance sur cette curieuse maladie (Robin).

Iehl se demande quel est l'organe qui, altéré, trouble la nutrition et pense aux capsules surrénales que trouva atteintes d'adénomes, dans un cas, Chauffard.

III

Formes cliniques. — Les phénomènes que nous venons de signaler varient par leur inégale importance et par leur association. Ils ne sont pas toujours au grand complet, l'un

d'eux ou plusieurs peuvent manquer, d'où les différentes formes cliniques de l'affection.

Chauffard, dont la manière de voir est adoptée par Iehl, décrit l'ensemble de l'affection sous le nom de fibromatose pigmentée, qui indique les deux éléments symptomatiques essentiels de l'affection, et distingue deux variétés anatomiques.

1° La *neurofibromatose pigmentaire*, dans laquelle les fibromes ont un point de départ périnévritique et sont accompagnés de névromes multiples ramulaires ou tronculaires. C'est à cette forme qu'appartiendraient seulement les troubles fonctionnels (Iehl), car ils manquaient dans les cas de Lahmann, Philipson, Chauffard, où les neurofibromes étaient absents.

2° La *dermofibromatose pigmentaire*, où les fibromes sont exclusivement cutanés et ont un point de départ douteux. On ne peut encore apprécier la fréquence relative des deux catégories de faits, différentes quoique très voisines.

Lorsque les deux formes 1° et 2° sont réunies on a la forme mixte (Iehl). A un autre point de vue, suivant que tous les symptômes cutanés sont au complet (forme complète, type de la description) ou que l'un d'eux ou plusieurs manquent, on a les *formes incomplètes ou frustes*, décrites par Feindel et Oppenheim :

A. Formes incomplètes ou manque un seul symptôme : c'est la pigmentation punctiforme (cas de Feindel), ce sont les taches pigmentaires ou les deux pigmentations cas de Hansemann, Tishoff et Thimofejeff où seuls existaient les fibromes cutanés et les tumeurs sur le trajet des nerfs), ce sont les tumeurs des nerfs (cas de Chauffard et Ramond : vérification autopsique) ; enfin, ce sont les fibromes cutanés (cas de Schlange).

B. Formes incomplètes ou manquent deux symptomes. — Le malade de Thibierge n'avait que les taches et les semis pigmentaires.

C. Forme ou existe un seul des symptomes. — Les fibromes multiples des nerfs se présentent seuls, ce sont ces cas qu'en Allemagne on décrit sous le nom de neurofibromatose, appelant éléphantiasis congénital le syndrome complet (un cas type de von Bünger). Toutes les formes précédentes sont une manière d'être d'une seule et même affection. Les cas, au contraire, où seuls existent le molluscum généralisé, le lentigo généralisé, la mélanodermie congénitale, ne rentrent plus dans le cadre de la maladie de Recklinghausen (Feindel). Celle-ci est un centre autour duquel se trouvent des formes de plus en plus incomplètes et plus loin des formes frustes, plus loin connexes. Cette limitation de cadre des formes est tout artificielle ; si on admet qu'un seul symptôme suffit, l'affection s'étend alors jusqu'au fibrome multiple généralisé.

IV

Marche. Durée. Terminaison. — L'affection peut apparaître en une fois à la naissance ou plus tardivement. L'un des symptômes existe à la naissance, les autres surviennent ensuite : c'est la tumeur majeure ou les petites tumeurs qui débutent, celles-ci apparaissent simultanément ou successivement en plusieurs poussées. Ces poussées se font à intervalles plus ou moins longs sous l'influence de trauma ou de grossesse (cas de Feindel) : la malade a toujours vu la pigmentation anormale, vers vingt ans après un accouchement, apparition du premier molluscum, pendant seize ans l'évolution s'arrête, deux accouchements nouveaux occasionnent l'apparition de fibromes cutanés nouveaux. Les tumeurs peuvent rester stationnaires ou s'accroitre en nombre et en volume. L'une des tumeurs peut subir la dégénérescence sarcomateuse (Winiwarter, Poncet, etc.). Parfois les tumeurs disparaissent (Payne et Michel). En somme, l'affection peut rester stationnaire (Boudet) ou être lentement progressive. La durée est difficile à fixer, mais elle est habituellement longue.

La terminaison se fait dans la plupart des cas par une cachexie particulière, elle peut avoir lieu par tuberculose ou par dégénérescence sarcomateuse d'une des tumeurs et généralisation. Sur 6 cas de mort déterminés dans les 24 observations de la thèse d'Oriot : 1 eut lieu par sarcome, 1 par sarcome et tuberculose, 3 par tuberculose seule, il n'y a pas de cause dans le sixième cas. Dans une des observations de Recklinghausen, le malade mourut cinq jours après l'ablation de plusieurs tumeurs, dans le collapsus.

V

Pronostic. — Malgré ces cas on peut dire d'une façon générale qu'on ne meurt pas de neurofibromatose, mais avec sa neurofibromatose. Cependant la rareté de la régression (quelques cas laissent à leur place une cicatrice anesthésique), la possibilité de paraplégie (Launois et Variot), de troubles du côté du système nerveux central (Mossé et Cavalié, Spillmann et Étienne, Zinna), les douleurs spontanées ou provoquées pouvant obliger à l'ablation d'une tumeur (cas de Feindel), la gêne fonctionnelle due à l'énorme volume d'une tumeur, la transformation possible en sarcome, la mort par tuberculose et cachexie doivent faire admettre des réserves. Les tumeurs sont par elles-mêmes d'un pronostic sérieux. « Toute tumeur en effet, quelle que soit sa bénignité apparente, est un pas fait dans la voie de transformation et un acheminement vers une évolution plus maligne, qui la classera alors dans les tumeurs cancéreuses » (Poncet). Cependant, l'une des malades de Hitchcok avait quatre-vingt-un ans.

VI

Diagnostic. — L'affection, telle qu'elle a été décrite, semble d'un diagnostic facile ; c'est l'opinion de Feindel, cependant les tumeurs sous-cutanées peuvent ne pas être diagnostiquées, il faudra tenir compte de leur mobilité spéciale seulement dans le sens latéral. Si chez un sujet porteur de malformations cutanées, il y a une ou plusieurs tumeurs profondes, on devra les ranger fermement sous le diagnostic de névromes plexiformes, en deuxième lieu toutes les fois qu'une tumeur sera de nature obscure, il faudra penser à l'origine nerveuse, et chercher les tumeurs cutanées (Delore). Lorsque l'affection est complète, il suffit d'y penser pour arriver à la reconnaître. Cependant quelques autres dystrophies cutanées peuvent prêter à la confusion, surtout quand l'affection est réduite à ses formes incomplètes :

1° Les pigmentations seules existant seront facilement distinguées des pigmentations de la maladie d'Addison, les taches pigmentaires des muqueuses lèveront les doutes.

2° Sur les tumeurs cutanées, la confusion pourrait se faire avec :

α. Le molluscum généralisé multiple, il est mou, indolent, rarement localisé aux membres.

β. Les lipomes et fibro-lipomes multiples peuvent être

très nombreux (2080 dans le cas de Broca) et avoir une disposition symétrique (Huguier). Ils sont arrondis ou lobés, pédiculés parfois, polypiformes. Ils sont lobulés, de taille souvent plus considérable, moins durs et de mobilité différente. On a signalé des neurolipomes en connexion avec les nerfs (Alsberg), mais ordinairement ils sont moins nombreux que les molluscum.

γ. Les gommes n'ont jamais une multiplicité analogue, il y en a en voie de ramollissement et d'autres totalement ramollies et s'ouvrant à la peau.

δ. Les adénopathies généralisées, les ganglions sont unis entre eux pour former des amas, ils ont un siège dans une région spéciale. Enfin il y a l'état général et l'examen du sang.

ε. Les kystes hydatiques cutanés multiples sont fluctuants, la ponction donnerait un liquide pareil à l'eau.

η. Les cysticerques ladriques (Thèse de Pellot, 1880) forment parfois des tumeurs multiples sous la peau, mais elles sont très mobiles, disséminées et tendent à disparaître dans la plupart des cas.

θ. Les dermatomyomes multiples, dont on ne compte actuellement que 6 cas (1 de Verneuil, 1 de Besnier, 1 de Arnozan et Vaillard, 1 de Brigidi et Marcacci et 2 de Jodosshon) ont un volume variant d'une lentille à une amande, leur forme est arrondie, leur surface lisse, leur coloration rosée. La pression détermine une douleur.

ι. Le nævus mollusciforme est une affection congénitale qui reste stationnaire, il ne s'accroît pas et ne disparaît pas. Ils ne sont jamais qu'en petit nombre.

κ. La sarcomatose cutanée généralisée est constituée par des tumeurs arrondies, hémisphériques, presque toujours sessiles ; leur couleur est d'abord rouge sombre, puis violacé bleuâtre, parfois brune, leur nombre va de 20 à 1000, leur volume va d'un pois a un œuf de poule, d'abord dures, plus tard elles sont molles, elles peuvent rester stationnaires et même disparaître, les ganglions sont indemnes, les muqueuses, les viscères finissent par être envahis. L'état général finit par s'altérer. Ils n'ont ni la même teinte, ni la même évolution.

λ. Le cancer cutané est toujours consécutif à un cancer du sein ou viscéral. Il est formé de noyaux durs, d'une coloration rouge ou de la teinte normale de la peau. Mais leur évolution rapide, l'ulcération facile éclairent leur nature.

3° *Par les tumeurs des nerfs.* — La lèpre a en effet des pigmentations de la peau et des tumeurs le long des nerfs (les lépromes). Mais les conditions étiologiques, les troubles sensitifs et trophiques et la recherche du bacille de Hansen trancheront l'hésitation.

Dans les cas difficiles de diagnostic on pourra pratiquer l'examen biologique d'une ou de plusieurs tumeurs, il n'a pas seulement une utilité diagnostique mais anatomo-pathologique.

VII

Anatomie pathologique. — Dans celle-ci, le point le plus important est le rapport des tumeurs avec les nerfs et la présence ou l'absence de fibres nerveuses dans les tumeurs. Les lésions sont à étudier au niveau des nævi et des différentes tumeurs.

A. Nævi. — 1° *Vasculaires*, ce sont des angiomes caverneux sans rien de spécial.

2° *Pigmentaires.*

Dans deux cas, Brigidi, Feindel ont constaté des granulations jaunes ou foncées ou même noires, abondamment semées dans le protoplasma des cellules de Malpighi, surtout dans celles qui, à l'état normal, renferment des pigments. Les taches brunes sont situées dans la couche papillaire du chorion et dues à des dépôts de grains de pigments dans les cellules connectives, de sorte que celles-ci ressemblent beaucoup aux cellules chromophores ramifiées du tissu connectif de la grenouille. Il y a même quelques grains de pigment libres entre les fibres du corps papillaire.

Il serait intéressant de savoir si le pigment résulte d'une élaboration spéciale des cellules de Malpighi ou s'il est apporté par les cellules blanches émigrées du derme et parvenues dans l'épaisseur même du revêtement épithélial (Oriot).

B. Tumeurs. — 1° *Fibromes cutanés.* — Ils sont constitués par du tissu conjonctif d'aspect différent suivant la tumeur, son lieu d'origine et son stade évolutif, tantôt aspect de tissu franchement fibreux, tantôt corps cellulaires abondants. Les faisceaux de fibres conjonctives n'ont pas une direction unique, un certain nombre semblent circonscrire des espaces arrondis qui, pour quelques auteurs, sont les vestiges des nodules adipeux existant normalement dans l'hypoderme. Ces tumeurs ont une structure non fixe mais variée avec leur âge : « Ces grains un peu gros renferment des cellules fusiformes en petit nombre et beaucoup de substance fibreuse intercellulaire, les plus petits sont plus riches en cellules : fusiformes, astéroïdes et même rondes ou ovales, et la substance fibreuse intercellulaire est prononcée » (Mordzejewski). L'épiderme qui recouvre les tumeurs est souvent tendu et aminci. Ce sont, en somme, des fibromes purs, les cas où on a des tumeurs fibro-sarcomateuses comme celui de Besnier (1880) ne rentrent pas dans le cadre à moins d'admettre une dégénérescence secondaire.

A côté du tissu fibreux les tumeurs renferment différents éléments :

α. Des fibres lisses qui traversent la tumeur dans sa plus grande partie, comme dans les deux cas de P. Marie.

β. Des fibres nerveuses, le plus souvent en très petit nombre, réunies en un mince faisceau, un peu déformées par le tissu conjonctif ambiant. Cette question de la présence des nerfs est des plus discutées. Recklinghausen, qui avait admis que ces tumeurs étaient des neurofibromes, n'a que 6 cas où la participation des nerfs existe sur 32 observations. Des fibres nerveuses dans les tumeurs ont été trouvées par P. Marie, Landowski, Rakmaninoff, Delore, Feindel. Ce dernier pense même qu'il y en a toujours. Mais il y a des cas négatifs dûment constatés par Lahmann, Philipson, Darier, Hansemann, Chauffard et Ramond, Payne, Thailefer, Petren.

γ. Des glandes sudoripares sont souvent incluses dans les tumeurs cutanées (Recklinghausen, Feindel). Dor appelle même la tumeur qu'il a examinée dans un cas de Delore, hydro-adéno-neurofibrome. Le plus souvent elles sont normales, mais elles peuvent être altérées. Recklinghausen a très bien étudié les différentes phases des lésions :

1. Le glomérule se sépare du tissu ambiant et se déroule.

2. Le tissu conjonctif voisin devient plus clair et à mailles plus larges.

3. Des cylindres hyalins se forment dans la glande et plus spécialement dans sa lumière et peuvent amener des dilatations kystiques.

4. Enfin les couches de la glande, dont l'épithélium finit par s'aplatir, disparaissent de plus en plus.

δ. Les appareils pilo-sébacés (détails dus à Recklinghausen) sont, surtout au cuir chevelu, englobés dans le tissu et le poil subit le contre-coup de l'altération. Le follicule pileux est souvent altéré, gonflé comme si le tissu de la tumeur l'avait pénétré et oblitéré, les muscles du follicule pileux sont imprégnés de fibromes.

Les glandes sébacées peuvent être atrophiées (Obs. V de la Th. d'Oriot) ou très nombreuses (Obs. III de la Th. d'Oriot).

ε. Des vaisseaux soit en petit nombre (Recklinghausen), soit assez nombreux (Petren), soit nombreux (Mordzejewski), s'y rencontrent. Leur tunique finit par se confondre avec le tissu néoplasique. Il reste à connaître le siège de ces néoplasmes par rapport aux couches de la peau et autour de quel élément cutané ils se développent.

1. *Siège des fibromes dans la peau.* — Les opinions les plus variables se sont fait jour; il est vrai que dans nombre de cas il est difficile à déterminer; en tout cas lorsqu'il est noté il s'agit des couches profondes de la couche réticulaire et de l'hypoderme (tissu cellulaire sous-cutané): c'est dans le corps papillaire (Rindfleisch, Besnier), c'est dans les mailles profondes du derme (Rokitansky), c'est dans le tissu conjonctif autour des lobules graisseux (Virchow, Bazin), c'est la couche cellulaire sous-cutanée ou le tissu réticulaire du derme (Recklinghausen).

2. *Élément d'origine dans la peau.* — Les mêmes incertitudes règnent à ce propos et les différents organes de la peau ont été tour à tour incriminés : altération des cellules placées à la partie la plus profonde du follicule pileux sans participation des glandes sudoripares ou sébacées (Beale), tissu conjonctif dermique entourant les glandes sébacées et les follicules pileux (Hilton Fagge et Howse); gaines conjonctives des nerfs (Recklinghausen, Marie, Brissaud, Feindel, Landowski), faits confirmatifs de Mordzejewski, Trélat, Boudet, Hurthle, examens histologiques probants de Bockhardt et Kyriéléis; sur 32 observations de Recklinghausen, 6 seulement ont permis de supposer la participation des nerfs, mais beaucoup de ces cas n'ont pas été minutieusement analysés et datent d'une époque où la technique était insuffisante; pour Lahmann, il faut distinguer plusieurs catégories de fibromes : de la gaine des nerfs, des gaines vasculaires (pas de forme pure), de la gaine des glandes sudoripares et sébacées, enfin des cas mixtes.

Les opinions restent encore indécises : Boudet reconnaît l'impossibilité de méconnaître les faits si bien observés de Recklinghausen, mais seul l'avenir démontrera si c'est là une loi générale. Pour Gaucher, Broca, toutes les variétés sont possibles. Au contraire, la généralité accepte la théorie de Recklinghausen à savoir : que les fibromes ont tous pour origine la gaine des nerfs. Mais les faits positifs d'absence de fibres nerveuses dans les tumeurs et de rapport avec les nerfs, ne peuvent être passés sous silence. Aussi les partisans de la théorie de Recklinghausen cherchent à les expliquer par des hypothèses dont quelques-unes avaient déjà été émises par Recklinghausen : on invoque l'atrophie des fibres nerveuses dans les tumeurs, la perte au cours du développement de ses rapports avec les nerfs, l'insuffisance de la technique, la difficulté après la disparition de la myéline dans les fibres myéliniques et normalement dans les fibres amyéliniques de montrer irréfutablement le cylindraxe, l'impossibilité d'examiner, sur des coupes, la tumeur dans toutes ses parties; le développement autour des vaisseaux des glandes a lieu autour des filets nerveux péri-vasculaires et péri-glandulaires. Toutes ces hypothèses ne peuvent prévaloir sur des faits positifs bien observés, tels que ceux de Lahmann, Philipson, Hansemann, Chauffard et Ramond, P. Marie et A. Bernard, etc.). Jusqu'à ce que des travaux anatomo-pathologiques aient légitimé les hypothèses de Recklinghausen, il paraît logique et démontré d'admettre que partout où il y a du tissu fibreux, peut se développer du fibrome et que le fibrome cutané peut naître de n'importe quelle gaine conjonctive des organes et du derme.

2° *Fibromes des nerfs.* — Ils peuvent apparaître sous forme de plexus ou naître sur un tronc ou des rameaux cutanés d'où la division en neurofibromes : *plexiformes*, *tronculaires et ramusculaires*.

A. *Neurofibromes tronculaires et ramusculaires.* — *Examen macroscopique* : il est bien établi par un certain nombre d'autopsies.

Nombre : on peut en compter un seul ou une série le long d'un nerf.

Mode de groupement : ils peuvent être isolés, répartis comme au hasard, ou groupés à deux, réunis par un pédicule en V, ou disposés en chapelet.

Mode d'attache : sessiles, ils semblent un simple épaississement du nerf ou sont accolés à lui, parfois ils sont pédiculés.

Volume : il varie d'une lentille, d'un pois à une amande.

Forme : arrondie ou allongée ;

Couleur : blanc nacré, ou vasculaires et gorgés de sang, ou opaques et translucides (Hansemann).

Consistance plus ferme que celle des tumeurs cutanées.

Examen microscopique. — 1° Le tissu du fibrome comprend des fibrilles conjonctives, des cellules et des vaisseaux. Au centre de la tumeur on a des fibrilles entrecroisées en tous sens avec des cellules aplaties. Les cellules abondent surtout au voisinage des nerfs. La direction des fibrilles serait régie par celle des nerfs (Feindel). Hansemann et X. Delore ont vu des neurofibromes d'aspect myxomateux. D'après l'origine dans le tissu conjonctif annexé au nerf, Finotti admet plusieurs types : α. neurofibrome issu de l'endonèvre (tissu conjonctif riche en cellules); β. issu de la gaine lamelleuse (périnèvre) [fibrilles en couches concentriques assez pauvres en cellules]; γ. de l'épinèvre (tissu ferme, parfois même assez dur).

2° Les fibres nerveuses ne sont jamais de nouvelle formation (Finotti), elles restent normales ou sont plus ou moins atrophiées. On y trouve des fibres myéliniques ou amyéliniques, on connaît peu les altérations de ces dernières. Elles sont isolées ou groupées par 8, 10 ou 20, tantôt au centre de la tumeur, tantôt accolées à la gaine lamelleuse ou à la surface de la tumeur à la façon d'un filet ou d'un éventail. La constitution des tumeurs connue, comment se sont-elles développées? Cette histogenèse a été étudiée par Feindel.

Histogenèse des tumeurs. — Elles ont pris naissance aux dépens du trajet d'un nerf gros ou petit. L'accroissement se fait au contact du nerf et les éléments conjonctifs plus âgés sont rejetés à la périphérie du nodule, bientôt l'anneau conjonctif ainsi constitué arrive au contact d'organes divers (vaisseaux, glandes, etc.). Ceux-ci s'opposent à l'extension de la néoformation, d'où à leur contact une irritation nouvelle et un nouvel accroissement. La tumeur les englobe. Si l'ir-

ritation est extrême, le rajeunissement du tissu conjonctif poussé à ses dernières limites peut devenir embryonnaire, d'où transformation du neurofibrome en sarcome. Pour Feindel comme pour Recklinghausen, le rôle des différents organes du derme est accessoire et passif, ils se sont laissé englober par la tumeur, mais n'en sont pas le point de départ.

B. *Neurofibromes plexiformes.* — Cette forme peut coexister avec les fibromes cutanés, la tumeur majeure peut être un neurofibrome plexiforme, enfin elle n'est pour Pierre Marie et Feindel qu'une forme de la neurofibromatose. Ils ont été bien étudiés par Verneuil, Depaul (1857), Guersant (1859), Billroth (1863-1869), Bruns (1870), Cartaz (1876), Launois et Variot (1883), Audry et Lacroix (1891), Valentine Mott, Arnozan (1892), Th. de Meslet (1892), Picqué (Th. 1894). Il est à peu près généralement admis aujourd'hui que ces tumeurs ne sont pas des névromes au sens propre du mot, c'est-à-dire qu'il n'y a pas dans ces tumeurs des néoformations nerveuses, mais bien des fibromes des nerfs (Quénu, Bruns, Picqué, X. Delore et Bonne, Paviot, etc.). Il y a toute une série d'arguments qui plaident en faveur de leur relation avec la neurofibromatose généralisée : ils coïncident avec les autres signes de l'affection. Sur 50 cas de névrome plexiforme, Picqué a trouvé 18 fois la coexistence de la neurofibromatose généralisée; ils sont congénitaux comme le fibrome molluscum, héréditaires, dans une même famille on peut trouver chez les parents le névrome et le fibrome généralisé, un des frères peut avoir un névrome plexiforme, l'autre de la neurofibromatose généralisée (cas d'Arnozan et Prioleau); enfin anatomo-pathologiquement il n'y a entre eux et le neurofibrome que des détails différents de structure (Picqué).

Macroscopiquement, ils ont l'aspect d'un faisceau de nerfs semblant tous issus d'un seul tronc; on dirait des macaronis mal cuits (Audry et Lacroix). Les rameaux nerveux sont hypertrophiés, monoliformes, tortueux, noyés dans un tissu fibreux les isolant et les unissant. Au palper, on a la sensation de « ficelles enchevêtrées » munies de nœuds.

Sur une coupe en masse : au milieu on a du tissu conjonctif mou, riche en vaisseaux et de couleur rougeâtre, et une série de figures ovales ou circulaires représentant la section des cordons nerveux plongés dans le tissu conjonctif. Après avoir plongé la coupe dans l'acide osmique, l'avoir conservée dans le liquide de Muller et colorée à l'éosine et au carmin (Picqué), les troncs nerveux offrent trois zone : l'une externe formée de la gaine lamelleuse épaissie; l'autre moyenne constituée de tissu conjonctif jeune; l'autre centrale avec des faisceaux grêles de fibres nerveuses. Celles-ci manquent ou ont leur structure normale (cas de Delens), ou sont altérées et méconnaissables (le plus souvent pour Pierre Marie).

A côté des troubles anatomiques du revêtement cutané, il y a quelques cas où la *fibromatose fut viscérale* : on a noté deux cas de neurofibrome intestinal (l'un de Recklinghausen, l'autre de Pierre Marie avec étude histologique de Branca); dans une observation unique de Chauffard et Ramond, l'autopsie a révélé la dégénérescence adénomateuse des capsules surrénales et du pancréas. Y a-t-il un rapport à établir entre cette lésion et la neurofibromatose? Ou joue-t-elle un rôle dans la pigmentation et dans d'autres troubles fonctionnels de la maladie? C'est un point qui reste à démontrer.

Par quel mécanisme se trouvent réalisés les troubles anatomiques et fonctionnels de l'affection, en d'autres termes quelle est sa nature ?

VIII

Nature de la neurofibromatose. — Différentes hypothèses se sont fait jour à ce sujet : la nature infectieuse, toxique ou dystrophique a été tour à tour émise.

Théorie infectieuse. — La ressemblance avec deux maladies infectieuses, la lèpre et le zona, rendait vraisemblable cette hypothèse. La ressemblance avec la lèpre avait fait rechercher dans deux cas par Landowski le bacille de Hansen, les deux résultats furent négatifs (Zambaco et Netter). Comme dans le zona on a des taches pigmentaires disposées suivant, dans certains cas, la métamérie spinale (zona spinal), dans d'autres suivant le trajet d'un nerf (zona nerveux). Recklinghausen avait émis l'hypothèse qu'il s'agissait d'une affection spécifique analogue à la lèpre. Iehl, admet l'infection même non spécifique. Cette hypothèse explique difficilement la congénitalité à moins d'admettre l'hérédité de transmission du parasite, de plus la plupart des troubles fonctionnels restent alors inexpliqués.

Théorie de l'auto-intoxication. — Les analogies qui existent entre elle et la maladie d'Addison et le myxœdème devaient éveiller cette idée. De plus, les altérations décrites par Langhans sur les nerfs périphériques après thyroïdectomie rendaient probable l'hypothèse d'une affection exprimant l'altération ou l'atrophie d'une des glandes vasculaires sanguines.

Théorie de la diathèse fibreuse. — Elle suppose chez le sujet une prédisposition à faire du fibrome. Mais à moins que l'on ne caractérise par des troubles soit chimiques, soit anatomiques, cette diathèse, elle reste dans le domaine du vague.

Théorie de la malformation (Brissaud, Feindel). — La neurofibromatose généralisée est une malformation d'origine ectodermique, c'est un tératome.

Une lésion localisée à l'une des parties du système nerveux, et même à tout le système nerveux, est incapable d'expliquer tous les faits; il faut donc invoquer une lésion du système ectodermique dans son ensemble. Il se produit un trouble dans des éléments du feuillet ectodermique au cours de son développement. Ces éléments altérés resteront les uns dans la peau, les autres entreront dans la constitution du système nerveux. Ces éléments en équilibre instable entre l'état normal et l'état pathologique pouront à l'occasion verser du côté pathologique.

On voit dans la neurofibromatose un système nerveux altéré, un épiderme altéré et des conducteurs les unissant mal formés, il y aura un trouble dans le fonctionnement. Feindel suppose que la prolifération conjonctive succède à l'altération de l'élément noble et que le fibrome se développe dans les endroits où les filets nerveux sont en petit nombre.

Dans un récent article de la *Revue de neurologie*, Feindel et Froussard arrivent à la regarder comme un stigmate de dégénérescence.

En résumé, pour Brissaud et Feindel, elle est un trouble primitif du feuillet ectodermique, survenu pendant la vie embryonnaire. elle explique les troubles fonctionnels et cutanés. Sa conduction, grâce aux altérations du tégument externe, se fait mal et les impressions arrivent imparfaites à un centre débile.

Pour Oriot, cette théorie dépasse les faits et se heurte à des objections dont elle ne se tire que par de nouvelles hypothèses.

IX

Traitement. — La nature de cette affection reste donc encore indéterminée ; à une pathogénie indémontrée on ne peut opposer un traitement pathogénique et, s'il s'agit d'une malformation congénitale ou acquise, la thérapeutique ne peut être que palliative.

L'abstention chirurgicale est la règle, à moins d'indications opératoires telles que tumeurs transformées en sarcomes, causant des douleurs très vives ou gênantes par volume ou créant des difformités (Broca), Spillmann et Étienne contre-indiquent l'ablation. Delore et Bonne pensent qu'étant donné que la tumeur peut être en rapport avec un tronc nerveux et qu'elle expose à des mutilations des nerfs et à la récidive sous forme de sarcome, paraissent peu favorables à l'intervention. Si dans les cas de Delore et Bonne et de Winiwarter l'ablation de tumeurs sur des trajets nerveux a été suivie de troubles sensitifs et moteurs, par contre dans un cas de Blum et surtout de Péan (où dans une première intervention il réséqua le médian dans toute son étendue au bras, dans une deuxième le cubital depuis la partie supérieure d'avant-bras jusqu'au tendon du petit pectoral et le médian de ses branches dans le quart supérieur de l'avant-bras, le malade vit cesser ces douleurs, put reprendre ses occupations et peu à peu le fonctionnement de son membre fut total) les accidents manquèrent ou furent transitoires.

Bibliographie. — WALTHER. *Ueber die angeborene Pathautgetth Wülste un andere Bildungsfehler, Landshut* (Des tumeurs graisseuses de la peau congénitales et autres difformités), 1814. — HESSELBACH. *Beschreibung der pathologischen Pröporate der Wurtzburger Sammlung Griessen* (Relations des préparations pathologiques de l'Académie de Wurtzburg), Griessen 1824. — TILESIUS. *In Jacobovitsch dissertatio* (Hist. patholog. sing. cutes turpitud. Lepsiæ), 1840. — Hale THOMSON. *The Lancet*, 1840-1841, t. II, p. 256. — VIRCHOW. *Virchow's Arch.*, 1847, p. 226 ; — *Pathologie des tumeurs*, 1863, t. I, p. 1867. — HECKER. *Die Elephantiasis oder lepra arabica*, 1858.— HITCHCOK. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1862, p. 220. — CHRISTOT. Névrome plexiforme, *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, p. 242. — MARGERIN. *Névrome plexiforme*, Th. de Paris, 1867.— MURRAY. *The Lancet*, mars 1873 ; — *Gaz. hebd.*, 1873, p. 221. — ATKINSON. *New-York Med. Journ.*, 1875, t. II, p. 601. — GUYOT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 janv. 1875. — WINIWARTER. *Arch. f. Path. anat.*, 1876. — BESNIER. Dermato-fibromes, *Ann. de dermat. et syphil.*, 1880 ; — Dermato-myomes, *Id.*, 1880, p. 25. — RECKLINGHAUSEN. *Ueber die multiplen fibroma der Haut und ihre beziehung zu den Multiplen neuromen*, Berlin ; — *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1882, p. 490, anal. in Th. de Boudet. — MODRZEJEWSKI. Multiple angeborene fibromato-molluscum, *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 627 ; — *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1882, p. 627. — LAUNOIS et VARIOT. Étude sur les névromes multiples, *Rev. de chir.*, 1883, p. 409. — ARNOZAN et PRIOLEAU. Dermato-fibromes congénitaux généralisés, *Ann. de dermat. et syphil.*, 1883, p. 688. — BOUDET. *Contribution à l'étude du fibroma molluscum*, Th. de Paris, 1883-84, n° 56, vol. III. — LEREFAIT. *Contribution à l'étude des altérations morphologiques des néoplasmes et surtout du fibrome molluscum*, Th. de Paris, 1885. — Alex. BOGOLUBSKY. *Taches pigmentaires de peau*, Th. de Berne, 1887. — PAYNE. *Brit. med. Journ.*, mai 1887, p. 1098 ; — *Rev. de Hayem*, 1889, vol. XXXIII, p. 108.— PHILIPSON. Beitrag zur lehre von fibroma molluscum, *Virchow's Archiv*, t. CX, 1887. — KRAUSE. *Ueber maligne neuroma*, 1887. — HALLOPEAU. Neuro-fibromes multiples, *Ann. de dermat. et syphil.*, 1889, p. 707. — SCHLANGE. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 6, p. 122. — HANSEMANN. *Deuts. med. Woch.*, 1889, n° 6, p. 122.— AUDRY et LACROIX. Névromes plexiformes et pachydermies névromateuses, *Lyon méd.*, 1891, p. 109-145. — HUGUES. *Nævi pigmentaires*, Th. de Paris, 1890. — HERCZEL. Ueber fibrome der sarcome der peripheren nerven, *Beitr. z. Path. anat. und. z. Allgem. Pathol. von Ziegler*, 1890. — MESLET. *Contribution à l'étude des névromes plexiformes*, Th. de Bordeaux, 1892. — LAHMANN. Die multiplen Fibrome in ihre beziehung der neurofibromen, *Virchow's Archiv*, 1885, Bd. CI, p. 763 ; 1892, t. CV. — ALSBERG. Th. de Berlin, 1892. — D'AUDIBERT CAILLE, DUBOUSQUET et LEGRAIN. Fibrome molluscum généralisé, *Ann. de dermat. et syphil.*, 1893, p. 461. — PICQUÉ. *Contribution à l'étude des névromes plexiformes*, Th. de Lyon, 1894 ; — *Rev. de neurol.*, 1895, p. 505. — COLLET et LACROIX. Névrome plexiforme de la face. Malformation congénitale de la face et du crâne avec éléphantiasis des parties molles, *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1894, n° 7, p. 78. — TICHOFF et TIMOFEJEFF. *Ann. russes de chir.*, 1894, p. 719. — LANDOWSKI. *D'une maladie caractérisée par la présence de tumeurs cutanées et des nerfs, de pigmentation de la peau accompagnant un ensemble particulier*, Th. de Paris, n° 50, vol. XX ; — *Gaz. des hôpit.*, 1894 ; — Neuro-fibromatose généralisée, *Gaz. des hôpit.*, 1896, p. 946. — P. MARIE. *Clinique médicale*, 1896 (Leçons de l'Hôtel-Dieu, 1894-95). — BRIGIDI. Multiple neurofibrome der peripherischen Haut und Musckel nerven mit fibroma molluscum, *Monats. f. prackt. dermat.*, 1894, n°s 4 et 5, t. XIX. — HANSEMANN. Neurof. multiples, *Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 30, p. 662 ; *Rev. de Hayem*, 1896, t. LXVIII, p. 631 ; — *Semaine méd.*, 1895, p. 308. — KŒNIG. Neurofibromen und elephantiasis, *Berl. klin Woch.*, 1895, n° 36, p. 798 ; — *Revue de Hayem*, 1896, t. XLVIII, p. 631. — ADENOT. Névrome plexiforme de partie inférieure de jambe avec malformation et pigmentation de la peau, *Lyon méd.*, 1895, p. 391-396. — ROLLET et JACQUEAU. Névrome plexiforme de la paupière, Soc. des sc. méd. de Lyon, *Lyon méd.*, 1895, t. VIII, p. 578, 604. — RACKMANINOFF. Un cas de fibromyomes multiples des nerfs et de la peau, *Rev. de méd. russe*, 1895, n° 1 ; — *Rev. de neurol.*, 1896, p. 172. — DELORE. Neurofibromatose cutanée avec xanthome du bras, *Gaz. des hôpit.*, 28 avril 1896, n° 50, p. 516 ; — *Rev. de neurol.*, 1896 ; — *Ann. de demat. et de syphil.*, 1898, p. 238. — CHIPAULT. Neurofibromatose généralisée, affection congénitale du feuillet ectodermique, *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1896 ; — Deux cas de neurofibromatose du cuir chevelu, *Tribune méd.*, juin 1896, n°s 23 et 24 ; — *Rev. de neurol.*, 1896, p. 622. — H. PETIT. Sur névrome plexiforme du cuir chevelu, *Tribune méd.*, juill. 1896, n° 27 ; — *Rev. de neurol.*, p. 1292. — P. MARIE et H. BERNARD. Neurofibromatose généralisée, Soc. méd. des hôp. de Paris, 21 fév. 1896 ; — *Gaz. des hôp.*, 1896, p. 203. — BRANCA. Neurofibromatose intestinale, *Bull. de la Soc. de biol.*, 26 déc. 1896, p. 1124. — BAROT. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 août 1896. — FINOTTI. *Arch. f. path. anat.*, 1896, CXLIII, 1. — THOMSON. *Brit. Med. Journ.*, 1896. — CHAUFFARD et RAMOND. Dermatofibrose pigmentaire ou neurofibromatose généralisée, mort par adénomes des capsules surrénales, Soc. méd. des hôp. de Paris, 1896 ; — *Bull. méd.*, 1896, p. 1119 ; — *Gaz. des hop.*, 1896. — BAYLAC et FABRE. *Arch. méd. de Toulouse*, oct. 1896. — RAMOND. Un cas de neurofibromatose, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1896, p. 1370. — FEINDEL. *Sur quatre cas de neurofibromatose généralisée*, Th. de Paris 1896-97, v. XVI ; — *Rev. de neurol.*, 1897, p. 35 ; — *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897, p. 911. — ORIOT. *Contribution à l'étude de la neurofibromatose*, Th. de Paris 1896-97, v. XXXIV ; — *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897, p. 912. — FURET. Soc. fr. d'ot., de laryng. et de rhinol., mars 1897. — HANHIS. *Austr. Med. Gaz.*, 1897. — BUNGER. Ueber allgemeine multiple neurofibrome des periphanschens nervos systems und des sympathycus, anal. in *Deutsch. Med. Zeit.*, 1897, p. 442. — MOSSÉ et CAVALIÉ. Tumeurs multiples de l'encéphale et de moelle allongée ; neurofibromatose centrale, Congr. fr. des méd. neur. et alién. de Toulouse,

1897; — *Rev. de neurol.*, 1895, p. 456. — Petren. Beiträge zur Benntrick der multiplen allgem. neuroman, *Nord. Med. Aut.*, 1897, n° 10, p. 30; — *Rev. de neurol.*, 1898, p. 49. — Étienne. Nœvi et rapports avec territoires nerveux, *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1897. — Péan. Névromes généralisés, résection d'une grande partie des nerfs médian et cubital, rétablissement des fonctions motrices et sensitives, Acad. de méd., 1897; — *Gaz. des hôp.*, 1897, n° 10; — *Rev. de neurol.*, 1897, p. 150. — Thailefer. Fibromes multiples de la peau, *Progrès méd.*, 25 déc. 1897, p. 474. — Vézely. Neuromatose généralisée, Soc. des méd. tchèques de Prague, 5 juillet 1897; — *Rev. de neurol.*, 1897, p. 682. — Iehl. *Dermofibromatose pigmentaire généralisée et de ses rapports avec la neurofibromatose pigmentaire généralisée*, Th. de Paris, 1897-98, n° 301, p. 22. — Hoisnard. *Contribution à l'étude de la neurofibromatose généralisée*, Th. de Paris, 1897-98, n° 464, t. XXII; — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, n° 97, p. 1159. — Leredde et Bertherand. Neurofibromatose cutanée, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, n° 6. — Thibierge. Maladie de Recklinghausen (neurofibromatose généralisée sans tumeur fibromateuse), Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1898; — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, n° 16, p. 186. — Zinna. Fibromatosi multipliæ dei gangle spinale con sclerosi laterale amiotrofica, *Giorn. dell'Assoz des méd. et natur.*, an VII, punctata 5, Napoli, Analys. in *Clin. mod.*, n° 14, p. 53; — *Rev. de neurol.*, 1898, p. 489. — Delore et Bonne. Neurofibromatose et névrome plexiforme, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, n° 25, p. 289; — *Ann. de dermatol. et de syph.*, 1898, p. 73. — Spillmann et Étienne. Six cas de neurofibromatose (neurofibromatose médullaire et périphérique), *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, n° 57, p. 672. — Spillmann. Neurofibromatose généralisée, Faculté de médecine de Nancy, 21 juillet 1897, *Rev. de neurol.*, 1898, p. 114 et 158. — Feindel et Oppenheim. Sur les formes incomplètes de la neurofibromatose, *Arch. gén. de méd.*, 1898, p. 77 et sq. — Girard. Transformation de molluscums et de nævi en sarcomes et épithéliomes, *Dauphiné méd.*, 1898, n° 1. — Jeanselme. Étude histologique d'un cas de maladie de Recklinghausen, Soc. fr. de dermat. et syphil., 10 nov. 1898; — *Rev. de neurol.*, 1899, n° 9, p. 344. — Thibierge. Un cas de maladie de Recklinghausen, Soc. de dermat. et syphil., 10 nov. 1898; — *Rev. de neurol.*, 1899, n° 9, p. 344. — Adrian. Neurofibromatose multiple de la peau, *Ann. de dermat. et syphil.*, t. X, avril 1899, n° 4, p. 426. — Audry et Lévy. Deux cas de neurofibromatose généralisée, Soc. des sc. méd. de Lyon, séance du 26 avril 1899; — *Province méd.*, 29 avril 1899, n° 17. — Vallas. Sur un cas de sarcome cutané avec lipomes sous-cutanés multiples. Discuss. Augagneur, Gangolphe. Soc. des sc. méd. de Lyon, séance du 29 juin; — *Province méd.*, 8 juillet 1899, n° 27. — Feindel et Froussard. Dégénérescence et stigmates mentaux; malformation de l'ectoderme; myoclonie épisodique; acromégalie possible (paramyoclonus multiplex dans un cas de maladie de Recklinghausen), *Rev. de neurol.*, 30 janvier 1899, n° 2 p. 46. — Kæppelin. Un cas de neurofibromatose généralisée, Soc. des sc. méd. de Lyon, séance du 26 juillet 1899. — Kaposi. *Les maladies de la peau*, 1891. — Gaucher et Barbe. *Traité de médecine*, de Brouardel, Gilbert et Girode. — A. Broca. *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, 2e édit., 1892. — Faure. *Traité de chirurgie*, de Le Dentu et Delbet. — Gaucher. *Traité des maladies de la peau*, 1988, t. II, p. 222. — Bard. *Anatomie pathologique*, 2e édit., 1899.

FORMULAIRE

Collutoire à appliquer dans la gingivite des femmes enceintes.

Eau distillée .... 50 grammes.
Permanganate de potasse.... 0gr15 centigr.

Appliquer sur les gencives avec un pinceau (Vinay).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — *Anatomie* (séance du 8 novembre): MM. Guihal (Ét.), 14; — Piquand, 11; — Kahn (G.), 6; — Calvé et Crouzon, 5; — Lecornu, 4; — Foisy et Israëls, 3; — Devraigne, 1.

Séance du 9 novembre : MM. Diel, 11; — Dupuy et Lebreton, 6; — Menet et Mettey (Ph.), 5; — Bordenave et Verbeck, 4; — Inglessi, 3; — Boissier, 2; — Fumouze, 1/2.

La prochaine séance aura lieu le samedi 11 novembre, à dix heures du matin, à l'Administration centrale.

Pathologie (séance du 9 novembre) : MM. Weill, 13; — Bentz, Français (Henri), Matsoukis et Vaillant, 11. — Chastenet de Géry et Legrand, 10; — Lemaître (Georges), 8.

La prochaine séance aura lieu le mardi 14 novembre, à quatre heures et demie du soir, à l'hôpital Beaujon.

Hôpitaux de province. — *Nancy.* — A la suite du dernier concours, ont été nommés internes des hôpitaux : MM. Ruef, Jeandelise, Michel, Dreyfous, Vigneron, Dreyer ; — interne provisoire : M. Engel.

Marine. — M. Audibert, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour servir au régiment de tirailleurs annamites en Cochinchine, au lieu et place de M. le docteur Badet.

M. Carbonel, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné, sur sa demande, pour remplacer au 4e régiment d'infanterie de marine de garnison au même port, M. le docteur Fournes.

MM. les médecins de deuxième classe de réserve Alliot et Le Ménicier, du port de Cherbourg, sont maintenus, sur leur demande, dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

M. le médecin de deuxième classe de réserve Bourgogne, du port de Cherbourg, est maintenu, sur sa demande, dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — Un concours s'ouvrira le 14 mai 1900 devant l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 44e semaine 878 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente et voisin de la moyenne ordinaire des semaines de novembre (856).

La fièvre typhoïde a causé 13 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente.

La rougeole a causé 6 décès; la scarlatine, 2; la coqueluche 2; la diphtérie, 4.

La variole n'a causé aucun décès depuis dix-sept semaines.

La diarrhée infantile a causé 24 décès parmi les enfants de moins d'un an (moyenne 28).

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 113 décès, au lieu de 95 pendant la semaine précédente (moyenne 103).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 41 décès, dont 33 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie a causé 192 décès (moyenne 186); la méningite tuberculeuse 25; la méningite simple, 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 52 décès; les maladies organiques du cœur, 58; le cancer a fait périr 48 personnes; enfin, 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 129. — MARDI 14 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 14 NOVEMBRE 1899. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE.......	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SUR L'INNERVATION SÉCRÉTOIRE DU PANCRÉAS

Par MM. E. WERTHEIMER et L. LEPAGE (1).

Claude Bernard a, comme on sait, attribué au ganglion sous-maxillaire le rôle de centre réflexe pour la secrétion salivaire. Cette opinion a suscité des controverses qui durent encore. Nous pouvons apporter de nouvelles preuves à l'appui de la notion générale établie par Claude Bernard. La participation du système ganglionnaire périphérique aux actes réflexes qui règlent les sécrétions digestives ressort, en effet, avec évidence, d'expériences que nous avons faites sur la secrétion pancréatique : celle-ci s'y est montrée remarquablement indépendante de l'action du système nerveux central.

Les recherches de Pawlow et de ses élèves, celles de Morat ont prouvé l'existence de fibres excito-secrétoires pour le pancréas dans les pneumogastriques et dans les nerfs splanchniques. D'autre part, on a, dans l'emploi des solutions acides, un moyen, en quelque sorte spécifique, de provoquer l'activité de la sécrétion pancréatique (Dolenski). Un agent dont nous nous sommes aussi servis avec avantage, c'est l'éther dont l'action excitante sur le pancréas a été signalée par Claude Bernard et Kühne.

Ceci posé, si l'on sectionne les deux pneumogastriques au cou et les deux cordons du sympathique dans le thorax, l'injection d'une solution d'acide chlorhydrique à 5 p. 1000 dans le duodénum produit une augmentation tout aussi marquée de la secrétion pancréatique que si les principaux nerfs sécréteurs étaient restés intacts. Cette expérience a déjà été faite par Popielski et nous ne pouvons que confirmer les résultats qu'il a obtenus. Mais cet expérimentateur ajoute que, si l'on sépare le duodénum du pylore, la sécrétion réflexe ne se produit plus, et il en conclut que le pylore renferme très vraisemblablement le centre sécrétoire du pancréas. Sur ce point nos observations sont en désaccord avec celles de Popielski. Nous avons toujours vu, quand le duodénum avait été sectionné à quelque distance au-dessous du pylore, l'injection d'acide ou d'éther amener ses effets habituels.

Il fallait donc chercher ailleurs que dans la région pylorique le centre de sécrétion et l'on pouvait supposer qu'il se trouverait dans les gros ganglions abdominaux du sympathique. Pour résoudre cette question, nous avons extirpé, à des chiens curarisés, le ganglion cœliaque et le ganglion mésentérique supérieur et, en même temps, nous avons énervé soigneusement l'origine de toutes les artères qui peuvent fournir des branches au pancréas, c'est-à-dire à l'origine du tronc cœliaque et celle de l'artère mésentérique supérieure.

Ces animaux avaient subi, en outre, la section des pneumogastriques, des cordons thoraciques du sympathique et celle du pylore.

Un premier fait digne d'intérêt s'observe après ces opérations : le pancréas, ainsi privé de ses relations avec tous les appareils nerveux extérieurs à l'organe continue à sécréter. Mais le résultat le plus important c'est que, si l'on introduit une solution acide ou de l'éther dans le duodénum, l'écoulement du suc pancréatique s'accélère. L'exemple suivant est très caractéristique.

« Chez un chien de 6k500, en digestion et curarisé, on pratique toutes les opérations indiquées ci-dessus, et l'on termine par l'introduction d'une canule dans le conduit excréteur du pancréas. Le suc apparaît rapidement à l'orifice de la canule, et une première goutte tombe au bout de deux minutes 15 secondes ; l'écoulement se ralentit alors progressivement et la cinquième goutte met onze minutes 25 secondes à se former. A ce moment, on injecte dans le duodénum

(1) Travail du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Lille, lu à l'Académie des sciences.

8 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 5 p. 1000. La première goutte qui se produit après l'injection tombe au bout de 4 minutes et 20 secondes, et dans les 8 minutes 40 secondes qui suivent, on recueille douze gouttes; puis la quatorzième ne tombe plus qu'au bout de 3 minutes 40 seconds et la suivante au bout de 13 minutes seulement. La secrétion qui s'était accélérée pendant 17 minutes environ, sous l'influence de l'injection acide, reprend donc, au bout de ce temps, sa marche très ralentie du début. »

Nous pourrions rapporter plusieurs exemples du même genre. Parfois quand l'effet de la solution acide était épuisé, nous avons, par une injection d'éther, réveillé à nouveau, quoique à un degré moindre, l'activité de la glande. Il est à noter aussi, que l'épreuve réussit à un moment où l'insufflation pulmonaire, le tramatisme pratiqué sur l'abdomen ont fait baisser la température rectale à 34 ou 33 degrés.

Ce n'est pas sans surprise qu'on voit le pancréas isolé de toute connexion, non seulement avec le système nerveux cérébro-spinal, mais aussi avec les centres abdominaux du sympathique, obéir encore à une excitation dont le caractère réflexe n'est pas douteux puisque l'acide introduit à dans le duodémun ne peut agir qu'à distance sur la cellule glandulaire. Il faut donc que les centres sécrétoires aient leur siège, soit dans le duodénum, soit dans le pancréas lui-même : c'est très vraisemblablement dans l'intimité de sa propre substance que la glande trouve tous les éléments nécessaires à la manifestation de son activité réflexe. La persistance de cette dernière dans un organe énervé implique aussi que les ganglions minuscules disséminés à la périphérie réunissent entre eux toutes les parties constituantes de l'arc diastaltique.

Ajoutons enfin que la pilocarpine conserve son action excito-sécrétoire sur la glande isolée de son appareil nerveux extrinséque : ce qui permet de recueillir une quantité assez forte de suc pancréatique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(10 novembre 1899)

Dans la dernière séance, M. Joffroy a cité les **remarquables effets de la psychothérapie dans la morphinomanie**. Il met en œuvre les moyens suivants :

1° Avant de commencer la démorphinisation, mettre les malades en état de supporter cette démorphinisation. Pour cela, les laisser un certain temps à la dose d'entretien de morphine, soit de 0g30 à 0g60 centigr. par jour, pris un peu avant les repas, pour augmenter l'appétit. On attendra que le poids du corps ait gagné plusieurs kilogrammes.

2° Quand l'état général est suffisamment bon et que cette augmentation de poids a été obtenue, alors commencer la démorphinisation, *mais sans que personne s'en doute dans l'entourage du malade*. Cela est indispensable.

3° Dissoudre la morphine dans le sérum d'Hayem et faire des solutions très étendues.

4° Faire soi-même les injections et à heure fixe.

5° Prendre les précautions nécessaires pour que les malades ne puissent pas goûter la solution qu'on leur injecte.

MM. Rendu, Jacquet, Siredey citent à ce propos quelques observations personnelles qui montrent bien l'origine purement psychique de beaucoup de phénomènes douloureux présentés par les morphinomanes.

M. Barbier a étudié **quelques caractères de la fièvre au cours de la tuberculose pulmonaire.**

Il a montré que la température devait être prise à certaines heures, heures de choix, lesquelles sont :

1° Celle des plus basses températures (entre six et huit heures du matin).

2° Celle des maxima : *a.* accès diurne entre une heure et trois heures; *b.* accès nocturne, entre neuf heures et onze heures du soir.

Grâce à cette méthode, M. Barbier a remarqué :

1° Que nombre de périodes dites apyrétiques de la tuberculose pulmonaire en évolution ne sont pas, en réalité, apyrétiques.

2° Que dans les tuberculoses avec fièvre, vérifiée seulement matin et soir, des périodes fébriles de la plus haute importance échappent au médecin, sinon au malade, et que les tracés ordinaires donnaient, dans ces circonstances, une idée absolument inexacte de la fièvre.

Or, dans la tuberculose, la fièvre peut être *intermittente*, *rémittente*, *continue*. Presque toujours elle procède par accès.

Si l'accès est diurne, il commence, en général, entre huit et neuf heures du matin, pour atteindre son acmé entre dix heures et trois heures de l'après midi.

S'il est nocturne, ce qui est le cas le plus fréquent, il commence entre deux heures et six heures du soir, pour atteindre son acmé entre dix heures du soir et quatre heures du matin.

M. Gaucher rapporte le cas bien intéressant et singulièrement rare d'un enfant chez lequel une **rougeole récidiva au bout d'un mois**. L'enfant fut atteint de rougeole le 2 juin; il sortit pour la première fois le 15 juin; la mère fut contagionnée par son enfant et s'alita le 17 juin avec une éruption morbilleuse typique. Le 5 juillet l'enfant fut atteint d'une nouvelle rougeole, précédée des prodromes classiques.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(8 novembre 1899)

M. Fontan (de Toulon) a communiqué une intéressante observation de **traumatisme de la vessie**. Il s'agissait d'un homme qui fut amené à l'hôpital ayant reçu un coup de couteau dans la fesse, et présentant tous les symptômes d'une **blessure de la vessie**. L'état général de cet homme était grave. Une laparotomie exploratrice montra qu'il n'existait aucune lésion intrapéritonéale ou du péritoine lui-même; mais sous le péritoine existait un vaste épanchement sanguin et on découvrit une blessure de la région postérieure de la vessie. Il y avait aussi une blessure de l'artère fessière, dont la ligature présenta d'assez grandes difficultés.

La plaie vésicale fut fermée, le péritoine et la paroi abdominale furent suturés avec drainage. Les suites de l'opération furent simples, sauf un léger degré d'ictère qui fit monter la température à 38°5. Le malade a parfaitement guéri.

Dans un rapport sur un travail de M. Loyson, relatif à **l'ostéome du brachial antérieur**, M. Picqué fait un historique de la question, rappelle le mémoire de Favier, les présentations de Delorme, de Monod, de Reynier. Arrivant au travail de M. Loyson, il passe en revue les huit cas qui en sont la base et qui tous sont accompagnés de leur radiographie. Ces faits, autrefois assez rares, deviennent aujourd'hui plus fréquents. On a beaucoup discuté sur la pathogénie de cette affection; M. Loyson se rattache à l'hypo-

hèse défendue par M. Bard (de Lyon) et basée sur la prolifération des cellules radiculaires intramusculaires.

M. Chauvel analyse plusieurs observations de **plaies contuses de l'abdomen par coup de pied de cheval**, présentées par M. Dubujadoux. Dans plusieurs de ces cas, il y a eu perforation intestinale, laparotomie, suture des plaies de l'intestin. Dans plusieurs autres cas à symptômes assez graves, il n'y eut pas d'intervention, et ces malades guérirent.

Plusieurs présentations ont été faites à la Société : c'est d'abord une malade opérée par M. Routier d'une **grossesse extra-utérine**. Cette femme, après être restée trois mois sans avoir ses époques, fut prise de symptômes péritonéaux, de fièvre, d'augmentation du volume du ventre; M. Routier diagnostiqua une hématocèle rétro-utérine; il fit une incision du cul-de-sac postérieur; il sortit des caillots, puis un fœtus et un sang clair; M. Routier fit donc la laparotomie et trouva une trompe droite rompue. D'après ce cas, il faut donc admettre que, contrairement à ce qu'on a dit, il peut se faire une hémorragie intra-abdominale avec une élévation de température.

Une petite discussion s'engage à ce sujet :

M. Pozzi croit que, l'hémorragie, dans ces cas, produit d'abord une dépression immédiate, et que l'élévation de la température est due au travail de résorption du sang.

M. Tuffier, dans un cas d'hématome intra-thoracique, a constaté une élévation de la température ; il a fait une ponction, a fait examiner le sang, qui a été reconnu aseptique, et le malade a guéri sans intervention.

M. Hartmann cite également un fait où l'élévation de la température a accompagné la production d'un épanchement sanguin, alors même que l'examen du sang a montré qu'il était stérile.

M. Kirmisson a présenté un enfant dont voici l'histoire résumée : à la suite d'une scarlatine, cet enfant a été atteint d'une **otite moyenne** du côté droit, qui a nécessité le curetage de l'oreille moyenne. Près de quatre mois après, il présentait une hémiplégie gauche et tous les symptômes d'un abcès cérébral. M. Kirmisson trépane, ponctionne la substance cérébrale et, comme il sortit du pus, il ouvrit largement et donna issue à environ 60 grammes d'un pus séreux, jaunâtre, à streptocoques. L'enfant se remit bien, mais l'hémiplégie persista. Grâce à un massage méthodique, celle-ci disparut peu à peu et cet enfant marche aujourd'hui très bien.

Citons encore une observation de **kyste congénital du crâne**, avec épaississement considérable des parois, présenté et opéré par M. Reclus, et la présentation par M. Demoulin d'une femme qui avait reçu plusieurs **coups de revolver dans le ventre**, et qui a fort bien guéri après laparotomie et suture de plusieurs perforations intestinales.

Un incident regrettable s'est produit à la Société de chirurgie. La parole, dans l'une des dernières séances, a été donnée à un médecin étranger à la Société pour la lecture d'un travail qui a été ensuite publié dans les journaux politiques, et qui a eu un tel succès de réclame, que M. le président a été assailli de lettres demandant des renseignements sur ce travail. Dans la prochaine séance la Société, justement soucieuse de son bon renom, se réunira en comité secret pour étudier les moyens d'empêcher le retour de pareils abus. Elle fera bien.

MÉDECINE PRATIQUE

Procédé simple pour combattre l'épistaxis.

Ce procédé, préconisé par M. Lubet-Barbon, consiste à utiliser les propriétés hémostatiques (1).

On prend un petit tampon d'ouate hydrophile, on l'imbibe d'eau oxygénée à dix volumes, exempte d'acide chlorhydrique. Avec une pince flambée, on applique le tampon contre la partie antérieure de la cloison. On le laisse en place quatre ou cinq minutes au plus. Lorsqu'on le retire, l'hémorragie est complètement arrêtée.

Deux précautions sont indispensables pour le succès de cette petite manœuvre.

La première est d'avoir une eau oxygénée qui n'ait pas perdu ses volumes. En ville, le remplacement en est aisé. Mais à la campagne, il est quelquefois difficile de renouveler sa provision d'eau oxygénée. Or rien n'est plus simple que de lui conserver toute son activité : il suffit de la mettre dans une de ces bouteilles de bière fermant à pression avec un bouchon de porcelaine. On garde ainsi sa provision d'eau intacte, à l'abri de l'air et de la lumière, les deux grands agents de décomposition de l'eau oxygénée.

La deuxième, qui est non moins importante, est de ne pas laisser le tampon en place plus de quatre ou cinq minutes, car au bout de ce temps l'ouate, sous l'action de l'eau oxygénée, contracte avec la muqueuse des adhérentes de plus en plus intimes, de sorte que lorsqu'on enlève le tampon, l'hémorragie recommence avec plus d'intensité.

Le chlorure de zinc dans le traitement des hémorroïdes.

Le docteur Gratiani Catasus, appliquant la méthode sclérogène au traitement des hémorroïdes idiopathiques, recommande le procédé suivant (2) :

Après avoir bien lavé la région, faire une onction de vaseline iodoformée sur le paquet hémorroïdaire, puis injecter à la base de la tumeur une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Eau distillée..................	20 grammes.
Chlorure de zinc...............	0g50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne........	0g20 —

Les malades n'accusent aucune douleur.

Dès le lendemain se produit une petite réaction inflammatoire, puis se forme un nodule qui disparaît du quatrième au sixième jour, rarement après le quinzième. Une injection d'un gramme suffit ordinairement.

Dans un cas sur cinq, l'auteur a constaté une petite escarre au point d'introduction de l'aiguille, due à l'action de quelques gouttes de la solution tombées à la surface de la peau. L'onction de vaseline iodoformée est d'ailleurs suffisante pour éviter ce léger incident.

Le nitrate d'argent contre l'onychophagie.

Le docteur Derecq recommande de badigeonner le bord rongé et le bourrelet périunguéal avec une solution de nitrate d'argent à 5 p. 100. Les points rongés se montrent nettement dépourvus de coloration. En recommençant le badigeonnage sur ces points, on finit par causer une certaine douleur qui suffit à corriger le sujet en peu de jours.

Les injections d'eau de mer dans les infiltrations de la cornée.

Après avoir essayé, puis abandonné les injections sous-conjonctivales d'iode, de mercure, de sel marin, M. Dianoux (3) a adopté l'eau de mer en raison de son analogie chimique avec le sérum humain.

(1) *Gaz. hebd.*
(2) *La Pharmacia de Méjico* in *Gaceta médica del Norte*, 1899, nº 51.
(3) Cong. d'Utrecht, 1899.

Il injecte d'un seul coup deux seringues d'eau de mer, il n'y a que fort peu de douleur et pas de réaction.

Les injections doivent être espacées de huit ou même quinze jours. Il faut les continuer aussi longtemps que l'examen dénote une amélioration progressive de l'acuité visuelle; mais il est avantageux de discontinuer pendant quelques semaines pour reprendre ensuite.

Lorsque trois injections n'ont pas produit d'amélioration, il n'y a pas lieu d'insister. Ce traitement doit être appliqué à la période de déclin et s'applique à toutes les infiltrations de la cornée quelle qu'en soit la cause.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les bronchites (1).

Par M. le docteur Lévi-Sirugue, ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Nous avons vu, précédemment, comment se comporte la bronchite de l'adulte qui ne présente aucune tare organique, maladie bénigne dans ces conditions, où le médecin n'a qu'à favoriser la marche naturelle des choses et qu'à éviter l'intensité trop grande des réactions individuelles. Nous allons maintenant voir le rôle de la thérapeutique dans la bronchite de l'*enfant* et dans celle du *vieillard*.

C'est, comme nous l'avons dit, chez l'enfant en bas âge que la bronchite accuse le plus nettement ses caractères contagieux; si l'on ne peut faire un isolement rigoureux, on évitera du moins les contacts d'enfants sains avec les bronchitiques, et les contacts des bronchitiques avec des enfants atteints de broncho-pneumonie. Préventivement, on soignera la rhinite par l'instillation dans le nez de quelques gouttes d'*huile mentholée à* 2 p. 100 ou d'huile résorcinée à 5 p. 100, qui a l'avantage d'être moins irritante.

La gravité de la bronchite chez l'enfant, d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune et qu'il est plus débilité, consiste dans l'invasion des bronchioles, dans la bronchite capillaire. Le praticien doit donc veiller attentivement à ce que la bronchite reste confinée aux grosses bronches.

L'*acétate d'ammoniaque*, stimulant, diaphorétique, rend service chez l'enfant. On peut le donner à la dose de 4 grammes par jour en formulant ainsi :

Acétate d'ammoniaque......	10	grammes.
Sirop de punch.............	50	—
Eau de tilleul...............	150	—

Trois ou quatre cuillerées à soupe par jour.

On évitera de donner l'opium aux enfants, car on en sait les dangers dans le bas âge. La seule préparation opiacée qu'on puisse prescrire avec précaution est le *sirop de lactucarium opiacé* du Codex dont 20 grammes renferment 5 milligrammes d'extrait d'opium, ou même on pourra s'en tenir chez les tout jeunes enfants au sirop simple de lactucarium qu'on donne à une dose de 25 à 30 grammes par cuillerées à café. On pourrait encore prescrire une faible dose (5 à 10 grammes) de *sirop de codéine* fortement diluée (5 grammes dans une potion de 60 grammes) donnée par cuillerée à café.

Deux médicaments sont utiles comme calmants dans la bronchite du jeune âge, l'*aconit* et la *belladone*, qu'on peut associer. L'aconit s'emploiera sous forme d'alcoolature de racines, à la dose d'une demie à v gouttes jusqu'à trois ans, de v à viii gouttes de trois à cinq ans, et de viii à x au-dessus. Quant à la belladone, on l'utilise surtout sous forme de teinture à dose de iv à v gouttes en deux fois à deux ans, et de xx à xl gouttes espacées dans les vingt-quatre heures de quatre à dix ans. On peut encore employer le sirop dont on donne une à deux cuillerées à café à deux ans.

La bronchite de l'enfant s'accompagne souvent d'un mouvement fébrile plus important que chez l'adulte, car on sait que les réactions thermiques sont plus vives dans l'enfance, à l'encontre de ce qui arrive chez le vieillard, où elles sont plus torpides. A titre d'antithermique et d'antiseptique, on emploiera le *sulfate de quinine*, qu'on donnera à dose de 5 à 10 centigrammes au-dessous d'un an, de 10 à 20 centigrammes de un à deux ans, de 20 à 30 centigrammes au-dessus. On le donnera soit en suppositoire (en prescrivant la dose convenable du médicament et en y ajoutant 1 gramme de beurre de cacao), soit en lavement ou en potion ainsi formulée :

Sulfate de quinine....... } Acide tartrique.......... }	ââ 1	gramme.
Sirop de limons.............	20	—
Eau distillée................	80	—

Chaque cuillerée à café contient 5 grammes de sulfate de quinine.

Enfin, comme chez l'adulte, une petite quantité de grog léger sera utile. On le donnera par cuillerées à café.

La révulsion se fera sous forme de larges *cataplasmes sinapisés* qui chez l'enfant sont le moyen le plus commode. On proscrira d'une façon absolue, chez lui plus encore que chez l'adulte, le vésicatoire qui crée une porte ouverte aux germes pyogènes qui trouvent dans l'enfance un si merveilleux terrain de culture.

Généralement, la bronchite chez l'enfant comme la pneumonie a une prompte résolution. Il ne reste pas à sa suite cette hypersécrétion bronchique, qui retarde la convalescence chez les individus âgés. Aussi est-il plus rarement nécessaire de recourir aux balsamiques, qu'on emploierait d'ailleurs sous forme de sirop de tolu, ou de terpine (5 centigrammes par année d'âge). Contre l'anémie consécutive on donnera les sirops d'iodure de fer ou iodotannique.

Supposons maintenant le cas fréquent dans la pratique chez l'enfant très jeune, d'une bronchite qui menace de tourner à la bronchite capillaire, où des râles fins commencent à se montrer, où il existe déjà le bruit de tempête, mélange de râles des grosses et des petites bronches, où l'hyperthermie s'accentue, où la dyspnée s'accuse. Il ne faut pas hésiter à en venir à un remède souvent héroïque en pareille occurrence, l'*ipéca*. Par les efforts nauséeux qu'il provoque, il contribue à faire contracter les petits muscles des bronches et à les débarrasser. On le donnera sous forme de poudre associée au sirop en se rappelant qu'on doit prescrire autant de grammes de celui-ci que de centigrammes de celle-là, et en graduant la dose de poudre de 20 centigrammes à 1 gramme selon l'âge de l'enfant. On peut en masquer l'odeur par l'adjonction de sirop de violettes et de looch blanc. On évitera la répétition du vomitif qui déprimerait le petit malade.

C'est dans ces formes surtout que la quinine rend service, prescrite comme nous l'avons indiqué. Chez l'enfant en bas âge on se trouvera bien d'un petit moyen qui devient un adjuvant utile de révulsion, la *botte d'ouate* autour des

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1184.

membres inférieurs. On répétera les cataplasmes sinapisés, au besoin on fera des frictions avec de la térébenthine et on pourrait même en venir aux ventouses si la dyspnée augmentait.

La *balnéation*, qui ne trouve guère son indication dans la bronchite bénigne de l'adulte, est, au contraire, un agent de premier ordre pour éviter la bronchite capillaire chez l'enfant. C'est au *bain chaud* qu'on devra recourir, bain à 38 degrés, donné systématiquement toutes les trois heures, et de cinq à dix minutes de durée. L'enfant est, au sortir du bain bien séché, frictionné, porté dans son lit et on lui fait boire une petite cuillerée de grog tiède. Le bain froid n'est pas indiqué dans la simple bronchite où l'hyperthermie est toujours peu considérable. Pour la suspension des bains on se guidera sur la courbe thermique et sur l'auscultation.

Chez le *vieillard*, la bronchite présente une gravité de même ordre à cause de la tendance à la bronchite capillaire aux deux âges extrêmes de la vie. Comme l'enfant, le vieillard n'expectore pas, d'où facile encombrement des petites bronches ; il a tendance par le simple séjour au lit à faire des foyers d'hypostase, qui viennent aggraver la bronchite. Enfin le cœur fléchit facilement, et c'est la défaillance cardiaque qui est l'aboutissant de toutes les infections broncho-pulmonaires ; d'où des indications un peu analogues à celles de la bronchite infantile et différentes cependant, car chez l'enfant on a affaire généralement à un myocarde sain, chez le vieillard à un cœur et à des vaisseaux adultérés par la sclérose.

Nous répéterons ici, comme pour l'enfant, que l'opium ne serait qu'un médicament trompeur et dangereux, en diminuant encore l'expectoration qu'il faut faciliter. On recommande aussi et à juste titre de rejeter l'ipéca et les antimoniaux, qui sont des médicaments déprimants et qui pourraient amener la défaillance cardiaque et des syncopes graves. Le vieillard a peu de réactions, à l'encontre de l'enfant qui les a si vives dans un sens ou dans l'autre. Aussi si la balnéation est un puissant moyen chez ce dernier, doit-elle être rejetée chez le vieillard, l'artério-sclérose contre-indiquant d'une façon absolue cette méthode thérapeutique.

Donc, pas d'ipéca, peu ou pas de kermès ni d'autres antimoniaux, pas d'opium, pas de bains, voilà singulièrement réduite la thérapeutique. Il reste cependant quelques ressources, et comme le danger est, nous l'avons dit, à la syncope cardiaque, c'est à soutenir le myocarde que l'on devra s'attacher. On prescrira dans ce but l'*association de l'alcoolature de racines d'aconit et de la teinture de digitale* que l'on peut ainsi formuler :

Alcoolature de racines d'aconit................	} *ââ* 10 grammes.
Teinture de digitale......	

En donner x gouttes deux ou trois fois par jour.

On fera prendre aussi un peu d'alcool sous forme de grog léger, et on pourra donner de l'eau de laurier-cerise (5 à 10 grammes) comme calmant de la toux.

Si l'opium est d'une manière générale contre-indiqué sauf, comme chez l'enfant, sous les formes de sirop de lactucarium opiacé ou de sirop de codéine, il est une préparation d'opium très utile chez le vieillard parce qu'elle est en même temps diurétique : c'est la *poudre de Dower*, association de nitrate et de sulfate de potasse avec un peu de poudre d'ipéca et d'extrait d'opium qu'on peut ainsi formuler :

Azotate de potasse.......	} *ââ* 10 grammes.
Sulfate de potasse.......	
Poudre d'ipéca..........	} *ââ* 2gr50
— d'opium.........	

1 gramme contient 5 centigrammes d'extrait d'opium.

On fera de la révulsion avec des ventouses, au besoin des ventouses scarifiées.

On évitera les sulfureux chez les artério-scléreux, et à leur place, une fois la période aiguë passée, on emploiera l'*iodure de potassium* à faible dose (de 20 à 50 centigrammes par jour), en en surveillant l'action pour éviter des accidents de congestion et œdème qui ne feraient qu'aggraver la situation. Si le cœur semble menacer, on en viendra soit à une petite dose (20 centigrammes) de macération de feuilles de digitale, soit plutôt à la caféine en injections sous-cutanées (0,25 à 0,50 centigrammes).

Ici, la convalescence est souvent traînante et nécessite l'emploi des *balsamiques*, de la terpine, qu'on peut associer à l'acide benzoïque :

Terpine............	} *ââ* 10 centigrammes.
Acide benzoïque pur.	

pour une pilule ; de quatre à six par jour.

On continuera, enfin, l'emploi d'une petite dose d'iodure de potassium. Le séjour dans le Midi, l'hiver, sera utile.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas manuel des bandages (1), par A. Hoffa (de Wurzbourg). Édition française par M. Paul Hallopeau, interne des hôpitaux de Paris.

On voit trop souvent les commençants négliger l'art des bandages, qui a cependant une si grande importance en chirurgie. Cette négligence est due, évidemment, un peu à la paresse, mais elle est due surtout à l'absence d'un manuel *pratique* et *complet* contenant tous les principes de cet art jadis si en faveur.

Le livre que nous présente aujourd'hui M. Paul Hallopeau comble très heureusement cette lacune.

Nous ne saurions mieux montrer tout le bien qu'on doit penser de ce livre qu'en détachant quelques phrases de la préface qu'a bien voulu écrire M. le professeur Paul Berger :

« On ne saurait trop engager ceux qui débutent dans les études médicales à prendre dès l'abord le contact du malade et à s'exercer auprès de son lit, en s'essayant aux pansements, à acquérir la légèreté, la sûreté, l'habileté de main que seuls possèdent ceux qui ont passé des mois, des années dans le maniement permanent de ces objets vulgaires avec lesquels un chirurgien doit tout savoir faire.

Pour aborder ces exercices, il faut un éducateur et un guide : l'*Atlas manuel du bandange*, de M. Hoffa, est précisément fait pour initier les commençants à ce genre d'études, en leur décrivant et en leur faisant voir, grâce aux figures nombreuses et claires qui en émaillent le texte, les objets qu'ils auront à leur disposition pour répondre aux indications les plus variées de cette pratique élémentaire, et en leur montrant le mode d'utilisation.

Il faut savoir gré à M. Hallopeau d'avoir mis à la portée des étudiants et des médecins français ce petit ouvrage d'un maître célèbre, dont les connaissances mécaniques, la grande habileté manuelle, l'ingéniosité, se sont formées à l'étude des difficiles problèmes de la chirurgie orthopédique. Il faut le féliciter d'avoir complété cette œuvre utile,

(1) In-16, avec 128 pl. tirées en couleur et 14 fig. dans le texte, relié. Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

en ajoutant aux appareils décrits par le professeur de Würzbourg un certain nombre de ceux qui sont plus particulièrement en usage chez nous et qui, comme l'appareil de M. le docteur Hennequin pour le traitement des fractures du fémur, ont réalisé un des progrès les plus remarquables que puisse compter la thérapeutique des fractures.

Aussi sommes-nous certain que ce Manuel sera accueilli avec faveur par le public médical, auquel il rendra de très réels services. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 NOVEMBRE 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 20 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), MM. Ch. Richet, Broca (André) et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Delbet et Varnier; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Tillaux, Kirmisson et et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 21 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Dieulafoy, Blanchard et Charrin.

4e : MM. Proust, Chassevant et Vaquez; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Albarran et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Letulle et Dupré; — (2e série) : MM. Hutinel, Ballet et Thiroloix; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 22 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Varnier et Mauclaire ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Brissaud, Gaucher et Widal ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Tuffier, Poirier et Lejars; — (2e série) : MM. Jalaguier, Delbet et Sébileau ; — M. Méry, suppléant.

JEUDI 23 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Hartmann.

2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Budin et Faure ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Ménétrier et Thiroloix; — M. Widal, suppléant.

VENDREDI 24 NOVEMBRE, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Jalaguier et Lejars; — (2e série) : MM. Tuffier, Poirier et Delbet; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Teissier ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 25 NOVEMBRE, à une heure. — 4e : MM. Blanchard, André et Dupré; — M. Vaquez, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Achard ; — (2e série) : MM. Debove, Joffroy et Roger; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat.— *Anatomie* (séance du 11 novembre) : MM. Cresson, 8; — Bouchet, Daniel et Lemaître (René), 4; — Roland, 3; — Brissy, Deglos, Mlle Francillon et M. Friedel, 2.

Hôpitaux de province. — *Lille.* — A la suite des épreuves ont été nommés externes dans l'ordre suivant : MM. Crétal, Lorgnier, Dancourt, Lagache, Leblond, Trampont, Huriez, Gellé, Minet, Knoll, Descamps, Duprez, Caudron.

Toulouse. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Constantin, Laurens, Barreau, Vianet, Maillet, internes titulaires; Dardenne, Paisseran, Pouech, internes provisoires.

Société de chirurgie. — Un auteur anonyme a envoyé à la Société de chirurgie un travail pour un prix avec cette devise : « Nihil affirmat sapiens quod non probet. » On demande pour quel prix est adressé ce mémoire?

Université de Nancy. — Le discours de la séance de rentrée a été prononcé par M. Lichtenberger, professeur de littérature étrangère à la Faculté des lettres (remplaçant M. Diehl appelé à la Sorbonne, en vertu de la même « dîme » qui prive la province lorraine de M. Haller, directeur de l'Institut chimique de Nancy, aussi accaparé par la capitale).

Le discours officiel roulait sur : « La réforme de l'enseignement classique dans le gymnase allemand. » C'est en Allemagne comme en France; partisans et adversaires du *statu quo* se livrent à une lutte formidable. On n'aboutit à rien. — Il serait temps de se décider. — Il faudrait autre chose que cette véritable course au clocher à travers le « domaine de la science », qui représente en France l'idéal des candidats aux baccalauréats, et les laisse, aussi bien que leurs maîtres, ignorants et incapables de toute initiative.

Voici la liste des récompenses :

Faculté de médecine. — Deuxième année. Anatomie et histologie : prix, M. Sencert; — physiologie : M. Blum.

Quatrième année. Médecine : pas de prix; — première mention honorable : M. Urmès; — deuxième mention honorable : M. Reny.

Prix de chirurgie et accouchements : M. Kuntzler.

Prix Bénit, dit de l'Internat : M. Gross.

Prix Ritter : M. Maillard.

Prix de thèse : M. Garnier; — mentions très honorables (*ex æquo*) : MM. Richon et Vial; — mentions honorables : MM. Butzbach, Grosmaire, Matakieff, Papelier et Zuber.

Prix Heydenreich-Parisot : non décerné.

Faculté des sciences. — Prix du P. C. N. : M. Lévy.

École supérieure de pharmacie. — Prix universitaires (première année). Médaille d'argent : M. Rodillon ; — mention honorable : M. Jacquot.

Deuxième année. Médaille d'argent : M. Jusseaume; — mention honorable : M. Didier.

Troisième année. Médaille d'or (valeur 300 francs) : M. Pagel.

Prix de travaux pratiques (première année). Médaille de bronze : M. Rodillon.

Deuxième année. Chimie. Médaille d'argent (*ex æquo*) : MM. Jeandon et Jusseaume.

Troisième année. Chimie et toxicologie. Médaille d'argent : M. Pagel.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Chatelain (de Denain) reçoit la médaille d'honneur des épidémies (diphtérie).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Moreau (de la Ferté-Bernard); Barbès, médecin-major à l'École préparatoire d'infanterie (de Montreuil-sur-Mer); Aubiban (de Bordères-Luron); Druène (de Luz-Saint-Sauveur); Boursot (de Nuits); Thébault (Victor); Barthès-d'Ivry); Cochery (de Romilly); Dupau (de Toulouse); Mathieu (d'Hauteville).

Maison départementale de Nanterre. — Un concours sera ouvert, le 15 novembre 1899, à la Maison départementale de Nanterre, pour l'admission à quatre emplois d'interne provisoire en médecine et en chirurgie, qui deviendront vacantes dans cet établissement le 1er janvier 1900.

La peste. — Quelques journaux ont annoncé que des cas de peste avaient été constatés en Algérie.

Le fait est exact, mais doit être rétabli dans ses véritables proportions. Il y a quelques semaines, quelques cas de peste sporadique ont été observés à Philippeville et Bougie. Un seul a été suivi de mort, et depuis une dizaine de jours on n'a plus observé aucun cas.

M. Chantemesse, envoyé par le gouvernement sur les lieux, s'est rendu compte des mesures prophylactiques prises. Il reste encore quelque temps en Algérie pour observer la situation.

— D'autre part, on annonce que M. Pestana, directeur de l'Institut bactériologique de Lisbonne, a été atteint de la peste.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 130. — JEUDI 16 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 16 NOVEMBRE 1899. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE......... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

LES STATIONS HIVERNALES FRANÇAISES DU SUD-EST

Par M. le docteur H. CHARVET (de Cannes),
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Bien que la médecine moderne se vante à juste titre d'être de plus en plus scientifique dans ses moyens thérapeutiques, il semble qu'elle n'échappe pas au flux et reflux de la mode et aux engouements irréfléchis pour un agent nouveau, une nouvelle méthode de traitement.

Nous voyons, en effet, les médecins les plus illustres dédaigner les méthodes anciennes les plus éprouvées, les plus incontestablement utiles, pour adopter et préconiser des procédés nouveaux, d'une efficacité encore douteuse, et d'une innocuité incertaine. Si ces derniers ont une origine étrangère et surtout allemande, ce sera mieux encore, tout le monde en voudra.

C'est ainsi que les sanatoria suisses ou allemands tendent à accaparer la clientèle de nos stations du littoral méditerranéen.

Et cependant ce rassemblement de nombreux malades, atteints de la même maladie, ne saurait se faire sans de graves inconvénients. L'expérience a dès longtemps démontré que les germes d'une maladie contagieuse acquièrent toujours une virulence spéciale, quand un grand nombre des malades qui en sont porteurs vivent et habitent ensemble. Ceci s'est vu et se voit encore partout, dans les collèges, dans les hôpitaux, dans les casernes, dans les prisons, etc. Des précautions sont prises, il est vrai; on crache dans des crachoirs fermés. Mais avant de cracher on tousse et, en toussant, on projette quantité de minuscules crachats qui contiennent des bacilles, lesquels se répandent partout.

Comment croire que les désinfections puissent être faites assez fréquemment, assez complètement pour que tout germe infectieux soit détruit avant d'être recueilli par un autre malade... ou par ceux qui l'accompagnent?

N'a-t-on pas vu déjà les parents ou les serviteurs des malades revenir tuberculeux d'un sanatorium dans lequel ils étaient entrés bien portants? Et les recherches les plus récentes n'ont-elles pas démontré l'inefficacité relative, l'insuffisance des désinfectants les plus vantés naguère?

Il est donc certain que les sanatoria, tels qu'ils sont organisés actuellement, constituent un milieu dangereux pour les tuberculeux, comme pour les gens qui ne le sont pas. Il en serait peut-être autrement si les malades, au lieu d'être réunis dans la même caserne, étaient disséminés dans des pavillons isolés. Mais alors les frais augmentant considérablement, la clientèle diminuerait, de telle façon que l'entreprise cesserait d'être commerciale.

Et les statistiques, me dira-t-on? Ne prouvent-elles pas les merveilleux résultats obtenus dans les sanatoria?

Sans vouloir mettre en doute leur sincérité, j'avoue que je n'ai pas une absolue confiance en elles. Quand on vient me dire que tel tuberculeux a été guéri en trois mois, en deux mois, voire en quelques semaines, je deviens défiant. Elles viennent de loin ces statistiques, de trop loin pour que l'on puisse les contrôler.

Nous voyons souvent des malades sortant des sanatoria; la plupart d'entre eux sont en triste état, quelques-uns mourants, — *épaves* de sanatorium, disons-nous. Comment connaître leur classement dans les statistiques?

Le régime imposé, la vie réglée pour chaque instant du jour, la fameuse discipline, donnent-ils tous les résultats qu'on en attend?

Il est possible que cette inaction, ce profond ennui, cette vie de chaise-longue ait ses avantages. Elle a aussi ses inconvénients.

« L'oisiveté est la mère de tous les vices, » dit le proverbe, et la tuberculose n'éteint pas les penchants. Elle les exagère même, a-t-on dit. Mettons qu'ils persistent. La vie en commun absolument inactive, dans un voisinage prolongé,

répété chaque jour et parfois séduisant, n'amène-t-elle pas quelquefois des tentations trop fortes? On m'a affirmé que les chutes étaient fréquentes, c'est une évidente exagération, mais avouons que ce sont là de bien fâcheux accrocs à cette discipline tant vantée.

Je ne veux pas faire ici le procès des sanatoria, mais seulement signaler quelques-uns des inconvénients inévitables de ces grandes casernes. Leurs entrepreneurs, suisses ou allemands, nous attaquent en toute occasion. On nous dit infectés, non seulement par les germes de la tuberculose, mais par ceux de la fièvre typhoïde, du choléra, etc., bientôt nous aurons la peste. Peut-être l'avons-nous déjà sur les cartes que l'étranger envoie, en Angleterre et en Amérique, pour dénoncer l'insalubrité croissante de nos stations hivernales.

Je veux répondre en toute sincérité et dire ce qu'une expérience de dix-huit ans m'a appris sur la salubrité de ces stations, et de Cannes en particulier.

Quant à la tuberculose, il a été démontré maintes fois, et par Koch lui-même le premier, que le grand jour, et surtout les rayons solaires, font périr le bacille après un certain temps, quelques jours ou quelques semaines. D'une saison à l'autre, nos villas et nos hôtels, toujours largement ouverts au soleil de l'été, sont donc complètement désinfectés.

Par surcroît de précautions, nous possédons aussi, dans chacune de nos stations, un service de désinfection placé sous le contrôle de la municipalité et du Conseil d'hygiène, et dont le fonctionnement ne laisse rien à désirer. Les chambres et les appartements qui ont été habités par des tuberculeux sont désinfectés avec soin. La lingerie, les tentures, les tapis sont passés à l'étuve de Herscher, ou bien soumis aux vapeurs de formol à l'aide de l'autoclave de Trillat; les carreaux, les seuils sont lavés avec la solution de sublimé.

Après cette double désinfection, comment supposer que nos stations puissent être infectées par le bacille de la tuberculose?

La dispersion des malades est encore une garantie contre la contagion. Les villas sont séparées les unes des autres par des jardins, dans les hôtels, les phtisiques sont peu nombreux, car on refuse de recevoir ceux qui ont trop triste apparence. Leur vue ferait le vide dans la maison. Il n'y a donc aucune raison pour que l'agent pathogène puisse acquérir la virulence spéciale, signalée dans les agglomérations de tuberculeux.

Ce sont là de solides garanties. Voyons si les résultats pratiques viennent les confirmer.

Ces résultats, nous les trouverons plus exacts que partout ailleurs dans les statistiques du ministère de l'Intérieur et du bureau municipal. Là ils n'auront pu être établis pour les besoins de la cause, et chacun pourra les contrôler à loisir.

La ville de Nice contient 106 734 habitants, Cannes 29 202 habitants (recensement de 1896).

Quelle est la mortalité dans ces deux villes?

En 1898, il est mort à Nice 2 375 personnes, à Cannes 538, ce qui donne à Nice une mortalité de 2,23 p. 100 habitants et à Cannes une mortalité de 1,85 p. 100.

Voilà donc deux villes qui reçoivent chaque année un grand nombre d'étrangers — 20 000 et au delà à elles deux — et qui offrent cependant un chiffre de mortalité inférieur ou à peine égal à celui des villes d'égale population.

Mais, dira-t-on, la tuberculose est le plus souvent une maladie à évolution lente, les phtisiques étrangers vont mourir chez eux. A cela, je réponds : Si la ville de Cannes était vraiment infectée, la population sédentaire serait décimée par la tuberculose, et ces malades-là, du moins, n'iraient pas mourir ailleurs.

Or, pendant les vingt-deux derniers mois, du 1er janvier 1898 au 31 octobre 1899, 68 personnes sont mortes à Cannes de la tuberculose, 24 de la colonie étrangère, 44 habitants de Cannes. Ce dernier chiffre est absolument probant. Il prouve que les décès tuberculeux chez les Cannois sont exceptionnellement rares, moins de 1 par an et par 1000 habitants, environ 0,08 p. 100, tandis que la mortalité par tuberculose est à Paris de 0,36 p. 100, à Lyon de 0,26 p. 100, dans la France entière de 0,41 p. 100 (Brouardel). Voilà le milieu infecté que représente Cannes. Depuis plusieurs années, la mortalité y est moindre que dans toutes les villes de France de même population. La tuberculose y fait quatre fois moins de victimes qu'à Paris, trois fois moins qu'à Lyon. Malheureusement, le ministère de l'Intérieur ne publie pas de tableaux de léthalité pour les villes de moins de 20 000 habitants. Notre statistique ne peut, à notre grand regret, porter sur les villes de Menton, Hyères et Saint-Raphaël. Mais nous sommes persuadés que ces stations ayant fait les mêmes sacrifices que Cannes afin d'assurer une bonne hygiène, et se trouvant dans des conditions analogues, les résultats doivent être très voisins.

Parlerai-je des autres maladies infectieuses? Nos villes sont remarquablement propres, nos hôtels et nos villas, dispersés dans des jardins, présentent un terrain bien peu favorable au développement d'une épidémie. En dix-huit ans, nous n'en avons observé aucune, mais je veux rappeler un fait.

En 1884, j'ai vu une carte imprimée en Suisse, et envoyée à profusion, m'a-t-on dit, en Angleterre et en Amérique. Sur cette carte, les pays envahis par le choléra étaient signalés par une tache noire. Celle qui couvrait Cannes était des plus larges, infection cholérique maximum. Et cependant il n'y a pas eu, à Cannes, un seul cas de choléra.

Après cela, me sera-t-il permis de dire que nos rivaux étrangers n'ont pas agi toujours avec toute la loyauté désirable?

Abordons le chapitre des distractions.

Est-il vraiment nécessaire, pour guérir de la tuberculose, de s'ennuyer tout le temps, comme un neurasthénique soumis à la cure de Weir-Mitchel?

Le bon sens répond qu'il y a des distractions permises, utiles même, et d'autres qui ne le sont pas. Nous en citions tout à l'heure une des plus dangereuses, à tous égards. Nice et Monte-Carlo peuvent peut-être en offrir d'analogues, et d'autres bien tentantes aussi. Mais Cannes, Hyères et Menton n'offrent guère aux malades que des distractions hygiéniques : la promenade dans des sites merveilleux, et, pour quelques-uns, en bateau et dans les îles. Rien ne vous engage à sortir le soir. On ne risque pas d'être entraîné par le tourbillon des plaisirs mondains, à des heures indues.

Car, il ne faut pas exagérer les douceurs de notre climat, et croire, comme certaines personnes le font, que nous vivions au milieu d'un printemps perpétuel. Quand il ne pleut pas, et la pluie est relativement rare, le temps est beau, l'air tiède, le soleil chaud, de neuf heures à quatre heures, dans les jours les plus courts. Ce sont vraiment des heures de printemps, mais les autres sont celles d'un hiver adouci. La transition des unes aux autres est brusque et

dangereuse pour les malades. Ils doivent être rentrés avant le coucher du soleil et ne plus sortir. Rien ici ne les pousse à braver l'air de la nuit, et en fait, on ne sort pas le soir.

Au point de vue du voisinage de la mer, Menton, Monte-Carlo et Cannes, Cannes surtout, ont une situation spéciale. Ces stations sont assises sur le rivage même. A Nice, le quartier habité par les étrangers s'en éloigne sensiblement. Hyères est à 4 ou 5 kilomètres de la mer.

Les inconvénients du voisinage de la mer me paraissent avoir été beaucoup exagérés. On sait, en effet, que la brise qui vient de la mer n'apporte aucun germe, infectieux ou autre. Elle peut être comparée pour cela au vent qui souffle sur les hautes montagnes. Sur notre côte, inclinée du Nord-Est au Sud-Ouest, les vents soufflent habituellement du Sud, du Sud-Est ou de l'Est. Ils viennent donc de la mer et ne sauraient apporter, avec eux, des germes nocifs : mais ils contribuent à maintenir une température douce et une humidité suffisante.

Nous avons parfois du mistral, mais rarement, cinq, six, huit jours au plus, par saison : les malades ne doivent pas sortir ces jours-là. C'est un vent du Nord-Ouest violent, froid, très sec, qui soulève des nuages de poussière, car il dessèche très rapidement le sol de nos boulevards.

On ne peut donc pas dire que le voisinage de la mer soit malsain. Cependant, il ne convient pas à tous les malades, ni même à tous les gens bien portants. Certains tempéraments nerveux ou excitables s'en accommodent mal.

Il en est de même pour certaines formes de la tuberculose pulmonaire qui paraissent s'aggraver. Ce sont surtout les formes fébriles, les tuberculoses qui tendent à prendre une marche rapide, celles à foyers disséminés ou à poussées congestives. Au contraire, dans les formes que l'on a appelées torpides, où toutes les fonctions languissent, l'air marin est un stimulant puissant et souvent très efficace.

En dehors de toute tuberculose acquise, nous recevons fréquemment des enfants, des jeunes gens, chez lesquels les organes de l'assimilation semblent manquer d'énergie; pas d'appétit; digestions lentes, pas de forces, pas d'entrain ni de gaieté, indifférence habituelle pour toute occupation et même tout plaisir, cet état coïncidant fréquemment avec l'anémie. A ces malades-là, conviennent presque toujours les promenades au bord de la mer, ou en bateau, le séjour aux îles Lerins. Sous l'influence de l'air marin tout se réveille en eux. En quelques mois, ils sont transformés.

Les promenades sur l'eau, ou dans une petite voiture au bord de la mer, sont encore très utiles aux enfants qu'une coxalgie, une arthrite ou toute autre maladie des membres inférieurs empêche de marcher.

Donc, suivant les cas, les médecins devront préférer, pour leurs malades, soit les stations éloignées de la mer, soit celles qui en sont rapprochées. Ce n'est pas que l'on soit obligé, même ici, de venir habiter sur la Croisette, au bord de la Méditerranée. Nous avons des villas et des hôtels à toutes distances de celle-ci, jusqu'à 2 kilomètres et plus, et il en est de même dans les stations voisines. Mais la mer attire beaucoup : elle est si attrayante, surtout à Cannes, où l'horizon est si beau !

Quant à la température de nos stations hivernales, elle est à peu près la même dans chacune d'elles. Quand le soleil brille, en moyenne neuf jours sur dix, il fait toujours chaud, et l'on peut se promener, une heure ou deux après le lever du soleil. On devra, comme à Cannes, rentrer chez soi une heure avant son coucher.

Un mot encore sur l'hygiène publique de nos stations.

Toutes ont fait de grandes dépenses pour réaliser de bonnes conditions hygiéniques. On peut affirmer que leurs municipalités ont très bien compris les intérêts de leurs concitoyens et ceux des malades.

A Cannes, et il en est de même à Nice et ailleurs, les rues et les boulevards sont arrosés puis balayés deux fois par jour. Pour ce seul service, la ville de Cannes dépense plus de 70000 francs par an.

Le réseau des égouts, qui portent au loin, dans la mer, les immondices et les eaux potagères, est presque achevé. Tous les cloaques ont été comblés. Tous les coins malpropres ont été nettoyés et le sont tous les jours. Le vieux Cannes, presque entièrement pavé en briques et en ciment, est chaque jour lavé du haut en bas, par l'eau que fournissent en abondance de nombreuses bouches disposées à cet effet.

La municipalité actuelle veille à ce que la ville soit d'une propreté irréprochable, et veut que le grand air de la mer pénètre partout.

On ne peut que la louer du zèle et de l'intelligence qu'elle met à remplir cette partie si importante de ses fonctions.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(14 novembre 1899)

Dans un travail intitulé : **Idées sur la prophylaxie de la syphilis par le traitement**, travail écrit dans ce style clair, précis, élégant dont l'auteur est coutumier, M. Fournier passe en revue, devant l'Académie, les divers moyens qui lui paraîtraient les plus propres à endiguer le flot débordant de la contamination vénérienne. Ces moyens, dit M. Fournier, sont de trois ordres : les moyens d'ordre religieux et moral, les moyens d'ordre administratif, les moyens d'ordre thérapeutique. Les premiers regardent l'éducateur de la jeunesse et non le médecin; aussi M. Fournier n'en parle-t-il pas. Quant aux derniers, M. Fournier en fera l'objet d'une seconde communication et il n'étudie aujourd'hui que ceux du second ordre.

La syphilis augmente-t-elle de fréquence? Quelles sont les mesures qu'on emploie actuellement pour la combattre? Quels résultats donnent ces mesures? Peut-on faire autrement et mieux que ce qu'on fait? Telles sont les questions qu'étudie successivement M. Fournier. Il n'est pas douteux pour lui, comme pour tous ses collègues des hôpitaux, que la syphilis augmente toujours de fréquence; on la rencontre partout; ses funestes conséquences s'observent de plus en plus. Les mesures policières employées contre la prostitution deviennent de plus en plus insuffisantes; les maisons publiques, qui étaient encore une des meilleures garanties contre la contamination de la vérole, se font de plus en plus rares, pour faire place aux maisons clandestines, aux maisons de passe, aux arrière-boutiques des marchands de vins, qui sont autant de foyers de contamination. La police est donc de plus en plus désarmée contre les agents propagateurs de la vérole; les moyens dont elle dispose sont notoirement insuffisants.

Reste le traitement prophylactique de la syphilis : Traitons-nous cette affection de façon à la rendre moins nocive, non seulement pour l'individu lui-même, mais pour la société? Le traitement de la syphilis est-il compris, institué dans nos hôpitaux comme il devrait l'être? Certainement

non, répond à cela M. Fournier. Ce n'est pas, dit-il, avec des hôpitaux que l'on peut traiter et guérir la vérole. On n'y peut traiter qu'un nombre infime de lésions syphilitiques, qui exigent l'alitement et le séjour dans nos salles. Mais il est bien certain que l'immense majorité des syphilitiques n'a pas besoin d'être hospitalisée, et que c'est dans les consultations qu'ils viennent, qu'ils doivent venir demander les conseils et les soins dont ils ont besoin. Ce qu'il leur faut, c'est un avis médical, c'est l'accès facile à des consultations gratuites.

M. Fournier fait ici un tableau saisissant de ces consultations ; il démontre, avec une rigueur absolue, combien ces consultations sont, pour le public, désobligeantes, inconvenantes, et, il faut avoir le courage de le dire, le plus souvent inutiles et inefficaces. Elles sont inconvenantes en raison de la honteuse promiscuité des malades, en raison de l'aveu public, de la confession publique de la syphilis qui s'y font forcément ; la syphilis du consultant y devient un fait de notoriété publique. Des femmes mariées, honnêtes, ayant contracté la syphilis de leurs maris, y sont soumises à l'humiliation de venir étaler devant tout le monde leurs misères pathologiques. Quand ces malades sont passés une fois par là, ils n'y reviennent plus. Ajoutons à cela l'attente énervante que l'on impose à ces consultants, la perte de temps considérable qui en résulte pour l'employé et l'ouvrier et, par suite, la perte d'argent.

En résumé, dit M. Fournier, les consultations publiques, telles qu'elles fonctionnent, sont préjudiciables à tout le monde, au malade, à la société ; elles sont odieuses dans leur forme actuelle et M. Fournier les condamne absolument. En outre, elles sont tellement encombrées que le médecin n'a naturellement pas le temps d'indiquer aux malades la conduite qu'ils auront à suivre au point de vue de la prophylaxie. Les exemples que fournit ici M. Fournier, sont bien faits pour démontrer que le traitement, et surtout le traitement prophylactique de la syphilis, n'est pas dans nos consultations d'hôpital ce qu'il devrait être. Il faut donc absolument réformer l'état actuel des choses.

M. Fournier propose les réformes qu'il a déjà fait connaître au récent Congrès international sur la syphilis. (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 980.) C'est une révolution que propose là M. Fournier ; mais c'est une révolution qui nous paraît de tous points justifiée et nous ne doutons pas que l'Académie tout entière ne partage cet avis, M. Fournier ayant répondu d'avance à toutes les objections qu'on pourra lui présenter.

THÉRAPEUTIQUE

L'Ecthol dans le traitement des affections de la bouche.

Par le docteur P.-L. Lectoure.

Les affections de la bouche, dont on connaît l'extrême fréquence, peuvent se montrer sous les formes les plus variées ; mais, d'une façon générale, on peut, au point de vue des indications thérapeutiques, les diviser en deux groupes : d'une part, les affections d'ordre chirurgical dues aux lésions du squelette et des parties profondes ; d'autre part, les affections d'ordre médical, ce sont d'ailleurs les plus fréquentes.

Ces dernières, à part les stomatites simples, catarrhales, érythémateuses, qui peuvent survenir primitivement d'emblée, sans qu'aucune affection locale ou générale ait précédé leur apparition et favorisé leur éclosion, ne surviennent ordinairement que sur un terrain préparé, à titre de lésion secondaire, et traduisent une infection d'un ordre plus général.

Bien qu'elles reconnaissent pour cause des agents pathogènes spéciaux, elles ont néanmoins des caractères généraux communs et surtout des indications thérapeutiques communes.

Ces caractères généraux sont la fétidité de l'haleine, l'exagération et les modifications de la sécrétion salivaire, les exsudats et les ulcérations, les différents enduits qui recouvrent la langue, la douleur, etc.

Dans tous les cas il est indiqué de soutenir et de relever l'état général, de calmer l'inflammation locale et d'empêcher la cavité buccale de devenir un milieu de culture favorable pour les microbes pathogènes.

Pour remplir ces indications les classiques recommandent : les lavages au salicylate de soude, au chlorure de chaux, les gargarismes phéniqués, au thymol, au sublimé, les collutoires au borax, au chlorate de potasse, au tannin, à l'alun, et au besoin des cautérisations avec le nitrate d'argent ou l'acide chromique cristallisé, etc.

Ces nombreux médicaments donnent peu de résultats et, ici, la multiplicité des moyens préconisés trahit bien l'impuissance des thérapeutes.

Est-ce à dire que l'on soit désarmé ? Loin de là. Dans ces cas encore on trouve un puissant secours dans l'emploi de l'Ecthol, dont nous avons déjà eu, à diverses reprises (1), l'occasion de signaler les très curieuses propriétés.

Trois confrères américains rapportent des observations qui établissent bien son action dans le traitement des stomatites : le docteur Anderson (de Statebourg) a employé l'Ecthol avec un plein succès chez un enfant de quinze mois atteint d'une stomatite aphteuse grave. Par le même traitement il a pu faire avorter la maladie chez la sœur de ce malade. Le docteur Fairfax (de Hague) rapporte un cas d'amygdalite aiguë intense dans lequel l'Ecthol « fit merveille ».

Enfin le professeur H. W. Feller (de Cincinnati), étudiant l'Echinacea qui entre, on le sait, dans la composition de l'Ecthol, a obtenu d'excellents résultats dans différentes formes d'amygdalites, et en particulier dans la forme ulcéreuse et gangreneuse.

L'Ecthol trouve encore son indication dans les angines phlegmoneuses, dans les glossites et en particulier dans cette affection singulière de la langue due à une hyperkératose des papilles filiformes et que l'on appelle la « langue noire ».

Quant aux affections buccales d'ordre chirurgical, les gingivites, ostéo-périostites, la périodontite expulsive, etc., elles ont aussi leurs indications thérapeutiques spéciales qui sont de supprimer les causes d'irritation, de modifier le tissu enflammé, de désinfecter la partie malade. L'emploi de l'Ecthol répond à toutes ces indications. Pour ne pas nous étendre outre mesure sur ce sujet nous ne citerons qu'un fait dû à Baerens, et qui est absolument typique :

« Une femme, chez laquelle on avait pratiqué dix-neuf ans auparavant l'ouverture de l'antre, présentait une plaie d'où le pus s'écoulait abondamment malgré des lavages quotidiens avec des antiseptiques divers. L'état restant absolument stationnaire, la femme demanda à être opérée. L'intervention, décidée, dut être reculée de huit jours par suite de l'apparition des règles de la femme. Pendant ce temps, on pratiqua des irrigations avec de l'Ecthol.

La suppuration disparut dès le deuxième jour, l'intervention devenant désormais inutile. »

Ce résultat ne saurait surprendre ceux qui savent que l'Ecthol est le plus puissant des « antipurulents » et des « antisuppuratifs ». Comme tel, il a une action préventive

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, nos 78 et 81, p. 724 et 748

qui ne le cède pas à sa puissance curative à l'égard des affections de la bouche; il neutralise, en effet, l'action du tartre dentaire, véritable amas de micro-organismes préparant la voie aux stomatites infectieuses.

Il est donc aussi indiqué dans les traumatismes de la bouche et à la suite des extractions dentaires, pour prévenir les infections, que dans les stomatites pour les enrayer et les guérir.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur LESNÉ,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

III

MICROBES PYOGÈNES. — Parmi les modes de réaction locale de l'organisme, la formation de pus est un des phénomènes les plus fréquents. Cohnheim a prouvé que la suppuration est provoquée par la diapédèse des leucocytes à travers les parois vasculaires, on sait aujourd'hui que les microbes amènent cette diapédèse en exerçant sur les leucocytes une *chimiotaxie positive*.

On peut parfois trouver du pus stérile; souvent il s'agit alors de foyers anciens d'où les microbes ont disparu; d'autres fois, le pus se forme par action de toxines ou de corps chimiques qui, eux aussi, exercent sur les leucocytes une chimiotaxie positive; le mercure, le nitrate d'argent et la térébenthine auraient chez le chien cette propriété.

Les microbes, agents de suppuration, sont *pyogènes facultatifs* ou *habituellement pyogènes*. Le groupe des facultatifs s'agrandit de jour en jour; il contient déjà le pneumocoque, le bacille de Koch, le bactérium coli, le bacille d'Éberth, etc. Le second groupe comprend comme variétés les plus fréquentes, le staphylocoque, le streptocoque et le gonocoque.

I. *Staphylocoques pyogènes*. — Les staphylocoques se présentent dans les préparations sous forme de cocci réunis en grappes (σταφύλη). Entrevu par Lucke, Klebs, Eberth, ce micrococque fut découvert par Pasteur en 1878, dans le pus du furoncle, et, en 1879, dans le pus de l'ostéomyélite; Pasteur le cultiva. Rodet, en 1885, produisit l'ostéomyélite chez l'animal par injection intraveineuse de cultures. C'est un micro-organisme très répandu; il existe à l'état de saprophyte sur la peau, sur les poils, dans les glandes sudoripares, dans les cavités naturelles; mais, dans des conditions assez fréquemment réalisées, il acquiert une virulence variable et devient l'agent principal de la suppuration, et en particulier de la suppuration cutanée.

Rosenbach le premier a décrit plusieurs variétés de staphylocoques qui se rattachent à trois formes principales :

Le *staphylococcus pyogenes aureus*.
Le — — *citreus*.
Le — — *albus*.

Après bien des discussions sur la spécificité de ces trois espèces, on admet aujourd'hui que ce sont trois variétés du même germe, ne se distinguant l'une de l'autre que par leur coloration et leur degré de virulence, celle-ci s'atténuant de l'aureus à l'albus. Ces caractères sont, du reste, variables, puisqu'une dose suffisante de staphylococcus albus produit les mêmes effets que l'aureus, et puisque, d'autre part, l'aureus perd sa coloration dans certaines conditions de culture (culture anaérobie, culture exposée à la lumière, addition à la culture d'une faible quantité d'antipyrine).

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138 et 1194.

Morphologie et coloration. — On peut rechercher le staphylocoque dans du pus ou en cultures, suivant la technique que nous avons indiquée, avec ou sans coloration. Par ce dernier procédé, si on examine une culture, les microbes apparaissent sous forme d'amas de cocci, figurant autant de points noirs qui prennent un aspect réfringent quand la préparation n'est pas exactement au point; ils sont immobiles. Coloré au violet de gentiane, le coccus apparaît plus coloré au centre. Ses dimensions sont de 0 µ 9 à 1 µ 2. Dans le pus, après coloration simple ou double, les cocci sont en général groupés au nombre de 2 à 3 autour des leucocytes, il y en a parfois dans les phagocytes. Prélevés dans les cultures sur milieu solide, les staphylocoques constituent des amas où les éléments sont plus abondants que dans le pus. Parfois on rencontre un coccus étranglé à son centre, en voie de division; à côté la division est complète, et on peut observer des chaînettes constituées de deux, quatre, exceptionnellement six éléments.

Il reste coloré par le Gram ou prend le Gram.

Cultures. — C'est un *facultatif* aérobie ou anaérobie.

En *bouillon* : trouble après douze heures d'étuve à 36 degrés; après vingt-quatre heures le louche s'accentue et le milieu contient de légers filaments qui se dissolvent quand on agite, puis peu à peu dépôt blanchâtre, épais, qui jaunit plus tard si on a affaire à du staphylocoque doré.

Le *lait* se coagule plus ou moins rapidement (un à huit jours).

La *gélatine* est *liquéfiée*; l'ensemencement en piqûre donne un cône liquéfié.

La *gélose* ensemencée en stries fournit en moins de vingt-quatre heures une culture grenue; en deux à trois jours les colonies grandissent, s'épaississent, prennent une teinte blanchâtre à surface lisse, humide; ce n'est que vers le dixième jour qu'elles revêtent la couleur de la variété ensemencée. Les bords de la colonie sont alors largement festonnés, et ces festons se rejoignent à mesure qu'ils s'accroissent. La culture dégage une odeur aigrelette ressemblant à celle de la colle de pâte altérée.

Sur *pomme de terre*, les propriétés chromogènes apparaissent dès les premiers jours.

La substance chromogène du staphylocoque existe dans le microbe lui-même et ne se répand pas dans le milieu de culture.

Biologie. — Il résiste bien à la congélation; sa croissance s'arrête à 42 degrés, mais pour rendre une culture stérile, il faut l'exposer cinq jours à 44 degrés.

Les cultures sont encore vivantes après un an, mais leur virulence s'atténue vers le huitième jour, d'où la nécessité de réensemencer tous les six ou sept jours.

La lumière solaire ralentit la croissance du staphylocoque, atténue sa virulence et fait disparaître au moins pour un temps son pouvoir chromogène.

Les antiseptiques forts le détruisent, mais d'une façon générale, à part la chaleur qui le tue sûrement, il résiste à toutes les causes de stérilisation naturelle ou artificielle.

Dans les milieux de culture, le staphylocoque sécrète des toxines d'autant plus actives qu'il est plus virulent; quand cette virulence s'atténue, il suffit, pour la renforcer, de faire quelques inoculations successives au lapin. La toxine est plus active quand elle est obtenue par chauffage que par filtrage. Elle contient des produits vaso-dilatateurs, pyogènes, toxiques, nécrosants, prédisposants, vaccinants et des composés à chimiotaxie positive.

Inoculations. — L'injection de cultures chez le lapin, qui est l'animal de choix, produit des lésions variables suivant la quantité et le degré de virulence du microbe. Une dose de 0gr50 centigrammes injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané ne provoque, en général, aucun accident; une dose plus élevée donne un abcès ou un phlegmon au point d'inoculation; si la dose est plus forte encore; l'animal meurt très rapidement sans lésions ou plus ou moins rapidement de septicémie avec abcès viscéraux multiples. L'injection intraveineuse produit chez le lapin jeune les lésions de l'ostéomyélite.

Rôle en pathologie humaine. — En pathologie humaine le staphylocoque est l'agent de nombreuses suppurations, depuis le furoncle, l'anthrax, le panaris, jusqu'aux abcès et phlegmons profonds; l'ostéomyélite, certaines arthrites et pleurésies purulentes en relèvent aussi. Le pus à staphylocoques est bien lié, franc, crémeux, plus ou moins jaune suivant la proportion d'aureus qu'il contient. Un milieu sucré favorise son développement, d'où la fréquence des suppurations cutanées chez les diabétiques. Mais dans certains cas il n'est pas pyogène et il peut produire des endo-péricardites, phlébites et arthrites, etc. Enfin, chez l'enfant surtout, existent des septicémies, des infections généralisées à staphylocoques, dans lesquelles on trouve le germe dans le sang; on ne doit cependant conclure à ce diagnostic qu'après plusieurs encemencements faits avec de grandes précautions, car la présence constante du staphylococcus albus sur le tégument, peut entraîner à des erreurs d'interprétation. Quoi qu'il en soit tous ces faits montrent combien sont variées et fréquentes les manifestations morbides du staphylocoque.

REVUE DE LA PRESSE

Scarlatine expérimentale, par M. Stickler. — L'auteur, ayant prélevé du mucus dans le pharynx d'un sujet atteint d'une scarlatine légère, ajouta à ces produits 1 p. 600 d'acide phénique et les injecta sous la peau de dix enfants sains. Les observations qu'il publie montrent qu'il obtint des cas typiques de scarlatine. Sans formuler d'appréciation sur le procédé, on peut tirer de ces faits quelques conclusions pratiques. Il est démontré que le mucus pharyngien contient l'agent infectieux de la scarlatine; la période durant laquelle se manifeste l'érythème est particulièrement favorable à la contagion, puisque c'est alors que la sécrétion muqueuse est la plus abondante. L'auteur insiste sur la nécessité de la désinfection du pharynx et de la bouche du malade, et sur la stérilisation de tous les objets, qui ont pu être souillés par la sécrétion nasale. (*Med. Rec.*, 1899, n° 1505.) A. Housquains.

Fièvre rhumatismale sans arthrite, par M. Hawthorne. — La possibilité de rhumatisme aigu sans arthrite est signalée par un certain nombre d'auteurs. Le diagnostic est très difficile en lui-même, bien que l'examen du sang permette, dans les cas de fièvre continue sans arthrite, d'éliminer la fièvre typhoïde, la leucocythémie, l'anémie pernicieuse, etc. Mais la difficulté tient surtout à cette idée profondément enracinée dans l'esprit des médecins qu'il y a un parallélisme nécessaire entre l'étendue et la gravité de l'arthrite et le degré de la fièvre.

Cette règle souffre pourtant quelques exceptions et cela se conçoit fort bien si on considère que l'arthrite et le mouvement fébrile sont deux manifestations d'une seule et même cause : l'infection. Dans un cas cité par l'auteur, une jeune femme de dix-huit ans présentait les signes suivants : céphalée, courbature, anorexie, température 39°8; gorge douloureuse et un peu rouge; au niveau des membres, ni douleur ni gonflement; pas d'éruption sur la peau, rien du côté des viscères, pas d'écoulement vaginal actuel ou ancien; peau moite, mais sans sueurs abondantes; langue nette; constipation. Au bout de dix jours la température baissa et ce n'est que deux semaines après que l'arthrite se développa au niveau d'un genou. Elle disparut par le repos. Malgré la localisation mono-articulaire, le diagnostic eût été des plus faciles si cette arthrite avait coïncidé avec l'attaque fébrile. (*The practitionner*, sept. 1899.) A. H.

Le permanganate de potasse dans le traitement de l'empoisonnement par la morphine. — Rindfleisch, qui récemment a observé un cas d'empoisonnement grave par la morphine, heureusement traité par les injections hypodermiques de permanganate de potasse, conseille dans des cas analogues d'employer le traitement suivant :

1° Laver l'estomac avec une solution faible (1 ou 1/2 p. 1000) de permanganate, jusqu'à ce que le liquide ressorte parfaitement limpide.

2° Faire prendre au malade de 10 à 50 centigrammes (suivant la gravité des symptômes) de permanganate dissous dans 250 à 500 grammes d'eau.

3° Si on ne peut, pour une raison quelconque, suivre les indications précédentes, injecter sous la peau 2 centimètres cubes de solution de permanganate à 2 p. 100. L'injection devra être employée de préférence dans les cas où l'on a tout lieu de croire que la morphine n'est plus dans l'estomac. (*Settimana medica*, 1899, n° 44.) L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat.— *Anatomie* (séance du 13 novembre): MM. Andrieu, 8; — Nau, 7; — Dieu, 5; — Tansard et Verliac, 4; — Petit (Maurice) et Sourdille, 3; — Blondin, 2; — Saison, 1/4.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 16 novembre, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie (séance du 14 novembre) : MM. Gauckler et Lequeux, 12; — Leh et Mallet, 10; — Ferry, 9; — Chevalier, 8.

Faculté de Paris. — M. Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur d'opérations et appareils à ladite Faculté.

M. Terrier, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Par suite de cette permutation, M. le professeur Terrier va quitter son service de Bichat pour venir à la Pitié. Ce changement sera la cause d'un mouvement dans les hôpitaux au 25 décembre : M. le professeur Berger irait à l'hôpital Beaujon, occuper le service vacant depuis la mort de M. Marchand; M. Quénu irait à l'hôpital Bichat. Il resterait à pourvoir la place de l'hôpital Cochin.

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson a repris le mardi 14 novembre 1899, à dix heures, ses leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. Il les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

La peste. — Les maires d'Alger, Constantine, Bougie, Philippeville télégraphient qu'il ne s'est produit aucun cas de peste dans ces différentes villes. Il est certain qu'à l'entrée de l'hiver nous devons nous défier des nouvelles, d'origine étrangère pour la plupart, qui tendent à discréditer nos stations hivernales françaises au profit de Malte et de l'Égypte.

L'état de M. Pestana, directeur du laboratoire bactériologique de Lisbonne, atteint de la peste, a empiré.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE MERCREDI 13 DÉCEMBRE 1899

à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 63 lots, des fournitures *de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1900.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, nº 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 131. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 18 NOVEMBRE 1899. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE...... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE........ 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

REVUE GÉNÉRALE

La lithiase intestinale.

Par MM. G. MILIAN et A. CHEVALLIER.

Les calculs qu'on peut rencontrer dans l'intestin sont de deux ordres : 1° ceux nés en dehors de l'intestin, véritables corps étrangers tels que calculs biliaires, calculs pancréatiques, calculs amygdaliens, calculs bronchiques, calculs vésicaux dans le cas de fistules vésico-rectales, poudres médicamenteuses (craie, sous-nitrate de bismuth, etc.).

2° Ceux nés dans l'intestin même et sécrétés par lui. C'est à ces derniers seulement qu'est réservé le nom de calculs intestinaux, de sable intestinal, de lithiase intestinale.

I

HISTORIQUE. — Depuis que les médecins ouvrent des cadavres, les corps étrangers de l'intestin sont connus. Mais ils ne faisaient aucune distinction entre ceux venus du dehors et ceux nés *in situ*; ils ne séparaient pas l'obstruction de la lithiase.

Il faut arriver à Ehremberg et à Schœnlein [de Zurich (1)] pour voir signaler des *concrétions* intestinales : le premier parle de cristaux microscopiques de cholestérine trouvés dans le méconium, éléments d'ailleurs constants de cette sécrétion; le second de cristaux microscopiques de sels minéraux pullulant dans les fèces de malades atteints de typhus abdominal. Muller, O'Brian Bellingham (2), Harrison (3), Bizozero (4) décrivent des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien produits dans différentes affections.

C'est Cloquet (5) qui, en 1854, fait le premier une distinction entre les calculs du « canal alimentaire » d'origine externe et ceux d'origine interne. Il fait ressortir l'analogie qu'il y a entre ces derniers et les concrétions stomacales normales des crustacés; mais selon lui, le calcul demande, pour se produire, un noyau primitif, épingle, boule de cire, etc.

L'observation de Nuss et Mosander, citée dans tous les travaux ayant trait à notre sujet, est curieux par le volume du calcul, qui mesurait 17 centimètres sur 6 centimètres, mais ne mérite pas d'être rapprochée des cas que nous étudions, étant donné que la majeure partie de cette pierre énorme était formée de caryopses d'avoine.

Le premier mémoire réellement typique et documenté est celui de Laboulbène (6). C'est de cet auteur que date l'histoire de la lithiase intestinale. Laboulbène rapportait à l'Académie de médecine, le 18 novembre 1873, six observations caractéristiques d'expulsion de « sable » par les garde-robes ainsi que des analyses chimiques de ce sable. La composition du sable consiste en particules siliceuses, encroûtées de matières organiques et de phosphate ammoniaco-magnésien. M. Laboulbène pense que le sable intestinal provient du dehors et se forme à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale et par l'ingestion inaperçue ou peut-être volontaire de particules siliceuses.

Bioggi [de Porto-Rico (7)] produit en 1874 une observation de sable intestinal, qui n'apporte aucun contingent à la question.

Marquez (8) a rapporté en 1879 un autre cas de lithiase intestinale, où les émissions sableuses ont été précédées d'une affection intestinale chronique, qui est sûrement l'entérite muco-membraneuse : catarrhe avec fluxions périodiques, irrégulières, parfois hémorragiques et accompagnées de mucosités plus ou moins épaisses. L'auteur fait remarquer que l'alimentation de la malade était purement animale, on n'y peut donc avec Laboulbène incriminer le régime végétarien.

Depuis cette époque, les observations ont chômé et l'on n'a plus entendu parler de lithiase intestinale jusqu'en 1896, soit une période de repos de dix-sept ans. Mais en 1896, à quelques semaines d'intervalle, MM. Mongour (9), Alb. Mathieu (10) et Oddo (11) publièrent le premier un cas, le second deux cas, le troisième un cas de cette curieuse

affection, Les observations rapportées par ces auteurs sont assurément les plus soignées qui existent.

A propos de sa communication à la Société médicale des hôpitaux (25 mai 1896), M. A. Mathieu fait un historique très complet de la question. A la même séance M. Hayem approuve pleinement les conclusions de cet auteur, qui « a très justement appelé l'attention sur ce point peu connu de pathologie digestive ».

En décembre 1896 J. Fontet (12) passe à Bordeaux sa thèse inaugurale sur ce sujet et relate une observation nouvelle, d'ailleurs bien incomplète.

Le 10 mars 1897, le professeur Dieulafoy (13) rapporte quelques nouveaux cas tirés de sa clientèle de ville, et met la question au point; ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu (14), de l'année scolaire 1896-97, renferment une leçon magistrale sur « la lithiase intestinale et l'entéro-colite sableuse ».

Les observations anglaises de Shéridan Delépine (15), Shattock (16), Ord (17), Jones (18) méritent une place dans cette revue car, bien qu'incomplètes, elles donnent des analyses utiles. Elles rapportent, il est vrai, des cas de pseudo-lithiase plutôt que de lithiase intestinale vraie.

Récemment, dans une Revue générale fort documentée sur l'entérite muco-membraneuse, M. de Langenhagen (19) étudie les rapports de cette affection avec la lithiase intestinale, question déjà touchée par les auteurs précédents, et revue plus récemment encore par notre ami Vouzelle (20).

La thèse de l'un de nous (21) est le premier travail d'ensemble complet sur la question. Elle rapporte de plus une observation nouvellle que le docteur Dalché a bien voulu nous communiquer.

II

Symptômes. — Jamais la lithiase intestinale ne survient d'emblée. Elle est toujours précédée d'affections du tube digestif dont le plus fréquent est l'*entérite muco-membraneuse.* Toutes les observations prises d'une manière un peu détaillée, au lit du malade, et non écrites de souvenir, relatent cette affection dans les antécédents. Les deux cas de Mathieu étaient consécutifs à des crises d'entérite muco-membraneuse; même coïncidence dans les observations de Mongour (9), Oddo (11), Jones (18), Dieulafoy (13), Dalché et Chevalier (20), Trouchaud (21). De Langenhagen (17) a vu dix fois la lithiase intestinale chez des malades atteints d'entérite muco-membraneuse.

Il en résulte que le début de la lithiase est très difficile à préciser : il est perdu dans la symptomatologie de la colite. C'est le médecin qui, par hasard, en examinant les selles, découvre le sable. Quelquefois pourtant, le sujet lui-même se rend compte de l'état anormal de ses selles; « il éprouve la sensation du passage à travers l'anus d'une grande quantité de terre » (Oddo), ou bien, après la défécation, il a « la sensation de graviers à l'anus » (Trouchaud).

Il va sans dire que la lithiase intestinale est constituée depuis longtemps déjà lorsque ce sable est découvert dans les selles, et il est bien difficile de remonter exactement à la date de début de l'affection. Cependant, il nous semble que la lithiase intestinale peut être incriminée dès qu'au cours de la colite membraneuse, apparaissent de grandes crises intestinales douloureuses.

Tandis que Fontet (12) considère la colique intestinale comme « l'expression symptomatique de l'entérite muco-membraneuse » et non de la lithiase intestinale, on peut soutenir l'opinion diamétralement opposée, et c'est sans doute lorsque l'entérocolite muco-membraneuse se complique de lithiase intestinale, qu'éclatent ces accès paroxystiques douloureux qu'on observe dans l'entérite glaireuse.

Cette supposition est basée sur le fait que, dans la plupart des observations actuellement connues, c'est l'intensité des phénomènes douloureux qui a attiré l'attention du médecin du côté de l'intestin et l'a engagé à examiner les selles.

Peut-être même ces phénomènes paroxystiques douloureux sont-ils constants et les rapporte-t-on à d'autres causes : colique hépatique, colique néphrétique, colique pancréatique. Et c'est malgré ce symptôme dénonciateur qu'on ne découvre le sable qu'accidentellement.

D'ailleurs on ne donnait pas jusqu'à ce jour d'explication des crises douloureuses de la colite membraneuse; celle-là est très simple et très plausible. D'autaut plus qu'il y a analogie complète entre ces accidents du tube intestinal et ceux des autres conduits de l'organisme : canal cholédoque, uretère, etc. La pyélonéphrite ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux paroxystiques tant qu'elle reste pyélonéphrite sans complications, mais qu'il se forme des calculs phosphatiques secondaires, elle devient immédiatement douloureuse avec paroxysmes, avec coliques néphrétiques.

Comment se fait-il alors que le sable puisse être émis sans douleur dans certaines circonstances? C'est qu'il faut distinguer les cas : 1° où le sable est émis en petite quantité et, par suite, n'est pas capable d'irriter suffisamment l'intestin pour produire le syndrome colique ; 2° où le sable est rendu en très grande abondance, distendant l'intestin et nécessitant de violentes contractions péristaltiques pour être expulsé.

Ceci n'est point une vue de l'esprit. L'observation d'Oddo en témoigne. Les crises de sa malade étaient épouvantables; elles se terminaient par l'émission d'une « énorme quantité de sable », « de quoi en remplir plusieurs vases. » Et Oddo ajoute : « dans l'intervalle des crises, la malade a assez souvent la sensation d'évacuation de terre, mais en une beaucoup moins grande abondance. »

On peut se résumer en disant que le sable est expulsé de deux façons : par petites quantités ou en grandes masses.

Dans le premier cas l'expulsion n'est pas douloureuse ; le passage à l'anus éveille seulement une sensation anormale d'évacuation de grains solides, de graviers; dans le second elle se manifeste par de véritables crises de coliques extrêmement intenses, parfois atroces.

Ces coliques sont comparables comme caractères aux coliques hépatiques et aux coliques néphrétiques et méritent réellement de prendre place à côté d'elles dans le cadre séméiologique.

Aussi peut-on, avec M. Dieulafoy, les appeler *coliques intestinales* lithiasiques. Le mot de colique intestinale pourrait suffire, mais il n'indique pas exactement la pathogénie du syndrome. Voyons quelle est la physionomie de celui-ci.

Colique intestinale lithiasique. — Il s'agit le plus souvent d'une femme d'âge moyen, neurasthénique, sujette à la constipation et aux expulsions intestinales glaireuses. A la suite d'un régime végétarien plus abondant, après une période de constipation plus longue, la crise éclate soudain et dans l'espace de quelques minutes arrive à son paroxysme (Oddo).

Des douleurs d'une grande intensité éclatent et occupent tout l'abdomen, sans localisation précise. Parfois il y a un maximum douloureux à l'épigastre, dans la région cæcale,

dans la fosse iliaque gauche, sur le trajet du côlon descendant. Les irradiations au delà de l'abdomen sont extrêmement rares. Il n'y a pas comme dans la colique hépatique d'irradiations ascendantes, ou comme dans la colique néphrétique d'irradiations descendantes.

Ainsi que le fait remarquer M. le professeur Dieulafoy, la crise douloureuse n'éclate pas toujours aussi brusquement, « elle est souvent précédée d'une sensation de langueur, de malaise, de fatigue, d'irritation et de ballonnement du ventre. » Le tympanisme serait, à son avis, un des grands signes précurseurs de la colique intestinale lithiasique; nous rappellerons cependant combien ce symptôme est fréquent dans l'entérite muco-membraneuse, même en dehors de toute crise douloureuse.

Ces phénomènes douloureux sont souvent assez intenses pour arracher des cris aux malades.

Ils s'accompagnent alors de symptômes généraux, vomissements muqueux ou bilieux, quelquefois sanguinolents, hoquet, défaillances, sensations vertigineuses. La crise ainsi constituée peut durer quelques minutes, une heure, un jour, on plusieurs jours avec accalmies. Elle cesse subitement par l'évacuation d'une quantité considérable de sable mêlé ou non de calculs, accompagnés de scybales témoignant de la constipation antérieure. C'est une véritable débâcle intestinale, analogue comme marche à celles qu'on observe à la suite des crises de rétention des pyonéphroses ou des hydronéphroses. Le soulagement est immédiat et la malade est calmée pour un temps.

Elles reparaissent après une nouvelle période de constipation; quelquefois à l'occasion d'une secousse. La malade d'Oddo ne pouvait faire une course un peu longue en voiture, un voyage prolongé en chemin de fer sans éprouver une crise. Oddo pense que le sable accumulé dans une portion de l'intestin qui paraît être l'ampoule cæcale est mobilisé par les secousses répétées du véhicule.

Pendant les crises, l'abdomen est ballonné sensible à la pression; mais il ne s'agit pas d'une sensibilité exquise, comme dans la péritonite ou l'appendicite. Le cæcum (Oddo, Dieulafoy, Dalché et Chevalier), l'hypocondre droit (Alb. Mathieu), c'est-à-dire vraisemblablement le coude du côlon, l'épigastre (Trouchaud), l'S iliaque (A. Mathieu, Dieulafoy) sont plus spécialement le siège de cette sensibilité à la pression et peuvent présenter de l'empâtement. Cet empâtement démontre nettement la stase sableuse dans les diverses régions du gros intestin et avec une certaine fréquence au niveau du cæcum.

Les irradiations douloureuses suivant le côlon transverse (Dalché et Chevallier) s'expliquent par la stase dans le conduit et la stase elle-même le comprend facilement si l'on se rappelle la fréquence de l'entéroptose (Dalché et Chevallier), dans l'entérite muco-membraneuse, entéroptose dont la conséquence la plus ordinaire est de couder le côlon en V, ce qui oblitère sa lumière. En dehors de cette coudure, les spasmes régionaux partiels des tuniques musculaires suffisent à étrangler les collections alvines sablonneuses et à les retenir dans des points limités du trajet du gros intestin. C'est ce même spasme, cette corde colique transverse accompagnée de dilatation rétro-cæcale, qui favorise la stase dans l'ampoule cæcale parésiée.

Dans l'intervalle des crises, on retrouve les signes ordinaires de l'entérite muco-membraneuse, mais rien qui indique plus spécialement la lithiase intestinale. Il faut cependant signaler la *dilatation cæcale* observée dans certains cas, dilatation sans empâtement, qui semble indiquer la distension antérieure par l'accumulation sableuse.

Les concrétions intestinales. — Il est facile de s'en procurer des échantillons en recueillant chaque jour les selles des malades, mais il sera parfois indispensable de les tamiser. Elles se présentent sous forme de sable, de graviers, de calculs.

Le *sable* est de couleur brunâtre ou jaunâtre, très variable en quantité, mais pouvant atteindre un volume considérable. Examiné au microscope, il présente souvent, outre les grains minéraux, des formes cristallines (phosphates ammoniaco-magnésiens le plus souvent) et des débris végétaux (tels que trachées, vaisseaux ligneux, spirales déroulables).

Les *graviers* sont, en général, assez semblables à des grains de poivre (Mathieu, Jones).

Les calculs peuvent atteindre le volume d'un œuf de pigeon et même d'un œuf de poule (Hus et Mosander). Ils sont rarement formés de couches concentriques comme les calculs biliaires. Quelques-uns sont formés de grains analogues aux graviers ci-dessus, et unis les uns aux autres par un mortier fécal. Ils sont généralement friables. Leur couleur est noirâtre.

Ainsi qu'on le voit, leurs caractères macroscopiques sont presque suffisants pour les distinguer des concrétions biliaires. L'analyse chimique révèle des différences encore plus profondes. Le sable, les graviers, les calculs sont invariablement formés de deux éléments : un élément organique, de nature stercorale, et un élément inorganique, principalement représenté par les sels de chaux et de magnésie avec traces de silices et de chlorures. Ils ne contiennent jamais de cholestérine, comme les calculs et le sable biliaires. Par contre, les calculs biliaires et le sable biliaire ne contiennent jamais de matière organique d'origine stercorale (Dieulafoy). Il est donc toujours possible de distinguer l'origine différente de ces deux ordres de concrétions. « On pourrait néanmoins trouver des calculs mixtes, contenant à la fois de la cholestérine, des sels de chaux et des matières organiques stercorales; mais, en pareil cas, il s'agirait de sable ou de calculs, ayant pris naissance dans la vésicule biliaire et s'étant adjoint plus tard, dans leur migration à travers l'intestin, des matières organiques d'origine stercorale » (Dieulafoy). M. Dieulafoy cite l'exemple d'un malade atteint concurremment des deux lithiases, et chez qui il était possible pourtant de distinguer nettement ce qui revenait à l'une et à l'autre.

La composition des concrétions intestinales est à peu près constante. La matière organique seule varie dans des proportions assez notables, ce qui s'explique par la plus ou moins grande abondance des matières fécales adjointes aux concrétions. Nous rapportons deux analyses ayant trait aux deux cas publiés par M. A. Mathieu :

Première observation : sable en grains irréguliers jaune ou brun marron (Mathieu et Richaud) de 1/4 ou 1/2 millimètre de diamètre :

Matières organiques	30,800
Phosphates tricalciques	64,206
Carbonates de chaux	3,418
Matières minérales diverses	1,576

Deuxième observation (Mathieu et Richaud) : grains volu-

mineux, aspect de poivre blanc concassé quand ils sont agglomérés :

Matières organiques	45,60
Phosphates tricalciques	46,68
Carbonate de chaux	5,14
Matières minérales diverses	2,58

III

Étiologie. — Les causes de la lithiase intestinale sont bien mal connues. Le dépouillement des observations permet seulement d'entrevoir quelques causes prédisposantes.

Age. — Sur 20 cas, nous voyons 2 cas au-dessous de trente ans, 6 entre trente et quarante, 8 entre quarante et cinquante, 3 entre cinquante et cinquante-cinq, 1 au-dessus de cinquante-cinq ans. On peut dire que le maximum de fréquence de la lithiase est entre quarante et cinquante ans.

Sexe. — Les femmes sont atteintes deux fois plus fréquemment que les hommes.

Antécédents morbides. — Dans le relevé de 18 cas, nous avons trouvé, avec une fréquence égale et tout à fait inusitée dans les antécédents de nos malades, les troubles intestinaux et les manifestations arthritiques.

Les *manifestations intestinales* antécédentes sont presque toujours l'entérocolite muco-membraneuse, quelquefois la fièvre typhoïde.

Les *manifestations arthritiques* affectent toutes les formes, rhumatismales, névralgiques, eczémateuses, hémorroïdaires, etc.

Trois ou quatre fois, sur 18 cas, nous avons vu coïncider des coliques néphrétiques avec gravelle urique ou phosphatique. Cette fréquence avait frappé M. Dieulafoy et, pour lui, la lithiase intestinale est une manifestation de la diathèse arthritique au même titre que la lithiase rénale ou biliaire.

Fréquents aussi sont les antécédents nerveux des lithiasiques (1/3 des cas). Hystérie, hypocondrie, neurasthénie, sont les accidents les plus habituels.

Hérédité. — L'hérédité similaire n'est pas signalée dans les observations. Au contraire, dans quelques cas, en particulier ceux de Dieulafoy, celui d'Oddo, l'hérédité indirecte est rapportée : hérédité arthritique ou nerveuse.

Causes occasionnelles. — C'est souvent après une longue période de constipation qu'éclatent les crises douloureuses. Elles sont provoquées par un effort violent, un saut brusque, une course en voiture, comme cela arrive pour les coliques néphrétiques.

IV

Pathogénie. — Les théories pathogéniques ne sont pas univoques. Il en existe trois principales :

Théorie de Laboulbène, adoptée par Trouchaud : « Le sable intestinal provient du dehors ; il paraît se former à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale et par l'ingestion inaperçue, ou peut-être volontaire, de particules siliceuses. Les granulations de sable intestinal ne sont donc pas analogues aux calculs rénaux, mais, au contraire, aux calculs vésicaux, ayant pour centre un corps venu dans la vessie ou encroûté de substances calcaires. »

Théorie de Dieulafoy (13), adoptée par Mongour. — M. le professeur Dieulafoy fait rentrer la majorité des cas de lithiase intestinale dans les manifestations de la diathèse goutteuse, au même titre que l'obésité et les autres lithiases biliaire, rénale et même appendiculaire.

Théorie de Mathieu (22), adoptée par Oddo (11), Jones (18). — M. Mathieu, s'appuyant sur la coexistence constante de l'entérite muco-membraneuse et la composition calcaire (phosphates et carbonates) des calculs, pense que la lithiase intestinale est d'origine inflammatoire. Il considère que la constitution calcaire des calculs est la signature de l'origine inflammatoire du sable intestinal. Il en est ainsi du moins pour tous les autres réservoirs (vésicule biliaire, vessie, bassinet) et les calculs que l'on considère comme diathésiques, absolument indemnes de chaux, s'entourent d'une coque calcaire, dès qu'il y a une inflammation muco-purulente des cavités qui les renferment. « Il ne s'agit plus d'une lithiase de cause générale consécutive à un vice de nutrition de l'organisme dans son ensemble, mais d'une lésion locale consécutive à l'inflammation d'un appareil glandulaire et des territoires qui y sont annexés. »

Ailleurs, M. Mathieu ajoute : « Il est possible que la production de la lithiase intestinale soit, non pas directement, mais indirectement liée à certains états constitutionnels, à l'arthritisme par exemple. L'entérocolite chronique à poussées successives serait alors l'intermédiaire entre les deux. L'action de la diathèse ne serait ainsi que prédisposante. »

Le problème, comme on voit, ne manque pas de complexité. Il semble pourtant qu'à la lueur de ces différentes théories on puisse étayer l'opinion suivante :

La lithiase intestinale s'observe surtout chez les neuro-arthritiques. Elle est causée directement par l'inflammation intestinale chronique, en rapport avec l'entérite muco-membraneuse, les reliquats de fièvre typhoïde ou toute autre lésion inflammatoire de la muqueuse. L'inflammation chronique est entretenue par l'hygiène défectueuse des malades, régime végétarien trop abondant, constipation habituelle. L'accumulation du sable est favorisée par l'atonie intestinale ou des spasmes partiels (entéroptose) et par la constipation.

V

Rapports de la lithiase intestinale avec différentes maladies. — 1° *Avec l'entérite muco-membraneuse.* — La lithiase intestinale coïncide presque toujours avec l'entérite muco-membraneuse ; aussi M. Mathieu pense-t-il qu'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence, un rapport de cause à effet. L'entérite muco-membraneuse réunit, en effet, toutes les conditions favorables à la formation de concrétions : inflammation chronique, desquamation épithéliale, constipation, etc.

Le professeur Dieulafoy admet pleinement cette hypothèse. « Il y aurait donc dans l'intestin une sorte de catarrhe lithogène peut-être infectieux, probablement sous la dépendance d'agents microbiens ; catarrhe lithogène, dont l'aboutissant serait, beaucoup plus souvent qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici, le sable intestinal et les graviers intestinaux... » Mais pour lui, un certain nombre des cas de lithiase ne coïncident pas forcément avec l'entérite muco-membraneuse et se rattachent à la diathèse goutteuse.

2° *Avec l'appendicite.* — Là encore, l'entente n'est pas établie, mais il ne paraît pas douteux que l'opinion du professeur Dieulafoy doive prévaloir.

Tandis qu'un certain nombre d'auteurs (Reclus, Lucas-Championnière) considèrent l'appendicite comme une complication fréquente de l'entérocolite muco-membraneuse, le professeur Dieulafoy la considère comme très rare. Sa statistique porte sur un nombre considérable de cas, 60 de son observation personnelle, 460 de Battentuit, 103 de

Potain, 24 de Litcheff, etc.; sur un total de 700 à 800 cas d'entérite muco-membraneuse, le professeur Dieulafoy n'a jamais rencontré un seul cas d'appendicite.

Il ne nie pas la possibilité de coexistence, mais il nie le rapport de cause à effet. Il met en garde les cliniciens contre l'erreur qui consiste à prendre pour une appendicite les coliques intestinales lithiasiques à prédominance cæcale, l'*entéro-typhlo-colite* comme il les appelle, et il considère que l'erreur est souvent commise, ce qui peut expliquer en partie l'opinion de ceux qui considèrent l'appendicite comme une complication fréquente de l'entérocolite.

Maurice de Langenhagen (19) est venu confirmer pleinement l'opinion du professeur Dieulafoy. Il rapporte 130 cas d'entérite muco-membraneuse où il n'a jamais noté d'appendicite, ni comme accident actuel ni comme accident antérieur, bien que son attention ait été spécialement éveillée de ce côté par la communication de M. le professeur Dieulafoy à l'Académie de médecine.

VI

Marche. Durée. Terminaison. — De même qu'il est difficile de préciser le début de la lithiase de l'intestin qui passe souvent inaperçu au milieu des symptômes de l'entérite, on ne peut que bien approximativement en apprécier la durée.

Il est certain que la maladie a une évolution essentiellement chronique. Laboulbène, Mathieu relatent des observations où la maladie est vieille de six ans et davantage. Elle est entrecoupée de temps en temps par les accidents aigus de la colique. Avec un traitement approprié, il est vrai, on arrive à les écarter, à les faire disparaître même, mais les selles renferment toujours du sable. On évite la colique, mais pas la lithiase.

Quoi qu'il en soit, et si la lithiase intestinale est une maladie gênante et douloureuse, elle n'a pas jusqu'alors occasionné la mort et c'est là une éventualité que l'on n'a pas à redouter.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic de la lithiase intestinale est en général assez facile à condition d'y penser. Il faut d'ailleurs rechercher systématiquement le sable intestinal chez tous les malades atteints d'entérite chronique et en particulier d'entérite muco-membraneuse. On pourra soupconner sa présence avec d'autant plus de raison qu'apparaîtront, au cours de ces maladies, des crises douloureuses à forme de coliques, de telle sorte qu'à notre avis on peut poser schématiquement l'équation suivante :

Colite chronique + crises douloureuses paroxystiques = lithiase intestinale.

Le diagnostic certain est posé par l'examen des selles. Nous ne reviendrons pas ici sur les caractères différentiels des calculs biliaires et des calculs intestinaux. Disons seulement que, cliniquement, le diagnostic peut être à peu près sûrement affirmé lorsque la débâcle sableuse ou calculeuse coïncidera exactement avec la cessation de la colique. Dans la *colique hépatique* au contraire, la douleur cesse bien avant l'expulsion du calcul, puisque celui-ci, après avoir quitté les voies biliaires, siège de la colique, doit parcourir encore tout l'intestin grêle et le gros intestin avant d'apparaître à l'anus. D'ailleurs la colique hépatique, quand elle s'accompagne de symptômes douloureux comme dans la lithiase intestinale, présente des irradiations ascendantes et se souligne d'un ictère dénonciateur.

Les *coliques néphrétiques* seront distinguées par l'examen attentif de l'orifice par où s'échappent sable et graviers et, pour ce faire, en cas de doute, il suffira de recueillir séparément matières fécales et urines. L'hématurie est aussi un important signe différentiel.

Une affection qu'il est absolument essentiel de ne pas confondre avec la lithiase intestinale, est l'*appendicite*, « car la colique intestinale lithiasique ne présente jamais aucune gravité et ne relève que d'un traitement purement médical, tandis que l'appendicite expose aux plus graves accidents et relève d'un traitement le plus souvent chirurgical. » « Dans les deux affections, les douleurs peuvent être assez soudaines dans leur apparition et vives dans leur intensité; dans quelques cas, la douleur de la colique lithiasique peut avoir son maximum dans les parages de la fosse iliaque » (Dieulafoy). Le diagnostic est cependant possible : la douleur de l'appendicite est nettement localisée et exaspérée par la pression au point de Mac Burney, le plan musculaire abdominal qui correspond au territoire douloureux est contracturé, la peau est hyperesthésiée, phénomènes qui n'existent guère dans la lithiase. Le ballonnement du ventre est bien plus précoce, bien plus soudain, bien plus généralisé au début d'une colique lithiasique qu'au début d'une attaque appendiculaire. Enfin il est absolument exceptionnel de voir des accidents appendiculaires survenir au cours de l'entéro-colite, et l'examen des matières en révélant les fausses membranes, le sable, les graviers, dénonce le diagnostic.

VIII

Traitement. — *Traitement de la colique.* — Ici comme dans les autres accidents aigus, l'indication péremptoire est de calmer la douleur. On y parviendra par les moyens ordinaires : compresses chaudes, cataplasmes sur le ventre; à l'intérieur, laudanum, extrait de belladone, etc. Si la douleur était par trop vive, une piqûre de morphine pourra être pratiquée.

Mais, il ne suffit pas de combattre la douleur, il faut encore combattre la stagnation du sable dans l'intestin, tant pour empêcher l'obstruction que pour combattre l'inflammation de la muqueuse irritée par le frottement de ce sable. Pour ce faire, on aura recours à l'entéroclyse : le malade étant couché sur le côté *droit*, de manière à ce que le liquide ait tendance à s'écouler vers le cæcum au fur et à mesure de son introduction, on fait pénétrer le plus profondément possible dans l'anus une sonde rectale à parois très épaisses ne se laissant pas déprimer par le sphincter anal. Cette sonde est reliée par un tube de caoutchouc à un bock qui n'est surélevé au-dessus du lit que d'une soixantaine de centimètres. On remplit le bock avec de l'eau bouillie tiède et l'on injecte ainsi très lentement jusqu'à 1 litre et demi ou deux litres de liquide.

Une injection aussi abondante realise un véritable lavage du gros intestin et entraîne à la sortie le sable qui s'y trouvait.

Traitement de l'entérite lithiasique. — Quand la colique est passée, après l'expulsion du sable, que faut-il faire? Traiter l'entérite et par-dessus tout éviter la constipation qui favorise l'inflammation de la muqueuse et par suite la production du sable, ainsi que son accumulation dans l'intestin.

Le *régime alimentaire* sera surveillé avec un soin particu-

lier. Mais, comme le conseillait Germain Sée avec un scepticisme plein de sagesse, il ne faut pas se guider sur les recherches des chimistes et des toxicologues pour prescrire un régime salutaire aux entéropathes. L'observation clinique fournit à ce point de vue des résultats supérieurs à ceux de l'expérimentation; elle fait justice de « cette diététique qui voit la potasse partout, même dans le bouillon de bœuf, dans les pommes de terre, de sorte que le bouillon est considéré comme un poison à la Borgia, la pomme de terre comme une erreur de Parmentier, et la potasse en général comme un bouquet de tous les poisons ».

Germain Sée conseille donc la viande rôtie ou crue principalement le bœuf; le mouton et le port ne doivent être employés qu'avec précaution, à cause de leur graisse inextricable, le bouillon gras, les potages aux légumes ou aux pâtes; le poisson dit blanc (turbot, sole) à la condition qu'il soit cuit au court bouillon et sans friture, les écrevisses, les huîtres, les œufs demi-cuits, les fromages secs « honnis pourtant des toxicologistes » comme les fromages anglais, le roquefort, qui sont parfois un bon digestif, le lait même et surtout quand il provoque un peu de diarrhée.

On ajoutera le raisin, les pommes, l'oseille; en un mot les aliments qui, sans produire de fermentation intestinale très abondante, entretiennent la liberté du ventre.

Traitement médicamenteux. — Il consistera uniquement dans l'usage des laxatifs. Germain Sée recommande les *graines de lin* ou de *psyllium*, dont le malade prendra, immédiatement avant chacun des trois repas, une grande cuillerée après épuration pendant trois à quatre minutes daus un quart de verre d'eau froide. Germain Sée préfére ces graines aux laxatifs salins, ou aux eaux minérales chlorurées ou sulfatées sodiques ou magnésiennes, qui ont, avec le sulfate de soude, le grand inconvénient d'être impossible à continuer et d'être suivies d'une recrudescence de constipation.

Germain Sée prescrit encore l'*hydrastis canadensis allié au séné*, mélange qui peut être administré journellement aux divers repas sans entraîner de purgation et sans entraver le malade dans ses occupations; il formulait :

Extrait hydralcoolique d'hydrastis canadensis.....	2 à 3 grammes.
Folioles de séné lavés à l'alcool.	6 —

Pour faire 30 pilules, une pilule à la fin de chacun des trois repas.

Enfin, on peut encore prescrire la rhubarbe, le cascara, la tamarine, et tous les laxatifs que renferme la pharmacopée.

Les cures dans les stations balnéaires pourront être d'une grande utilité, ainsi celles de Plombières, Pougues, Châtel-Guyon, Capvern, Vittel, Vichy. D'après M. Dieulafoy, Vichy pourrait être plus spécialement prescrit aux « formes de gravelle intestinale d'origine diathésique ».

Bibliographie. — (1) SCHOENLEIN. *Archives de Muller*, 1886. — (2) O'BRIAN, BELLINGHAM. *The Dublin Journ.*, 1838. — (3) HARRISON. *The Dublin Journ.*, 1838. — (4) BIZOZERO. *Microscopie clinique.* — (5) CLOQUET. *Arch. gén. de méd.*, 1854-55. — (6) LABOULBÈNE. Sur le sable intestinal, *Arch. gén. de méd.*, déc. 1873. — (7) BIOGGI. Du sable intestinal, *Presse méd. belge*, 1874, n° 20. — (8) MARQUEZ. Note sur le sable intestinal, *C. r. de l'Association franç. pour l'avancement des sciences*, 1875, p. 878. — (9) MONGOUR. Note sur un cas de lithiase intestinale, Soc. biol., 22 fév. 1896. — (10) Alb. MATHIEU et RICHAUD. Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse, Soc. méd. hôp., 22 mai 1896. — (11) ODDO. Sable intestinal, Soc. méd. hôp., 25 juin 1896. — (12) J. FONTET. Th. de Bordeaux, 1897. — (13) DIEULAFOY. La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin, *Presse méd.*, 10 mars 1805; — (14) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1896-97. — (15) DELÉPINE. Intestinal sand., Lond. path. Soc., 4 fév. 1890. — (16) SHATTOCK. Intestinal sand., Lond. path. Soc., 16 mars 1897. — (17) ORD. Concrétions intestinales de carbonate de chaux, Lond. path. Soc., 6 avril 1897. — (18) JONES. A case of muco-membranous enteritis and intestinal sand., *Med. News*, 23 janv. 1897, p. 120. — (19) LANGENHAGEN (Maurice de). L'entéro-colite muco-membraneuse, Rev. gén., *Sem. méd.*, 5 janv. 1898. — (20) VOUZELLE. *L'entérite muco-membraneuse*, Th. de Paris, 1899. — (21) CHEVALLIER. *La lithiase intestinale*, Th. de Paris, 1898. — (22) MATHIEU. La lithiase intestinale et la lithiase appendiculaire, *Gaz. des hôp.*, 31 mars 1896, p. 103.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(15 NOVEMBRE 1899)

Une observation d'**ostéome du masséter**, communiquée par M. Poirier; un rapport de M. Routier sur un cas de **grossesse extra-utérine**, tel est le bilan de cette séance, dont l'intérêt, paraît-il, a surtout résidé dans un comité secret qui s'est formé à quatre heures et demie.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

L'iodalbacide dans le traitement de la syphilis.

L'iodalbacide, qui représente le noyau de l'albumine iodée qu'on obtient par la scission alcaline, contient 10 p. 100 d'iode; le docteur Zuegler, ex-assistant de la Clinique dermatologique du professeur Neisser, à Breslau, démontre, dans une récente étude, qu'on peut avec ce médicament obtenir dans le traitement de la syphilis un effet lent mais prolongé, avec une complète utilisation de la dose absorbée et une innocuité absolue.

Il le prescrit de la façon suivante :

Ajouter à chaque cure de meroure à suivre pendant les trois ou quatre premières années après l'infection, pendant trois ou quatre semaines, 3 à 4 grammes d'iodalbacide par jour.

Lorsque, dans l'intervalle, de légères manifestations secondaires se montrent, 3 à 4 grammes et plus par jour d'iodalbacide jusqu'à la disparition de celles-ci.

A la suite des manifestations tertiaires jusqu'au rétablissement complet et jusqu'à la disparition de celles-ci, on fera prendre de l'iodure de potassium, et ensuite, pendant six semaines, de l'iodalbacide trois à quatre fois par jour. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1899.)

Le chloralbacide dans les affections gastriques et les troubles de la nutrition.

Ce produit est obtenu en faisant réagir du chlore sur l'albumine. D'une part, il est mis en liberté de l'acide chlorhydrique, de l'autre on obtient de l'albumine chlorée qui est la substance fondamentale du chloralbacide.

Le professeur W. Fleiner (de Heidelberg) a employé très fréquemment, depuis plus d'un an, ce nouveau médicament chez des malades atteints d'affections stomacales.

Dans 7 cas de carcinome, 22 de gastrite chronique, 5 de dyspepsie chez des anémiques, il a obtenu une amélioration notable qu'il attribue à l'action excitante que ce médicament exerce sur la paroi gastrique, et qui amène un péristaltisme plus actif et une évacuation plus rapide du contenu stomacal.

Le chloralbacide trouve donc des indications dans les

troubles digestifs atoniques, dans tous les états où la nutrition est insuffisante ainsi que dans diverses formes de cachexie. (*Münch. Med. Woch.*, 1899.)

La ténaline.

Ce produit est un mélange des alcaloïdes de la noix d'arec, savoir : l'arécaïdine et la guavine, débarrassées, autant que possible, de l'arécoline, autre alcaloïde qui se trouve dans la noix d'arec.

La ténaline a été étudiée par M. F. Hobday (*Brit. Med. Journ.*, 1898, fasc. 1, épit. 35), qui reconnut qu'elle constituait un précieux tænifuge, surtout approprié aux petits animaux domestiques, tels que les chiens et les chats.

L'administration de la ténaline dans le cas de tænia produit régulièrement l'expulsion de la tête et des anneaux.

La dose tænifuge active est de 0g06 de ténaline par 1/2 kilogramme du poids de l'animal malade ; elle peut, en cas de nécessité, être doublée, sans qu'il se produise d'autres accidents que quelques vomissements, une légère diarrhée et une certaine torpeur.

On donnera de préférence la ténaline dans un peu d'eau : dans la majorité des cas, 15 à 30 centimètres cubes suffisent.

L'iridine.

Résinoïde extrait du rhizome de l'iris versicolore, originaire de l'Amérique du Nord. Il ne faut pas le confondre avec le glucoside qui porte le même nom.

Récemment l'iridine a été vantée comme un stimulant de la sécrétion biliaire.

Ce médicament n'augmente pas seulement la quantité de la bile sécrétée mais aussi les parties solides de cette sécrétion, fait que M. W. Bain considère comme une preuve de son action stimulante.

D'après M. Rutherford, l'action de l'iridine se manifeste le mieux lorsqu'on l'administre avec de la bile de bœuf.

Iridine	} *āā*
Bile de bœuf purifiée et desséchée..	}
Mucilage de gomme arabique pour masse pilulaire..............................	Q. S.

En faire pilules n° 100.
Saupoudrer de poudre de canelle.
Dose : 4 pilules, le soir, en se couchant.
Le lendemain matin, prendre un purgatif salin. (*Journ. de méd. de Paris.*)

Simaba cedron (rutacée).

Au Vénézuéla, à la Guyane, à la Nouvelle-Grenade (contrées septentrionales de l'Amérique du Sud), la noix de cédron, ses graines en poudre, l'extrait fluide qu'on en prépare remplacent le quinquina et la quinine pour combattre la malaria, les fièvres périodiques, l'atonie, la dyspepsie et les spasmes. Le remède y est même employé contre la morsure des serpents ; dans ce cas on prend toute une noix qu'on pulvérise, qu'on fait infuser et qu'on administre d'un coup, marc et infusé ensemble.

La dose de l'extrait fluide est d'un gramme, par dose de 25 centigrammes. La poudre de graine se donne par prises de 25 centigrammes, jusqu'à 5 prises pour un accès de fièvre. (Dr J. VINDEVOGEL. *Le Médecin*, Bruxelles.)

Le vanadium.

Dans une thèse récente (1), M. le docteur Anceau étudie les propriétés physiologiques du vanadium, dont les dérivés semblent devoir prendre une place importante en thérapeutique.

Le vanadium agit sur l'organisme comme l'arsenic et peut-être comme le fer. Son pouvoir oxydant est 20000 fois plus fort que celui du fer.

(1) Th. de Paris, 1899.

A dose thérapeutique il ne semble point avoir d'action sur le cœur, ni sur la respiration. Il excite l'appétit et ne produit aucun trouble digestif. Sous son influence l'embonpoint reparaît.

On le donne sous forme de vanadate de soude à la dose de 2 milligrammes par jour par la bouche, et de 1/10 de milligramme en injections sous-cutanées.

Il paraît utile de n'administrer le médicament que 3 à 5 fois par semaine, en laissant la même période de repos s'écouler avant de reprendre le médicament. On n'a ainsi aucun accident.

Dans la tuberculose, il agit comme un stimulant énergique de l'appétit et des fonctions digestives. Il donne un coup de fouet à la nutrition, il se conduit comme un pourvoyeur d'oxygène dans les tissus.

Le fluoroforme.

Ce nouveau médicament, que recommande M. Stepp (de Nuremberg), a pour formule CHH^3. Il est gazeux et se dissout dans l'eau à raison de 2,8 p. 100. On donne de l'eau fluoroformée à la dose de 4 à 5 cuillerées à café par jour. Elle est inodore et insipide ; après la déglutition elle laisse un léger picotement au palais.

L'emploi de cette substance donnerait de bons résultats dans les différentes manifestations de la tuberculose. Pour la tuberculose pulmonaire, elle serait surtout utile à la période d'infiltration.

Le lycétol.

Le lycétol est une combinaison de diméthylpiperazine et d'acide acétique. La diméthylpiperazine elle-même, en raison de sa parenté avec le groupe des méthyles, jouit de propriétés analgésiques et à cela s'ajoute l'action dissolvante de la piperazine sur l'acide urique et les concrétions uriques.

Enfin l'acide acétique active dans l'organisme les combustions et par suite relève l'alcalescence du sang, toujours diminuée dans les affections rhumatismales.

En réalité, l'administration du lycétol est toujours suivie d'une abondante diurèse, indépendamment de l'action spécifique qu'il exerce sur l'élément douleur et sur l'élimination de l'acide urique.

Le lycétol se donne de préférence en dissolution dans une eau alcaline, Vals, Vichy, etc.

M. le docteur Cagliardi a employé le lycétol avec succès dans le rhumatisme articulaire. (*Boll. delle clinich.*, 1899, n° 11, et *Gaz. hebd.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-Manuel des maladies externes de l'œil (1), par le professeur O. HAAB (de Zurich). Édition française, par le docteur A. TERSON, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

L' « Atlas-Manuel des maladies externes de l'œil », de Haab et Terson, forme une iconographie des affections extérieures de l'œil et de ses annexes, de celles même dont l'accessibilité et les propagations dangereuses nécessitent une connaissance approfondie surtout pour le médecin éloigné des centres ophtalmologiques, et peu habitué à l'ophtalmoscope. Aussi, l'auteur a-t-il visé à l'exactitude et à la simplicité.

Le texte comprend, outre l'exposé des cas tels qu'ils se présentent dans la pratique courante, une introduction sur la marche à suivre dans l'examen clinique de l'œil, puis un exposé des principales indications et de la technique de la

(1) In-16 avec 40 pl. chromolithographiées ; relié. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

thérapeutique oculaire usuelle de l'auteur, tout en restant très bref, à dessein, sur les méthodes opératoires.

On passe successivement en revue les maladies de l'appareil lacrymal, des paupières, de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et du corps ciliaire, du cristallin, du corps vitré, le glaucome et les maladies de l'orbite.

Les planches de cet Atlas sont d'un réalisme absolu, car l'art du peintre dépassera toujours la vérité passive de la photographie directe, même coloriée.

La reproduction des maladies externes de l'œil a atteint, dans l' « Atlas-Manuel », la perfection qui faisait un des mérites de la grande « Iconographie ophtalmologique » de J. Sichel.

Les additions de M. Terson ajoutent au caractère clinique et thérapeutique de l'ouvrage.

A Manual of modern gastric methods [chemical, physical and therapeutical] (1), by Lockhart Gillespie.

La pathologie de l'estomac s'est enrichie dans ces dernières années d'un grand nombre de méthodes nouvelles propres à augmenter ses moyens de diagnostic et de traitement. L'auteur a contrôlé ces diverses méthodes et les résume en un volume élégant orné de 15 photogravures. Quoique très complet, ce manuel s'attache principalement à décrire les procédés d'analyse les plus simples et les plus pratiques; à signaler les chapitres sur la digestion normale, les moyens connus ou inédits d'extraire le contenu stomacal, l'acidité du suc gastrique, la classification des états gastriques, l'arsenal des instruments et réactifs nécessaires pour les recherches sur le contenu stomacal. Un chapitre spécial est consacré à la technique qu'il convient d'employer chez l'enfant. A. H.

Le massage thérapeutique (2), par le docteur E. Hugon.

Depuis longtemps le massage jouit d'une grande vogue dans certains pays : en Suède, en Norvège, en Suisse, en Autriche, en Allemagne et en Russie, existent des instituts de massothérapie où de nombreux malades viennent chercher et trouver la guérison.

En France, le massage n'a pas encore pris une place aussi grande que dans les pays ci-dessus. Le but de cet ouvrage est de faire connaître davantage ce mode de traitement et d'indiquer surtout les différentes affections dans lesquelles il donne de bons résultats. L'auteur s'appuie pour cela sur les travaux qui ont été faits à ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, et y joint ce que la pratique de plusieurs années lui a permis de constater chaque jour.

Ce livre s'adresse donc aussi bien au médecin qu'au malade. Au premier, s'il n'est pas familiarisé avec le massage, il lui fera connaître les propriétés de cet agent et les différentes maladies dans lesquelles il pourra l'employer ; au malade, il indiquera un agent modificateur d'une grande puissance, qui lui sera utile dans une foule de circonstances.

L'ataxie des tabétiques et son traitement (3), par le docteur A. Riche, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La question du traitement de l'ataxie des tabétiques vient de donner lieu à une intéressante monographie, exposant les travaux et les résultats obtenus par M. le professeur Raymond à la Salpêtrière.

Voici les conclusions de M. le docteur Riche, quant au traitement de l'ataxie; il envisage tout d'abord en quoi les méthodes de rééducation sont suceptibles d'une explication physiologique ; puis il aborde l'exposé des méthodes connues et arrive à la technique de la rééducation, envisagée d'abord d'une façon générale, puis dans ses détails : rééducation de la marche, rééducation des mouvements de la main.

On trouvera dans ce chapitre la description des appareils dont on se sert, celle des divers exercices auxquels les malades de la Salpêtrière ont été soumis. M. Riche montre par des exemples la nécessité d'individualiser le traitement.

Il donne les résultats obtenus par ceux qui l'ont précédé et les siens, en insistant sur la durée des résultats heureux et sur les conditions favorables et défavorables.

La rééducation n'est qu'un traitement symptomatique; elle vient prendre place à côté des autres moyens thérapeutiques qui constituent la mesure dans laquelle le médecin peut remédier aux lésions du tabès; elle n'exclut aucun d'eux et bénéfice de leurs effets.

Les résultats obtenus par l'ensemble des diverses médications utilisées aujourd'hui éclaire le sombre tableau du tabès; parmi celles-ci la rééducation a l'heureux effet de combattre l'ataxie, c'est-à-dire l'un des plus pénibles symptômes de la maladie.

Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, leur action et leurs effets vulnérants (1), par les docteurs H. Nimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin aide-major de première classe.

Ce volume continue la série des travaux des auteurs sur les blessures de guerre, dont le premier volume, récemment paru, était consacré aux projectiles des armes de guerre et à leur action vulnérante.

L'étude de l'action vulnérante des explosifs ne serait presque pas sortie du domaine théorique, sans les attentats anarchistes; ceux-ci ont été de véritables leçons de choses, montrant l'intensité des dégats matériels et, mieux encore peut-être, l'importance des blessures qui résultent de l'explosion de corps doués, sous un petit volume, d'une énorme énergie. MM. Nimier et Laval y ont puisé d'utiles renseignements pour compléter les données antérieurement déduites d'explosions accidentelles de poudrières, de torpilles ou d'obus, de dépôts de matières explosives. Pour les poudres, les expériences ont été plus faciles, mais les blessures accidentelles et les accidents spéciaux à la guerre des mines fournissent encore une importante contribution à l'étude de leurs effets vulnérants. Enfin les auteurs terminent par une étude de l'action des projectiles d'exercice (fausse balle en carton et balle pour le tir réduit) ; leur emploi cause de fréquentes blessures parmi les soldats, et celles-ci ne peuvent échapper à l'examen sérieux des chirurgiens militaires.

Des épanchements urineux d'origine rénale (2), par le docteur A. Rattier.

Les épanchements urineux peuvent se former sur toute la longueur des voies urinaires. Les plus fréquents sont consécutifs aux ruptures de l'uretère ou de la vessie; quelques-uns surviennent à la suite des blessures de l'uretère.

Enfin il en est d'origine rénale; ces derniers sont plus communs qu'on ne croit, mais échappent facilement à un examen superficiel.

M. le docteur Rattier nous donne un excellent travail d'ensemble sur la question.

Dans un premier chapitre, il étudie la pathogénie de ces épanchements et montre combien les lésions pathologiques du rein influent sur leur mode de production et sur la na-

(1) In-8°. Prix : 6 fr. 25. — Edinburgh, Oliver and Boyd.
(2) In-18, relié souple. Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.
(3) Gr. in-8°, 120 p. avec 9 pl. et 5 fig. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) 1 vol. in-12 avec grav. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan, édit.
(2) Gr. in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, édit.

ture de leur contenu. Le deuxième chapitre est consacré à l'étude anatomo-pathologique de la rupture, puis à celle du foyer urineux et des lésions voisines. Le troisième chapitre donne un aperçu des symptômes et du diagnostic différentiel. Le quatrième traite de l'évolution de ces épanchements et de leur terminaison. Enfin le cinquième chapitre indique les grandes lignes de l'intervention chirurgicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat.—*Anatomie* (séances du 16 novembre) : MM. Gasne, 12; — Cottu, 11; — Bourlot et Mirande, 7; — Chômet, Mesnil et Papillon, 5; — Pécharmant, 4; — Le Gambier, 2.

Pathologie : MM. Froin, 15; — Darré et Roy, 12; — Gottschalk, 10; — Darcanne et Gennet, 9; — Lhermitte, 8.

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — Par décision ministérielle en date du 7 novembre 1899, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortant de l'école d'application du service de santé militaire, dont les noms suivent, ont reçu les affectations ci-après : MM. Tanton, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; — Vennin, 61e d'infanterie; — Julié, 38e d'infanterie; — Rouvillois, hôpital militaire de Versailles; — Mataspina, 31e d'infanterie; — Wurtz et Humbel, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — Cochois, 65e d'infanterie; — Spire, 135e d'infanterie; — Le Dantec, 116e d'infanterie; — Pigeon, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — Josset, 30e d'artillerie; — Jousselier, 103e d'infanterie; — Grenier de Cardenal, 108e d'infanterie; — Mordant, 4e d'infanterie; — Chaudoye, 5e cuirassiers; — Sirot, 38e d'artillerie; — Ga dit Gentil, 3e bataillon de chasseurs à pied; — Jojot, 13e d'infanterie; — Bouchart, 10e chasseurs; — Debève, 43e d'infanterie; — Le Guelinel de Lignerolle, 6e dragons; — Uzac, 11e d'infanterie; — Blot, 25e d'artillerie; — Verbe, 147e d'infanterie; — Mercier, 19e dragons; — Alix, hôpital militaire de Marseille; — Laporte, hôpital militaire de Vincennes; — Blondeau, 88e d'infanterie; — Jullien, hôpital militaire de Versailles; — Trouzellier, 11e dragons; — Courvoisier, 97e d'infanterie; — Kolb, hôpital militaire de Nancy; — Fabre, hôpital militaire de Bastia; — Regnault, 3e d'infanterie; — Rigourd, 2e d'infanterie; — Moulin, 16e chasseurs; — Ouin, 136e d'infanterie; — Robert, 26e bataillon de chasseurs à pied; — Rouchaud, hôpital militaire de Versailles; — Vergne, hôpital militaire de Lille; — Hochwelker, hôpital militaire de Vincennes; — Gueytat, Delbruet, Diénot, hôpital militaire de Marseille; — Janot, 40e d'artillerie; — Genevrier, 21e bataillon de chasseurs à pied; — Delacroix, 11e chasseurs; — Lorentz, hôpital militaire de Nancy; — Blondel de Joigny, hôpital militaire de Lille; — Beaujeu, salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville; — Wyart, 21e d'infanterie; — Lexa, 155e d'infanterie; — Dauthuile, 3e cuirassiers; — Boppe, 4e chasseurs; — Hahn, 22e d'infanterie; — Sorel, hôpital militaire de Belfort; — Comte, 6e hussards; — Busy, salles militaires de l'hospice mixte d'Épinal; — Humbert, hôpital militaire de Toul; — Cordier, hôpital militaire de Belfort; — Lannou, 11e bataillon de chasseurs à pied; — Caillon et Trille, hôpital militaire du camp de Châlons; — Billon, 160e d'infanterie; — Savornin, 159e d'infanterie; — Morel, 7e chasseurs; — Ecochard, hôpital militaire de Toul; — Munaret et Suttel, salles militaires de l'hospice mixte de Verdun.

Marine. — Par décret, en date du 9 novembre 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Keisser, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Cartier, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Lecœur, en remplacement de M. le docteur Keisser, promu; — Duranton, en remplacement de M. le docteur Landouar, retraité; — Etourneau, en remplacement de M. le docteur Bizardel, retraité; — Vergues, en remplacement de M. le docteur Mortreuil, retraité; — Dubois, en remplacement de M. le docteur Castellan, retraité.

— M. Martine, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer au 13e régiment d'infanterie à Madagascar M. le docteur Villette.

M. Viguier, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer sur l'*Élan* (école des pilotes), à Brest, M. le docteur Dubois.

M. Béguin, médecin de deuxième classe du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer, aux troupes à la Martinique, M. le docteur Lecœur.

M. Mesny, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer, aux batteries d'artillerie dans ce port, M. le docteur Vergues.

Médecins principaux. — MM. Keisser et Duval sont affectés au cadre de Brest; — M. Hervé passe à Lorient; — M. Esclangon est affecté au port de Cherbourg; — MM. Ambiel et Couteaud passent au cadre de Toulon.

Médecins de première classe. — MM. Lecœur, Duranton, Étourneau, Vergues et Dubois sont affectés à Cherbourg; — MM. Salaun et Bonain rejoindront Brest, leur port d'attache; — MM. Aubert, Gandelin et Onimus passent au cadre de Toulon; — M. Tricard est affecté au port de Lorient; — M. Legrand passe au cadre de Rochefort.

Médecins de deuxième classe. — MM. Henry, Damian, Vallet et Lepinte passent au cadre de Toulon; — MM. Fournes et Dargeinau au cadre de Rochefort; — M. Lamort, au cadre de Cherbourg.

M. Coppin, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer sur le *Lavoisier* (escadre de la Méditerranée), M. le docteur Maurel.

M. Rubau, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, au dépôt des équipages de la flotte à Cherbourg, M. le docteur Castex.

MM. les médecins de deuxième classe Bernal, du service général à Rochefort, et Le Floch, prévôt de l'île d'Aix, sont autorisés à permuter.

Écoles de médecine. — *Dijon.* — Le 14 mai 1900, s'ouvrira un concours pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté libre de Lille. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Delobel (A.), Leroy, Delobel (P.), Piet, Wintrebert et Caron.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Réal, Bruneau, Desplats, Pujebet, Thirion, Stérin, Bourdeaux, Banteignies, Sahut, Desconseiller, Barbry, Vanlaer, Letreut, Couvreur, Duhain, Gantois, Cadart, Bridoux.

XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900). — Le comité exécutif rappelle aux membres du corps médical français les articles du règlement contenant les conditions d'admissibilité au Congrès et d'inscription pour communications dans les sections.

I. Conditions d'admissibilité au Congrès. — Seront membres du Congrès :

1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande;

2° Les savants qui seront présentés par le comité exécutif français.

Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au trésorier général du Congrès (docteur Duflocq, 64, rue de Miromesnil). Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront écrire lisiblement leurs nom, qualités et adresse, et joindre leur carte de visite et indiquer dans laquelle des vingt-sept sections et sous-sections ils veulent se faire inscrire.

II. Conditions d'inscription pour communications dans les sections. — Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section, devra faire parvenir au secrétaire de

cette section, avant le 1er mai 1900, le titre et le résumé de sa communication.

Pour faciliter cette formalité, le Comité exécutif rappelle les noms et adresses des secrétaires des sections :

1. Anatomie comparée : M. Auguste Pettit, 60, rue Saint-André-des-Arts.

2. Anatomie descriptive : M. Rieffel, 7, rue de l'École-de-Médecine.

3. Histologie et embryologie : MM. Retterer et Loisel, 15, rue de l'École-de-Médecine.

4. Physiologie, physique et chimie biologiques : MM. Dastre, à la Sorbonne; Gley, 14, rue Monsieur-le-Prince; Weiss, 20, avenue Jules-Janin.

5. Pathologie générale et pathologie expérimentale : MM. Charrin, 11, avenue de l'Opéra; Roger, 4, rue Perrault.

6. Anatomie pathologique : M. Letulle, 7, rue de Magdebourg.

7. Pathologie interne : MM. Rendu, 28, rue de l'Université; F. Widal, 155, boulevard Haussmann.

8. Médecine de l'enfance : M. Marfan, 30, rue de la Boëtie.

9. Thérapeutique : M. Gilbert, 27, rue de Rome.

10. Pharmacologie : M. Chassevant, 70, rue de Rennes.

11. Matière médicale : M. Chassevant, 70, rue de Rennes.

12. Neurologie : M. P. Marie, 3, rue Cambacérès.

13. Psychiatrie : M. Ant. Ritti, asile de Charenton (Seine).

14. Dermatologie et syphiligraphie : M. G. Thibierge, 7, rue de Suresnes.

15. Chirurgie générale : M. Walther, 21, boulevard Haussmann.

16. Chirurgie de l'enfance : MM. A. Broca, 5, rue de l'Université; Villemin, 58, rue Notre-Dame-des-Champs.

17. Chirurgie urinaire : M. Desnos, 31, rue de Rome.

18. Ophtalmologie ; M. Parent, 26, avenue de l'Opéra.

19. Laryngologie, rhinologie : M. Lermoyez, 20 bis, rue de la Boëtie.

20. Otologie : M. Castex, 30, avenue de Messine.

21. Stomatologie : M. Ferrier, 39, rue Boissy-d'Anglas.

22. Obstétrique : MM. A. Bar, 122, rue de la Boëtie; Champetier de Ribes, 28, rue de l'Université.

23. Gynécologie : M. Hartmann, 4, place Malesherbes.

24. Médecine légale : MM. Motet, 161, rue de Charonne; Thoinot, 8, rue de l'Odéon.

25. Médecine et chirurgie militaires : M. Catteau, ministère de la Guerre.

26. Médecine navale : M. Laugier, ministère de la Marine.

27. Médecine des colonies : M. Kermorgant, ministère des Colonies.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Gilles de la Tourette, agrégé, suppléant M. le professeur Raymond, commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 27 novembre 1899 à dix heures du matin à la Salpêtrière, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Muséum d'histoire naturelle. — M. H. Filhol, professeur, membre de l'Institut, commencera le cours d'anatomie comparée le lundi 20 novembre 1899, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, nº 2, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera dans son cours de l'organisation des appareils de la respiration dans la série animale.

Il continuera, d'autre part, dans une série de conférences, d'exposer l'organisation de la nouvelle galerie d'anatomie comparée (suite du cours de l'année précédente).

Société française de tempérance. — La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) aura lieu le dimanche 26 novembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. Émile Cheysson, inspecteur général des ponts et chaussées, dans la salle des Conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ordre du jour : Discours de M. Émile Cheysson ; Compte rendu annuel, par M. le docteur Emile Philbert, secrétaire général; « Un ennemi national, » conférence par M. le docteur Jacquet, médecin des hôpitaux; Proclamation des lauréats.

La peste. — Le docteur Pestana, directeur de l'Institut bactériologique de Lisbonne, qui était atteint de la peste depuis plusieurs jours, et dont l'état s'était aggravé, ainsi que nous l'avions annoncé avant-hier, vient de succomber. Rappelons que M. Pestana s'était infecté en se faisant une piqûre au cours de l'autopsie d'un pestiféré, à Oporto.

Les conditions spéciales dans lesquelles il avait contracté la peste expliquent ici le peu de succès obtenu par le sérum de Yersin.

— On annonce d'Alger, que M. Chantemesse, rentré de son inspection, n'a trouvé nulle part traces de peste. Si quelques cas suspects ont été observés il y a trois semaines, rien depuis n'est venu confirmer la présence d'une épidémie.

Ces renseignements concordent bien avec ceux que nous avons donnés précédemment.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 45e semaine 778 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (878) et à la moyenne ordinaire des semaines de novembre (856).

La fièvre typhoïde a causé 21 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés (92) continue à être inférieur à ce qu'il était il y a quelques semaines.

Les autres maladies épidémiques sont rares. La rougeole a causé 4 décès; la scarlatine, 2; la coqueluche 1; la diphtérie, 3, ces chiffres sont très faibles et plutôt inférieurs aux moyennes de la saison.

Charbon sans fumée. — On vient d'essayer en Angleterre un charbon « sans fumée » d'invention récente. Au cours des essais, rapporte la *Nature*, on a brûlé le combustible dans des grilles ordinaires et dans des réchauds placés au milieu de la pièce, et on a remarqué qu'il ne produisait que des traces de fumée à peine perceptibles, même quand on ajoutait aux brasiers de nouvelles charges de combustible. Les résidus, cendres, etc., ne dépassent pas 3 p. 100. Pour les besoins industriels, le combustible est moulé en briquettes perforées, pesant environ 10 livres chacune ; mais, pour les besoins domestiques, il prend la forme de gâteaux ou mottes, de forme lenticulaire, dont environ 140 pèsent 100 livres. Dès à présent, les briquettes peuvent être vendues à Londres au détail à raison de 21 shillings (26 fr. 25) la tonne. (*Mem. Libr.*)

La médecine au Transvaal. — A Johannesburg existent des associations qui exploitent la médecine comme on exploite toute autre industrie. Elles ont à leur tête un médecin directeur, un secrétaire et quelquefois un pharmacien diplômé. A la connaissance du docteur Mangold, un Boer a versé la somme de 150 livres sterling (1875 francs) pour une consultation donnée à lui, à sa femme et à sa fille. La femme reçut un flacon contenant une solution destinée à agir sur le foie; la fille, qui était mariée et stérile, reçut des pilules destinées à corriger la pauvreté du sang. Au Boer on délivra un remède pour les nerfs. Il n'est pas rare que les associations de ce genre gagnent annuellement de 250,000 à 300,000 francs. (*Lyon méd.*)

Un docteur demande un emploi médical à Paris, d'environ 2 à 300 francs par mois. — S'adresser au Journal.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1899

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'administration pendant les années 1900, 1901 et 1902.

1er lot.	*Instrum*ts *en gomme et caoutchouc.*	21 000 fr.
2e —	*Id. Id.*	21 000
3e —	*Articles de caoutchouc*	18 000
4e —	*Thermomètres*	37 000
5e —	*Articles divers (irrigateurs, etc.).*	12 800

(avant rabais et par année).

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de cette Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

LE SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1899

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, en 2 lots et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant les années 1900, 1901 et 1902.

L'importance du marché est évaluée avant rabais à 88 000 francs pour chaque lot, par année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 132. — MARDI 21 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 21 NOVEMBRE 1899. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE........	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

Paris, le 20 novembre 1899.

Le 1er janvier 1875, il y a près d'un quart de siècle, le président de la Société de chirurgie écrivait au directeur de la *Gazette des hôpitaux* pour le remercier de sa longue et précieuse collaboration. Jusqu'à cette époque, en effet, la *Gazette* avait été le journal officiel de la Société. Mais les communications, les discussions et les rapports étant devenus, chaque jour, plus nombreux, notre journal dut se borner à un compte rendu purement analytique, sous peine de consacrer exclusivement ses colonnes à la publication des travaux de la Société.

A partir de ce moment, les chirurgiens furent contraints de s'entendre avec un éditeur, et le compte rendu *in extenso* des séances parut dans des « Bulletins » publiés à intervalle à peu près régulier. L'activité de la Société ne fit d'ailleurs que croître, pendant cette période moderne qui fut, pour la chirurgie, une marche incessante vers le progrès.

Nous qui suivons régulièrement les séances de toutes les sociétés des sciences médicales, dont les travaux peuvent intéresser nos lecteurs, nous pouvons, mieux que personne, apprécier ce qu'est la Société de chirurgie. C'est certainement une de celles où l'on travaille le plus, où les membres sont les plus assidus, où les travaux sont les plus nombreux et les plus intéressants, les discussions plus nourries. Aussi la Société fut-elle forcément amenée, l'année dernière, à éditer elle-même ses « Bulletins » et à leur donner une périodicité régulière.

Pourquoi faut-il qu'un certain vent de lassitude souffle, pour la première fois, sur cette Société jusqu'ici si vivante? Nos lecteurs ont remarqué, comme nous, que l'anarchie s'était peu à peu glissée dans l'ordre du jour de ses séances. Des communications vieilles de plusieurs mois étaient toujours en discussion, alors que d'autres plus récentes venaient se greffer sur elles, amenant à la tribune des orateurs parlant sur des sujets différents. La Société tend à prendre les allures toujours un peu incohérentes d'un congrès.

Aussi l'on se demande pourquoi on laisse ouvrir une discussion avant que celle en cours ne soit terminée? Pourquoi les ordres du jour ne sont-ils pas réglés d'avance, au lieu d'être laissés au hasard de chaque séance? Ce sont les réflexions que nous entendons chaque jour autour de nous, lorsque nos fonctions nous appellent à la Société. C'est la première fois, depuis vingt-cinq ans, que notre compte rendu analytique a dû se borner à quelques lignes pour enregistrer une ou deux brèves communications. On sent, parmi les membres, une indifférence qui peut être pernicieuse pour l'avenir de la Société. Il est temps que les chirurgiens se ressaisissent, qu'une meilleure et plus ferme direction soit donnée à leurs travaux, sans quoi la Société de chirurgie, en entrant dans le nouvel hôtel où elle va prochainement s'installer, laissera rue de l'Abbaye le souvenir de sa vieille et légitime réputation.

PLAIE DU FOIE PAR INSTRUMENT TRANCHANT

LAPAROTOMIE D'URGENCE, SUTURE DU FOIE, GUÉRISON

Par M. Albert JACOMET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans leur travail sur les traumatismes du foie (*Revue de chirurgie*, 1896), MM. Terrier et Auvray donnent une statistique de vingt cas de plaie de ce viscère par instrument tranchant ou piquant traités chirurgicalement. Trois de ces cas seulement sont français et appartiennent, l'un à M. Poncet (observation du président Carnot), les deux autres à M. Broca. Depuis le mémoire précité, notre ancien collègue et ami, le docteur Brin (d'Angers), a publié, dans la *Presse médicale* du 12 février 1898, une observation nouvelle et personnelle. Depuis lors, à notre connaissance, aucun autre fait semblable n'a été signalé, celui que M. Legueu a communiqué à la Société de chirurgie concernant une plaie du foie par arme à feu.

Étant de garde à Bicêtre, j'ai eu à soigner d'urgence, dans le service de mon maître, M. Ricard, un malade dont voici l'observation complète :

Le nommé Victor C..., âgé de dix-neuf ans, briquetier, est amené le jeudi 14 octobre 1897 à neuf heures et demie du matin à l'hospice de Bicêtre.

Le docteur Lefilliâtre (de Villejuif), qui le conduit, nous raconte que, une heure auparavant, à la suite d'une discussion avec son père, ce jeune homme, qui était ivre, s'était frappé lui-même d'un coup de couteau dans l'abdomen.

Le coup fut porté de bas en haut, avec la main gauche, (le malade est gaucher). L'arme est un couteau à virole à lame épaisse mais plate, longue de 12 centimètres environ.

En examinant le malade, nous constatons l'existence d'une plaie située à 2 centimètres au-dessous des fausses côtes droites, à 3 centimètres environ de la ligne médiane.

Cette plaie mesurait les dimensions de la lame d'un fort couteau de poche. A chaque inspiration, du sang noir s'écoule par l'orifice.

Le malade présente les signes d'une forte hémorragie interne, pâleur extrême des téguments, pouls filiforme incomptable, insensibilité presque absolue. D'après les commémoratifs, direction du coup longueur de la lame, etc., et en présence de cette hémorragie grave, nous portons le diagnostic de plaie du foie probable.

Immédiatement, des injections intra-veineuses de sérum sont pratiquées, mais l'état du malade s'aggrave rapidement sous nos yeux à tel point, que nous ne pouvons attendre l'arrivée du chirurgien de garde déjà prévenu. M. Pierre Marie, médecin de Bicêtre, voulut bien, avec une obligeance dont nous le remercions, nous donner son avis et assister à l'opération.

Opération. — Je pratiquai la laparotomie à onze heures, trois heures après le traumatisme, avec l'aide de mes collègues Sainton et Laubry.

Anesthésie au chloroforme, d'ailleurs bien supportée, malgré l'état d'affaiblissement extrême du malade.

Laparotomie médiane sus-ombilicale allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, une quantité de sang noir liquide et de caillots s'écoule.

La main droite, introduite par l'incision, explore le foie et sent une plaie siégeant sur la face convexe du lobe droit.

Un débridement latéral est nécessaire pour l'exploration visuelle de la plaie hépatique ; je pratique alors à droite la section transversale du muscle grand droit à 4 centimètres au-dessous du rebord costal.

Un grand écarteur introduit sous les côtes les soulève, et le foie, légèrement abaissé par un aide, se montre alors très nettement.

Nous apercevons ainsi sur la face convexe du lobe droit à cinq travers de doigt du bord antérieur et très à droite de la plaie cutanée, une plaie en croix dont les lèvres ont 5 centimètres de longueur environ suivant les deux branches de la croix. De cette plaie, dont les bords sont pour ainsi dire éversés et écartés, s'écoule en grande abondance du sang noir. Les autres viscères, estomac, côlon, épiploon, sont indemnes.

Après avoir tamponné un instant cette plaie assez profonde, 2 centimètres et demi environ, et en avoir nettoyé les bords avec de la gaze aseptique, j'en pratiquai la suture.

Trois fils de gros catgut furent introduits assez profondément dans le tissu hépatique et à distance des bords de la plaie, à l'aide d'une aiguille à grande courbure. Ces fils, difficiles à placer en raison de la situation de la blessure, sont serrés un à un, sans force, de façon à ne point déchirer la substance hépatique. Les lèvres de la plaie sont ainsi affrontées simplement.

L'hémorragie s'arrête très complètement.

Le péritoine est alors débarrassé en grande partie des caillots très abondants qui le remplissent. La quantité de sang épanché peut être estimée à 1 litre et demi.

Pas de lavage.

Une mèche de gaze aseptique est étalée sur la plaie hépatique et la comprime un peu. L'extrémité de cette mèche sort par l'angle supérieur de l'incision médiane. Deux drains entourés de gaze sont placés à la face inférieure du foie, à la partie la plus déclive où reste forcément une certaine quantité de sang épanché, et ressortent par le débridement latéral droit de l'incision opératoire.

Suture rapide de la paroi en un seul plan de fils de soie au nombre de sept. Pansement compressif.

Suites opératoires. — Le malade, rapporté dans son lit, est froid, exsangue, insensible, son pouls extrêmement petit. On injecte quatre seringues de Pravaz d'éther, on l'entoure de boules d'eau chaude.

Il reçoit sous la peau huit litres de sérum artificiel. Cette injection fut pratiquée à l'aide d'un bock placé à 1m50 au-dessus du niveau du lit. L'absorption se fit avec une grande rapidité comme dans tous les cas d'hémorragie grave.

Sous cette influence le pouls se remonte, la sensibilité revient et le malade commence à se plaindre. Dans l'après-midi, il reprend connaissance et parle un peu.

A six heures du soir, température, 36°8 ; pouls, 130. La respiration est rapide, 30 par minute, et haletante.

Agitation.

Piqûre de morphine. Champagne et Todd glacés.

Vendredi 15. Nuit mauvaise. Agitation, pas de sommeil. Le malade se plaint, son pouls est meilleur.

On le sonde, urine très peu abondante.

A deux heures du matin, 2 litres de sérum sous-cutané.

A huit heures du matin, pouls, 130 ; température, 37°4.

Samedi 16. T. 37°8 le matin, 38°2 le soir. P. 120. La tension artérielle est bonne, le malade est toujours pâle mais moins agité.

Dimanche 17. P. 105. T. 38 degrés. 1 500 grammes de sérum.

Apparition d'une teinte subictérique des conjonctives. Le malade est faible. Urines peu abondantes et sédimenteuses ; elles ne contiennent ni sucre ni albumine, mais quelques pigments biliaires.

Lundi 18. Premier pansement. La mèche recouvrant la plaie hépatique est enlevée ; elle est à peine imbibée d'un peu de sérosité sanguinolente. Les drains ont donné un écoulement abondant de sang et de sérosité, ils restent en place.

Le soir, T. 39 degrés ; P. 120.

3 litres de sérum. Le malade se plaint du ventre, glace sur l'abdomen, champagne et Todd.

Mardi 19. L'état du blessé s'améliore, il est moins agité, a dormi un peu, un lavement glycériné amène une selle.

Les fils sont enlevés au neuvième jour ; pendant le pansement, il se produit par la plaie un petit écoulement de bile qui ne se reproduit plus dans la suite.

Les drains ne sont enlevés qu'au douzième jour en raison de la marche de la température qui ne retombe franchement à 37 degrés que vers le onzième jour. Il existe un peu de sphacèle sur les bords de la plaie qui les laissait passer. Pansements humides répétés.

A partir de ce moment, l'état du malade va en s'améliorant. Le pouls et la température reviennent à la normale. Il y a pendant quelques jours de la diarrhée avec décoloration absolue des matières.

Le mardi 27, la température remonte à 38°2 et arrive progressivement à 40 degrés, chiffre qu'elle atteint le vendredi 29. Le pouls reste à 85. Cette ascension est due à une infection vésicale par les cathétérismes. Rien ne peut l'expliquer du côté de la plaie qui est en parfait état. Les urines sont -ranchement purulentes (examen microscopique).

Lavages de la vessie au sublimé au 6000e, 3 grammes de salol à l'intérieur.

Le dimanche 7 novembre, ces phénomènes d'infection vésicale ont complètement disparu.

Le 8 novembre, il se produit une selle hémorragique. Les matières, toujours décolorées, sont accompagnées d'une notable quantité de sang rouge.

Le 10 novembre, vingt-huit jours après l'opération, les urines sont devenues claires, il n'y a plus de sang dans les selles qui sont colorées. L'état général s'améliore, l'appétit revient et le malade entre en convalescence; il sort quelques jours plus tard complètement guéri. L'état de la plaie opératoire est très bon (1).

Présentation du malade par M. Ricard à la Société de chirurgie le 22 décembre 1897.

Telle est l'histoire, assez mouvementée, on le voit, de notre malade.

Cette observation prouve une fois de plus « l'utilité de la laparotomie immédiate dans les traumatismes du foie » qu'ont démontrée dans leur travail MM. Terrier et Auvray.

Notre malade a été opéré trois heures après l'accident, les phénomènes critiques qu'il présentait permettent d'affirmer qu'il n'aurait pas survécu sans l'intervention. Celle-ci confirma d'ailleurs l'abondance de l'hémorragie qui continuait au moment où elle fut pratiquée.

L'hémorragie arrêtée, nous eûmes à lutter contre les phénomènes d'anémie aiguë produits par cette énorme saignée et la quantité considérable de sérum reçue par ce malade nous permit seule d'en triompher.

Quelques incidents tels que subictère, décoloration des matières, hémorragie intestinale en l'absence d'hémorroïdes, semblent dus à une infection légère du foie. Ces faits furent d'ailleurs fugaces et peu marqués dans notre cas.

Une particularité que nous tenons à faire remarquer, est la forme en croix de la blessure. Il est probable qu'il se produisit un véritable éclatement de la substance hépatique sous l'influence du coup de couteau dont la lame était volumineuse.

Au point de vue du manuel opératoire, une laparotomie latérale aurait certainement mieux valu. Elle nous eût permis d'éviter la section transversale du grand droit, c'est-à-dire de faire une laparotomie en T; mais nous ne savions pas l'obliquité extrême du trajet de gauche à droite. La laparotomie médiane nous eût permis d'atteindre facilement la plaie hépatique, si celle-ci s'était trouvée en regard de l'orifice cutané.

Nous insisterons pour terminer sur la suture. Nous avons remarqué l'extrême friabilité du tissu hépatique et constaté l'excellence du conseil de MM. Terrier et Auvray qui recommandent de placer les fils loin des bords de la plaie sans les serrer, en affrotnant simplement.

[Il nous semble utile de rapprocher de la très intéressante observation rapportée par M. Jacomet la statistique que nous trouvons dans un tout récent mémoire du professeur Tricomi (de Padoue), publié dans *Il Policlino*, nos 18 et 20, 1899. Cet auteur cite 49 cas de plaies du foie se répartissant ainsi :

26 traitées par la suture, 8 morts;
21 traitées par le tamponnement, 4 morts;
2 traitées au thermocautère, 2 guérisons.

Cette statistique, suffisamment éloquente par elle-même, nous montre que l'hémostase idéale, dans les plaies peu profondes, est réalisée par la suture.] N. D. L. R.

(1) Ultérieurement, vers le mois de mai 1898, ce malade eut une grosse éventration. La suture rapide, le long drainage, la laparotomie en T, expliquent ce fait. Il fut opéré avec succès par M. Walther, qui fit à son sujet une communication sur le traitement des éventrations sus-ombilicales au Congrès de chirurgie (octobre 1898).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(17 novembre 1899)

A propos de la récente communication du professeur Joffroy sur le **traitement de la morphinomanie**, sur ce qu'il appelle la méthode « psychothérapique », M. Linossier cite une bien curieuse observation dont voici, dans ses lignes principales, le résumé clinique :

Un homme de trente ans, névropathe, s'injecte depuis longtemps, et tous les jours, une dose de 40 centigrammes de morphine. Cet homme intoxiqué prend une fièvre typhoïde à forme grave et prolongée. Que fallait-il faire? Devait-on supprimer brusquement la morphine? M. Linossier tenta la suppression graduelle. Le malade, qui n'était pas prévenu, ne s'aperçut en aucune façon qu'il s'injectait des solutions de plus en plus diluées, et finalement de l'eau pure. Ces injections produisaient exactement la même impression de bien-être que celles de morphine. Ce ne fut qu'au moment où, guéri de sa fièvre typhoïde et aussi de son intoxication chronique, on crut pouvoir lui apprendre qu'il ne prenait plus de morphine, que des symptômes nerveux de démorphinisation apparurent. Le malade finit cependant par acquérir la conviction que la démorphinisation pouvait en somme se faire sans danger, si bien qu'ayant, quelques mois plus tard, repris l'habitude de se piquer, il put, de lui-même, se guérir, convaincu qu'il n'en éprouverait aucun dommage.

Cette observation montre manifestement le rôle de l'influence psychique dans la genèse des accidents de la démorphinisation; elle confirme l'opinion émise précédemment par M. Joffroy.

L'observation de M. Linossier, qui en réalité soulève la question de l'association, chez un même malade, d'une infection et d'une intoxication, et des dangers que peut entraîner chez un sujet infecté la suppression brusque de l'intoxication, a une importance pratique immédiate, puisqu'elle permet d'aborder la question de la morphinomanie chez les tuberculeux. C'est sur ce point que s'est engagée une discussion fort instructive.

M. Joffroy fait remarquer que, chez un tuberculeux par lui observé, chaque fois que l'on tentait la démorphinisation, la tuberculose paraissait subir une poussée aiguë, et prendre une allure plus grave. M. Le Gendre a noté souvent le fait suivant : lorsque, chez un tuberculeux ou mieux chez un phtisique arrivé à la dernière période de la cachexie, au moment où la mort semble prochaine, on pratique systématiquement des injections de morphine, par pitié en quelque sorte et pour adoucir les dernières minutes d'un mourant, il n'est pas rare de voir les malades reprendre des forces, revivre en quelque sorte, et cela pendant un temps relativement très long. Le tuberculeux qu'on rend un peu morphinomane se prolonge au point, dit fort spirituellement M. Le Gendre, de « désespérer son entourage ». C'est là, il est vrai, de la morphinomanie thérapeutique. Le cas n'est pas le même d'un morphinomane ancien qui devient un tuberculeux. Dans un cas de cette sorte, M. Ballet

a vu la démorphinisation n'avoir aucun inconvénient sur la marche de la tuberculose. M. Renon a observé le même fait. Ce sont là des points de pratique d'un haut intérêt.

Bien curieuse et d'interprétation singulièrement délicate est l'observation rapportée par M. Merklen. Il s'agit d'un fait de **névrose tachycardique post-traumatique, avec crise prolongée de tachycardie prémonitoire d'un anévrysme de l'aorte**, chez un homme de trente-huit ans. Cet homme est actuellement porteur d'une double insuffisance mitrale et aortique, accompagnée de symphyse cardiaque, et enfin d'un anévrysme de l'aorte. Cette cardiopathie date de l'enfance et fut aggravée peu à peu et par des attaques successives de rhumatisme et par une attaque de grippe. Le plus curieux de cette histoire, c'est que le malade, en dépit de cette lésion vraiment extraordinaire, peut mener une existence remarquablement active, peut marcher jusqu'à faire, sans en éprouver le moindre dommage, plus de 20 kilomètres par jour.

Mais, la lésion a entraîné des crises de tachycardie, d'abord passagères, et a enfin produit une crise plus prolongée, laquelle a été comme le prélude d'un anévrysme de l'aorte.

Dire les hypothèses que l'on peut faire sur de semblables phénomènes serait trop long, d'autant que, malgré un grand nombre de faits certains, la physiologie de l'innervation du cœur est encore très obscure. Il faut s'en tenir à la constatation du fait clinique, et en particulier insister sur l'innocuité de la tachycardie et sur les malaises qui survenaient très vite dès l'instant où la tachycardie disparaissait.

M. Gaucher, qui depuis longtemps s'est élevé contre **l'usage des injections de calomel ou d'autres préparations de sels insolubles dans le traitement de la syphilis**, rapporte une observation qui prouve que ses prévisions étaient justes. Il vient d'observer avec le docteur Noël un cas de mort rapide à la suite d'une injection de calomel. Ce qu'il y a de particulier ici, c'est que l'injection du sel de mercure avait été pratiquée *quatre mois avant* la date de l'apparition des phénomènes toxiques mortels. C'est là un fait extraordinaire seulement en apparence, car il est de notion courante que la dissolution des sels mercuriels insolubles injectés dans les tissus se fait de façon très irrégulière. Les masses injectées peuvent s'enkyster et rester inertes pendant longtemps, pour se dissoudre ensuite, toutes ensemble et très rapidement.

Il faut en tout cas s'élever, dit M. Gaucher, contre l'abus très périlleux de cette médication.

Il est vrai que, par quelques points, cette observation prête à la critique. M. Balzer fait remarquer que dans ce cas il n'y avait pas d'albumine dans l'urine, et l'on sait que presque toujours, au cas d'intoxication mercurielle grave, les reins sont lésés.

De plus, il est très extraordinaire que les accidents se soient produits quatre mois seulement après les injections, car il faut admettre alors que les 15 centigrammes de calomel sont restés enkystés pendant ces quatre mois. Ce n'est peut-être pas impossible, mais c'est au moins surprenant.

En tout cas, M. Gaucher a le mérite d'insister sur le danger des préparations insolubles. N'est-il pas, en effet, beaucoup plus simple et aussi utile d'employer des préparations solubles dont on peut surveiller la régulière élimination?

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les bronchites (1).

Par M. le docteur Lévi-Sirugue, ancien interne des hôpitaux de Paris.

III

Affection bénigne et toujours curable quand elle reste limitée aux grosses bronches, la bronchite devient une affection redoutable quand elle envahit les bronchioles en produisant la bronchite capillaire. *Bronchite capillaire* et *broncho-pneumone* sont deux états morbides voisins, l'un désignant seulement la participation des bronchioles, l'autre l'atteinte du parenchyme pulmonaire qui est congestionné, ou plus ou moins hépatisé. La première forme peut s'observer pure dans les infections à marche foudroyante; la seconde est la règle quand la maladie a duré davantage. La bronchite simple primitive se complique rarement chez l'adulte de bronchite capillaire; il n'en est pas de même chez l'enfant et le vieillard, où cette complication est toujours à redouter. Certaines bronchites secondaires sont plus graves à ce point de vue et il faut citer ici les bronchites de la grippe, de la coqueluche, et de la rougeole.

S'il s'agit d'un enfant, la bronchite capillaire s'annonce par une recrudescence de la fièvre, de l'agitation, quelquefois des convulsions. La dyspnée en est le grand symptôme; la suffocation terrible s'accompagne de cyanose; les ailes du nez battent, il y a du tirage. D'autres fois, l'enfant a un facies qui traduit une profonde intoxication, le visage est pâle, plombé, les lèvres sont fissurées; c'est ce qui arrive dans la bronchite capillaire secondaire, où le pronostic est le plus grave. L'auscultation fait entendre une pluie de râles fins des deux côtés de la poitrine.

La broncho-pneumonie a une marche plus lente, et elle tue plutôt par intoxication lente que par asphyxie mécanique comme la bronchite capillaire. La courbe de température y présente des oscillations irrégulières; il peut y avoir des poussées successives. A l'auscultation, on trouve des foyers disséminés d'hépatisation marqués par du souffle et des râles sous-crépitants.

Chez le vieillard la marche des accidents est plus latente que chez l'enfant mais non moins redoutable. Il y a peu de réaction thermique, la langue est seche et le degré de la dyspnée ne répond pas toujours à la gravité des lésions. L'auscultation est nécessaire pour les révéler.

La bronchite capillaire est une affection essentiellement contagieuse et l'expérience n'en a été faite que trop longtemps dans les hôpitaux d'enfants où elle frappait épidémiquement les nourrissons, tous les petits débilités, de même que les morbilleux et les coquelucheux. Aujourd'hui que ces notions se sont répandues, on a beaucoup fait pour la prophylaxie de cette affection, en assurant un isolement rigoureux des enfants atteints de bronchite capillaire. On devra d'ailleurs chez l'enfant pratiquer l'antisepsie de la gorge et du nez, de celle-là par des lavages d'eau bouillie faits avec un bock, de celui-ci par l'instillation de quelques gouttes d'*huile résorcinée* qui a l'avantage d'être moins irritante que l'huile mentholée. On formulera :

Huile d'olive..................	20 grammes.
Résorcine......................	1 —

Le simple coryza du nourrisson devra être traité ainsi pour prévenir les infections descendantes.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1184 et 1223.

Quand les accidents se sont déclarés on devra agir vite, car c'est de la promptitude et de la bonne direction de l'action thérapeutique que dépendra souvent la marche des événements, et cette thérapeutique variera suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un vieillard.

S'agit-il d'un *enfant*, il est un moyen précieux, le *vomitif*, qui favorise l'expectoration et décongestionne le poumon grâce aux efforts de vomissements. On le prescrira sous forme de poudre d'ipéca associée au sirop d'ipéca :

Sirop d'ipéca..................	60 grammes.
Poudre d'ipéca..................	1 —

Toutes les cinq minutes une cuillerée à dessert jusqu'à vomissement.

Cependant chez l'enfant débilité le vomitif peut être dangereux en provoquant du collapsus; on devra s'en défier dans les cas où le teint est pâle, où les lèvres sont fissurées.

Un autre moyen d'action énergique est la *balnéothérapie*. Le médecin a à sa disposition plusieurs sortes de bains qui répondent à des indications différentes. Si la bronchite capillaire est pour ainsi dire accidentelle et survenue chez un enfant vigoureux, s'il y a hyperthermie marquée, avec des convulsions, alors le bain froid est indiqué, bain à 22 degrés, qu'on répétera toutes les trois heures tant que la température dépasse 39 degrés. Souvent quelques bains suffisent pour juguler l'affection.

S'agit-il d'un nourrisson, d'un enfant débile, chez lequel on est en droit de craindre le collapsus, d'une de ces formes plus toxiques qu'infectieuses, plus marquées par l'adynamie que par l'éréthisme nerveux, on se trouvera bien du bain tiède, entre 35 et 28 degrés. Cette balnéation, répétée systématiquement, a une heureuse influence sur l'élimination des toxines.

Le professeur Renaut (de Lyon) a récemment préconisé le bain chaud à 38 degrés. Il trouverait son indication dans presque tous les cas et peut-être surtout dans les bronchites capillaires grippales.

En somme, nous conseillons l'emploi du bain froid chez les petits malades vigoureux sans complications cardiaques et dans les formes franchement hyperthermiques; du bain chaud, sinapisé au besoin, dans les formes algides, et du bain tiède dans la majorité des cas, en réglant la température du bain à l'inverse de la température rectale du petit malade.

Concurremment avec la balnéation, la *révulsion* rendra de signalés services. On aura recours aux bottes d'ouate et localement aux larges cataplasmes sinapisés, qui remplaceront avantageusement le vésicatoire dangereux par la possibilité d'une néphrite, et surtout par les dangers d'infection de la plaie qui est une porte ouverte aux germes pyogènes répandus dans l'air. Les ventouses sèches ou scarifiées sont encore une utile révulsion; mais il est surtout un procédé précieux, c'est l'*enveloppement humide du thorax*; il se fera en entourant la poitrine de l'enfant de compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles et trempées dans de l'eau à 10 ou 15 degrés. On les recouvre de taffetas gommé, et on les laisse en place jusqu'à ce qu'elles se soient réchauffées, pour les renouveler ensuite. Ce moyen est un agent actif de révulsion qui sert à désobstruer les bronches. L'enveloppement peut être plus complet et il est alors représenté par le *drap mouillé* dont on entoure le corps en le recouvrant d'une couverture. C'est là une balnéation atténuée qui n'a pas l'efficacité du bain froid mais qui peut rendre service au médecin lorsqu'il n'est pas secondé par un personnel intelligent capable de réaliser convenablement la méthode de Brand.

Comme on le voit nous avons jusqu'ici fait le traitement de l'affection qui nous occupe, avec peu de médicaments; en effet un vomitif au début, des bains froids ou tièdes selon le cas, de la révulsion par des ventouses, des cataplasmes sinapisés et surtout des enveloppements humides, en voilà assez pour faire une bonne thérapeutique, sans recourir presque à la pharmacopée dont on doit être sobre chez l'enfant. Pourtant on se trouvera bien de faire un peu d'antisepsie intestinale par une petite purgation, quelques centigrammes de calomel par exemple, et s'il y avait de la diarrhée on la traiterait par les grands lavages intestinaux. Le sulfate de quinine luttera avantageusement contre la fièvre, et on l'administrera en suppositoire ou en potion (de 0,05 à 0,50 centigrammes selon l'âge). Un peu d'alcool sous forme de grog léger maintiendra les forces; l'acétate d'ammoniaque donné en potion à dose de 2 à 4 grammes sera un stimulant et diaphorétique utile.

A-t-on affaire à une *forme grave*? Le danger consiste dans le collapsus et surtout dans le collapsus cardiaque. Dans ces cas on usera de la *digitale* sous forme de teinture à dose de 3 à 10 gouttes selon l'âge, ou de la caféine en potion ou en injection hypodermique à dose variable (0,05 centigrammes par année). La méthode hypodermique nous fournit encore d'autres adjuvants utiles dans les cas de collapsus, les injections d'éther ou mieux d'*huile camphrée* formulée ainsi :

Camphre...... 0,50 centigr. ou	1 gramme.
Huile d'amandes douces......	10 —

Un quart de seringue plusieurs fois répété selon les besoins. Enfin on pourrait utiliser les injections de *sérum artificiel* (30 à 60 grammes par jour), quoiqu'elles ne donnent pas toujours dans ces infections les résultats qu'on pourrait en attendre.

La convalescence de la broncho-pneumonie est souvent traînante et nécessite des soins énergiques pour éviter le passage à la chronicité, qui peut entraîner des complications telles que la dilatation bronchique. Alors on prescrira les sirops iodo-tannique ou d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, l'arsenic surtout sous forme d'eau arsenicale (eau de la Bourboule par exemple). Enfin on pourra conseiller pour la seconde enfance une cure à une eau thermale arsenicale (la Bourboule), ou sulfureuse (Eaux-Bonnes), et en hiver, le séjour dans une station méditerranéenne.

Il est une modalité de la bronchite capillaire assez fréquente chez l'enfant, c'est la *forme méningée*, avec convulsions et tout un syndrome nerveux. C'est dans ces cas que le bain froid trouve son indication principale. En outre, on prescrira quelques antispasmodiques. Au lieu d'opium et de belladone qui pourraient être dangereux, on donnera du chloral et du bromure de potassium. Le chloral donné à dose voulue (0,05 centigrammes par année) sera avantageusement administré avec du lait et un jaune d'œuf. Les bromures de sodium (0,25 à 0,50 centigrammes) chez le jeune enfant, de potassium après trois ans (0,25 à 0,50 centigrammes), rendront service.

Il est enfin une dernière variété de bronchite capillaire, c'est celle qui survient dans la *grippe*. C'est une complication souvent très grave, que l'on traitera par les moyens que nous avons indiqués. Il est cependant deux médicaments

sur lesquels il convient d'insister : ce sont le *sulfate de quinine* et l'*aconit*. Le sulfate de quinine (0,10 à 0,40 centigrammes selon l'âge), qu'on pourra donner en potion ou en suppositoire, a en effet dans ces formes une action particulièrement énergique; et on associera ses effets à ceux de l'alcoolature de racines d'aconit (IV à X gouttes selon l'âge).

Chez le vieillard le traitement diffère un peu et nous aurons les mêmes recommandations à faire ici qu'à propos de la bronchite simple. Il faut proscrire les vomitifs et les bains, qui, à un âge où la réaction se fait mal, pourraient produire du collapsus cardiaque. Reste la révulsion et encore on n'emploiera pas les enveloppements froids. On veillera surtout sur l'état du cœur et de la tension sanguine, qu'on relèvera par la digitale, la caféine, le strophantus. L'acétate d'ammoniaque et l'alcool rendront également service. Une légère dose de sirop de belladone (10 à 15 grammes) calmera la toux.

Chez l'adulte vigoureux enfin, la bronchite capillaire sera traitée à peu près comme chez l'enfant, par un vomitif, par les bains. Si la dyspnée devenait menaçante, on n'hésiterait pas à faire une *saignée* générale qui pourrait être un moyen de salut. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Le salicylate de méthyle en pansements dans la furonculose et les plaies en général.

M. Gallois, dans une communication à la Société de thérapeutique, rapporte que, dans le traitement de la furonculose et dans le pansement des ulcères de jambe, il a obtenu des améliorations très rapides et presque extraordinaires avec du salicylate de méthyle.

La forme liquide de ce médicament est un avantage qui permet de l'employer en pansements humides. Comme le salicylate de méthyle est un corps qui se mêle peu à l'eau, il fait en quelque sorte à la surface de la peau un enduit hydrofuge qui s'oppose à l'infection des glandes et de l'épiderme.

Employé pur, en onctions et, sur les plaies étendues, avec applications de linges imbibés recouverts d'une toile imperméable, il provoque à peine au début un léger picotement au niveau de la plaie.

M. Gallois le considère comme un excellent antiseptique évitant la formation du pus et excitant le bourgeonnement des plaies.

Par sa simplicité, ce nouveau mode de pansement méritait d'être signalé aux praticiens. Il ne semble pas qu'il ait d'autre inconvénient que l'odeur forte, pénétrante et extrêmement persistante que l'on connaît au salicylate de méthyle.

Contre l'épistaxis.

A propos du *Procédé simple pour combattre l'épistaxis*, que nous avons donné la semaine dernière, M. le docteur Rosenblith (de Paris) veut bien nous rappeler un *procédé encore plus simple* qui lui a constamment réussi.

Il consiste simplement à comprimer, au moyen d'un ou deux doigts, plus ou moins fortement le lobule nasal de la narine qui est le siège de l'hémorragie, contre la cloison. Comme dans la majorité des cas c'est la partie antérieure de la cloison nasale qui est le siège de l'ulcération cause de l'épistaxis, l'hémorragie s'arrête au bout d'une ou deux minutes de compression.

Si le malade essuie simplement le nez en *évitant de se moucher*, l'hémorragie est arrêtée définitivement et ne se reproduit plus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 27 NOVEMBRE AU 2 DÉCEMBRE 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 27 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Ch. Richet, Langlois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Kirmisson, Varnier et Sébileau; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Jalaguier et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tuffier, Lejars et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Méry; — M. Déjerine, suppléant.

MARDI 28 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Brun, Bonnaire et Thiéry; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Poirier et Albarran; — (2e série) : MM. Le Dentu, Hartmann et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Thiroloix; — M. Charrin, suppléant.

MERCREDI 29 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Delbet et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Terrier, Lejars et Lepage; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Jalaguier, Poirier et Legueu; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Widal; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 30 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Gautier, Mathias-Duval et Langlois.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Berger, Rémy et Wallich; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard.

4e, *Faculté, salle n° 3* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Ménétrier, suppléant.

VENDREDI 1er DÉCEMBRE, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Jalaguier et Delbet; — (2e partie) : MM. Brissaud, Letulle et Gaucher; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 2 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Retterer et Heim; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Marfan, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat.—*Anatomie* (séances du 18 novembre) : MM. Lemière et Léri, 11; — Vinsonneau, 7; — Heller, 4; — Bidel, Bonamy et Delaunay, 3; — Béneteau, 2; — Boisseau, 1.

Pathologie : MM. Baumgartner, 13; — Cathala, 12; — Da Silva, 10; — Boileau et Compain, 5.

Hôpitaux de province. — *Saint-Étienne.* — A la suite du concours que nous avons annoncé, le docteur Martel est nommé chirurgien des hôpitaux.

Marine. — Par décret en date du 17 novembre 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. Abelin, médecin principal, en remplacement de M. le docteur Geoffroy, retraité.

Au grade de médecin principal. — M. Piton, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Abelin, promu.

Au grade de médecin de première classe.— M. Renault, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Piton, promu.

M. Jacquemin, médecin en chef du cadre de Cherbourg, passe, sur sa demande, au cadre de Toulon, en remplacement de M. Geoffroy, retraité.

M. Burot, médecin en chef du cadre de Rochefort, détaché à Cherbourg, est appelé à servir à Brest dans les mêmes conditions.

M. Abélin, du cadre de Rochefort, détaché à Brest et nouvellement promu médecin en chef, est affecté au cadre de Cherbourg, en remplacement de M. Jacquemin.

M. Piton, du cadre de Brest, nouvellement promu médecin principal, est affecté au même port.

M. Renault, en service à Guérigny, promu médecin de première classe, est affecté au port de Cherbourg.

M. André, médecin de deuxième classe, du cadre de Toulon, est désigné à Guérigny, pour remplacer M. Renault.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Gilles de la Tourette, agrégé, suppléant M. le professeur Raymond, commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 24 novembre 1899 à dix heures du matin à la Salpêtrière, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Garaix (de Mazenc-les-Bains); Pellet (de Roquebrune) et Rives (de Paris).

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 133. — JEUDI 23 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 23 NOVEMBRE 1899. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU « PHÉNOMÈNE DES ORTEILS » DE BABINSKI

Par le docteur Raymond CESTAN,
Chef de clinique à la Clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière,
et Louis LE SOURD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans une communication à la Société de biologie (1), M. Babinski s'exprimait ainsi :

« J'ai observé, dans un certain nombre de cas d'hémiplégie ou de monoplégie crurale liée à une affection organique du système nerveux central, une perturbation du réflexe plantaire dont voici en quelques mots la description :

Du côté sain, la piqûre de la plante du pied provoque, comme cela a lieu d'habitude à l'état normal, une flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied sur la jambe et des orteils sur le métatarse.

Du côté paralysé, une excitation semblable donne lieu aussi à une flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe, mais *les orteils, au lieu de se fléchir, exécutent un mouvement d'extension sur le métatarse.* »

Comme le faisait remarquer M. Babinski, il ne s'agissait pas d'une modification dans l'intensité, mais bien d'une perturbation dans la forme du réflexe plantaire.

Dans de nouvelles communications (2), M. Babinski rappelait l'attention sur le « phénomène des orteils », qu'il avait observé dans l'hémiplégie organique, qu'elle qu'en fût la cause, la méningo-encéphalite diffuse, l'épilepsie partielle, la méningite cérébro-spinale, l'empoisonnement par la strychnine, la paraplégie spinale spasmodique, la myélite transverse, le mal de Pott, etc.

Il indiquait l'existence d'un lien clinique entre le phénomène des orteils, l'exagération des réflexes tendineux et l'épilepsie spinale, et pensait, sans toutefois l'affirmer encore, que *le phénomène des orteils peut être le premier et le seul signe révélateur d'une perturbation du système pyramidal.*

Les faits signalés par M. Babinski ont été confirmés par toute une série de travaux de MM. Van Gehuchten (3), Glorieux (4), Ganault (5), Létienne et Mircouche (6), J. Collier (7), Th. Buzzard (8), O. Kalischer (9), G. Boeri (10), et enfin par les recherches de l'un de nous (11).

Seuls, MM. L. Schüler (12) et Martin Cohn (13), bien qu'ils eussent constaté que chez la plupart des personnes normales l'excitation de la plante des pieds produit un mouvement de flexion des orteils, soutenaient que, chez tout individu adulte et exempt de lésions nerveuses, on pouvait indifféremment observer de la flexion, de l'extension ou de l'immobilité des orteils. M. Cohn concluait en refusant de reconnaître au phénomène des orteils une valeur pathognomonique réelle pour le diagnostic des affections nerveuses organiques.

Enfin, M. V. Giudiceandrea (14), tout en reconnaissant que le phénomène des orteils était bien un fait pathologique, prétendait l'avoir observé dans l'hystérie et même chez des sujets normaux.

Les contradictions que nous trouvons dans ces derniers travaux nous sont facilement expliqués par la possibilité d'erreurs dans la recherche et l'appréciation du phénomène des orteils. Il est souvent difficile, en effet, de distinguer les mouvements de flexion ou d'extension réflexe d'avec les mouvements volontaires, conscients ou non, provoqués par l'excitation de la plante du pied.

Aussi, bien que, dans un de ses entretiens cliniques de la Pitié (15), M. Babinski ait exposé, d'une manière très complète, la technique à suivre dans la recherche du phénomène des orteils, croyons-nous utile d'en rappeler brièvement les principaux points :

Les muscles du pied et de la jambe doivent être relachés aussi complètement que possible, et pour obtenir ce résultat, il faut laisser le sujet dans l'ignorance de l'expérience que l'on se propose de pratiquer et lui faire fermer les yeux.

La jambe doit être légèrement fléchie sur la cuisse, le pied reposant sur le lit par son bord externe ou bien privé de tout appui, la jambe étant relevée et soutenue par l'expéri-

mentateur au niveau du cou de pied. Dès que les muscles paraissent suffisamment relâchés, on doit procéder à la recherche du réflexe. Au moyen d'une aiguille ou d'une épingle, on pratique alors au bord externe du pied des frottements d'abord légers, puis plus forts, jusqu'à l'apparition des mouvements du gros orteil. Si le réflexe est normal, les orteils, surtout les trois derniers, se fléchissent rapidement; dans le cas contraire, les orteils et alors surtout le gros orteil s'étendent sur le métatarse par un mouvement lent.

L'intensité de l'excitation n'est pas indifférente; il faut se garder d'une excitation trop vive, qui, chez certains sujets chatouilleux, amène un brusque retrait du pied, accompagné de quelques vifs mouvements volontaires des orteils, rendant toute analyse impossible. Ce mouvement, véritable mouvement de défense, est une cause d'erreur très fréquente, les orteils entraînés par le mouvement de recul du métatarse semblant s'étendre sur lui.

Nous avons, dans un but purement clinique, recherché le réflexe cutané plantaire comparativement chez des individus sains (ou souffrant d'affections indépendantes du système nerveux) et chez des sujets atteints d'affections nerveuses diverses.

Voici le résultat en bloc des observations que nous avons recueillies soit dans le service de M. Babinski, soit dans celui de M. le professeur F. Raymond à la Salpêtrière :

MALADIES.	NOMBRE de cas examinés.	RÉFLEXE CUTANÉ PLANTAIRE		
		Flexion.	Immobilité.	Extension.
Hémiplégie (récente)	7	»	»	7
Hémiplégie (ancienne)	68	»	5	63
Aphasie motrice	2	2	»	»
Hystérie	44	42	2	»
Paraplégies spasmodiques	35	»	»	35
Sclérose en plaque	20	»	1	19
Syringomyélie	6	»	»	6
Épilepsie	13	8	3	2
Sclérose latérale amyotrophique	3	1	»	2
Atrophie musculaire myélopathique	6	5	1	»
Maladie de Friedreich	10	»	»	10
Tabes	38	19	15	4
Paralysie générale	6	6	»	»
Polynévrites	7	»	7	»
Amyotrophie Charcot-Marie	5	»	5	»
Névrite hypertrophique de Déjerine	2	»	2	»
Lésions de la queue de cheval	3	»	3	»
Maladie de Parkinson	4	4	»	»
Paralysie infantile	1	1	»	»
Chorée de Sydenham	3	2	1	»
Tics douloureux de la face	2	2	»	»
Sciatique	3	3	»	»
Paralysie radiculaire du plexus brachial	3	3	»	»
Neurasthénie	4	3	1	»
Myxœdème	1	1	»	»
Myopathies	4	4	»	»
	300	106	46	148

Cette statistique suffit à elle seule à montrer l'importance du phénomène des orteils; cependant nous allons, en l'interprétant, bien mettre en évidence l'enseignement clinique qui s'en dégage.

Il est certain que le premier problème à résoudre, problème essentiel, est le suivant :

Peut-on à l'état normal, c'est-à-dire chez un sujet ne présentant pas d'altération du système pyramidal, constater le phénomène des orteils, comme le soutiennent Schüler, Cohn et Giudiceandrea?

Jamais nous n'avons trouvé chez un sujet adulte normal de l'extension des orteils. Nous avons examiné nous-mêmes plusieurs centaines d'individus; M. Babinski, depuis trois ans déjà, recherche le réflexe plantaire chez tous ses malades; enfin, M. le docteur Gasne, chef de clinique à la Salpêtrière, a examiné à ce même point de vue, pendant un an, les nombreuses personnes qui fréquentent la clinique des maladies nerveuses, et jamais l'*extension des orteils n'a pu être constatée chez un sujet adulte normal.*

[Nous disons avec intention « adulte normal »; en effet, chez l'enfant, il n'en est pas de même. Chez les tout petits enfants (de moins d'un an), dont le faisceau pyramidal n'est pas encore complètement développé, le chatouillement de la plante du pied provoque normalement de l'extension des orteils. Il nous a été impossible de déterminer exactement à quel âge le réflexe plantaire cesse de réagir normalement en extension, pour prendre la forme que nous lui connaissons chez l'adulte. Aussi, pour éviter toute cause d'erreur, nos recherches n'ont-elles porté que sur des adultes.]

Dans des cas très rares, le faisceau pyramidal peut être lésé sans que le phénomène des orteils se produise, mais jamais nous n'avons constaté la loi inverse, et toutes les fois que nous avons noté l'extension des orteils, le faisceau pyramidal était lésé.

Aussi croyons-nous pouvoir affirmer que l'extension des orteils est un phénomène pathologique, qui doit faire soupçonner aussitôt une lésion du faisceau pyramidal.

Les premières recherches de notre maître, M. Babinski, ont porté sur l'hémiplégie organique, et il a pu mettre en évidence cette loi importante : *dans l'hémiplégie organique, le phénomène des orteils existe presque toujours, dans l'hémiplégie hystérique, le réflexe cutané plantaire est au contraire normal.*

Nous n'avons pu trouver un seul fait qui vînt ébranler la grande valeur de cette loi de diagnostic.

Dans l'hémiplégie organique, d'ailleurs, il y a lieu d'envisager deux points de vue différents : tantôt il s'agit d'*hémiplégies récentes*, examinées immédiatement après l'ictus apoplectiforme; tantôt d'*hémiplégies anciennes.*

Or, il est très intéressant de constater que le phénomène des orteils peut se produire très rapidement après l'ictus, alors que les réflexes tendineux sont normaux ou même diminués. M. Babinski et nous-mêmes avons pu faire cette constatation plusieurs fois, et l'un de nous a communiqué à la Société anatomique (16) un cas d'hémorragie cérébrale, dans lequel il avait observé le phénomène des orteils une heure après l'ictus, alors que le réflexe rotulien était diminué.

Cependant nous n'oserions conclure de l'examen de ces quelques faits (7 cas) à la constance de l'apparition précoce du phénomène de Babinski; mais nous pouvons affirmer que, dans l'ictus apoplectiforme, l'existence de l'extension des orteils décèle une lésion du faisceau pyramidal, et ce signe nous a permis, dans le cas cité plus haut, d'éliminer l'hystérie, diagnostic porté avant nous par un confrère.

Le problème devient plus facile, quand il s'agit d'hémiplégies anciennes. M. Boeri a rencontré, dans l'hémiplégie tant ancienne que récente, le phénomène des orteils dans 76 p. 100 des cas; M. Ganault, dans les recherches qu'il a faites à Bicêtre, l'a noté dans 85 p. 100 des cas. Nous avons examiné 68 hémiplégiques, et trouvé 63 fois le phénomène des orteils, soit dans 92 p. 100. Ce pourcentage est-il trop fort? Nous ne le croyons pas. On peut observer des cas d'hémiplégie dans lesquels le signe de Babinski fait défaut; mais

alors, il ne faut pas oublier qu'il existe des hémiplégies de cause cérébrale, à prédominance presque exclusive sur le bras, hémiplégies dans lesquelles il n'y a ni exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs, ni phénomène des orteils; à fortiori avons-nous pu constater la flexion du gros orteil dans trois cas d'*aphasie motrice* de cause cérébrale, et dans un cas de tumeur cérébrale avec œdème de la papille, mais sans complication de troubles moteurs dans les membres.

D'autre part, nous avons observé une fois l'immobilité des orteils, malgré l'existence d'une trépidation spinale; mais le malade présentait une hémianesthésie organique superposée à sa paralysie motrice, et peut-être les anesthésies organiques ont-elles une influence sur la manifestation des réflexes cutanés dont fait partie le réflexe des orteils.

Aussi, avant d'avancer des cas négatifs ou en contradiction avec la loi énoncée plus haut, doit-on rechercher si le membre inférieur est intéressé dans la paralysie et si cette paralysie ne s'accompagne pas de troubles de la sensibilité.

Ces réserves faites, nous croyons pouvoir affirmer que le *signe de Babinski est extrêmement fréquent dans l'hémiplégie cérébrale organique.*

Dans l'hémiplégie hystérique, flasque ou avec contractures, nous n'avons jamais constaté l'existence du phénomène des orteils.

De plus, nous avons examiné, tant pendant leurs attaques qu'en dehors d'elles, 44 hystériques sans troubles moteurs; tous présentaient de la flexion des orteils, sauf deux dont les orteils restaient immobiles.

Il nous a été impossible de savoir si l'*hémianesthésie hystérique* avait une influence sur l'apparition des réflexes cutanés comme l'anesthésie organique. Nous avons observé tantôt de la flexion, tantôt de l'immobilité des orteils, que les malades eussent ou non des troubles de la sensibilité. Il semble, somme toute, que l'hémianesthésie hystérique n'a aucune influence sur la forme du réflexe cutané plantaire.

Nous avons examiné plusieurs cas d'hémiplégie hystérique et de paraplégies flasques ou avec contractures, accidents survenus soit spontanément, soit par suggestion; nous n'avons jamais constaté une modification dans la formule du réflexe plantaire.

Nous croyons donc, avec notre maître M. Babinski, que, dans les accidents purement et uniquement hystériques, le réflexe plantaire ne se fait jamais en extension, et ceci est un élément précieux de diagnostic pour différencier les accidents organiques de ceux de la grande névrose.

Nous n'insisterons pas sur les *paraplégies spasmodiques*, créés par une myélite transverse, une compression médullaire, une syphilis médullaire ou une sclérose combinée avec *phénomènes spasmodiques prédominants*. Dans tous les cas, et nous en avons observé 35, le phénomène des orteils est des plus nets, et ne peut aucunement prêter à confusion. L'un de nous a déjà insisté sur la valeur de ce phénomène dans une étude sur le pied bot spasmodique (17).

Le signe de Babinski n'a jamais fait défaut dans aucun de nos cas. Cependant nous avons observé l'immobilité des orteils dans une paraplégie spasmodique par mal de Pott avec trépidation spinale; mais dans ce cas, le malade était atteint aussi de polynévrite des membres inférieurs avec atrophie marquée des masses musculaires : or nous avons constaté que, dans les *polynévrites* (7 cas), le réflexe cutané plantaire faisait toujours défaut.

Dans la paraplégie spasmodique organique, il peut exister d'autres signes : de la trépidation spinale, mais si on se rappelle, que d'après certains auteurs le clonus du pied peut se rencontrer dans l'hystérie, question que nous n'avons pas à envisager ici, on voit l'importance du phénomène de Babinski, seul signe indiscutable, permettant d'établir un diagnostic certain. Il n'est pas moins intéressant de signaler ce fait que, dans un autre cas de paraplégie par compression, liée à un mal de Pott, nous avons vu les troubles moteurs s'améliorer progressivement et la trépidation spinale disparaître, cependant que le phénomène des orteils continuait de se produire, indiquant la persistance d'un trouble du faisceau pyramidal.

Le signe de Babinski nous apparaît donc tout à la fois comme plus fidèle et plus délicat que la trépidation spinale, pour révéler dans les paraplégies chroniques une altération du faisceau pyramidal.

Nous avons examiné 20 cas de *sclérose en plaque*; dans un seul cas, il a été impossible de déterminer la forme exacte du réflexe plantaire, le malade présentant du tremblement au repos avec instabilité et incoordination des membres inférieurs. Dans tous les autres cas, c'est par l'extension que réagissait le gros orteil, sous l'influence de l'excitation de la plante du pied.

On sait que dans la *syringomyélie* le faisceau pyramidal est souvent intéressé; dans 6 cas examinés par nous, nous avons constaté l'extension du gros orteil. Dans deux de ces cas la spasticité était si prononcée qu'il était impossible de provoquer la trépidation spinale.

Enfin dans sa thèse inaugurale (18) l'un de nous a montré la constance du signe de Babinski dans les *diplégies* ou *hémiplégies cérébrales infantiles*; il a pu le constater trente fois, sur 30 malades. Mais il faut ajouter que chez l'enfant la recherche du réflexe plantaire est très délicate, à cause des mouvements de défense que provoque la plus légère piqûre, obligeant l'observateur à n'avoir recours qu'à un simple chatouillement avec la pulpe du doigt.

Il est évident que le phénomène des orteils existe dans les cas d'épilepsie venant compliquer l'hémiplégie organique. Quant à l'*épilepsie idiopathique*, nous avons, sur treize malades examinés, constaté onze fois la flexion ou l'immobilité des orteils dans l'intervalle des accès. Notre maître, M. Babinski, a déjà insisté sur ce fait que, pendant la phase convulsive, on peut voir le phénomène des orteils se produire, puis disparaître ensuite; nous avons pu constater le même fait chez deux épileptiques à la Salpêtrière.

Nous n'insisterons pas davantage sur les troubles moteurs de cause cérébrale ou médullaire à caractère spasmodique : les faits que nous venons de passer en revue, démontrent surabondamment la fréquence et la valeur du phénomène de Babinski.

Nous abordons maintenant un côté plus intéressant de la question, en étudiant certains cas où le signe de Babinski peut seul nous indiquer une lésion du faisceau pyramidal. Un premier exemple de ces faits nous est fourni par la *sclérose latérale amyotrophique*. Nous avons examiné trois malades atteints de cette affection, qui tous présentaient une atrophie musculaire prononcée avec légère exagération de tous les réflexes tendineux, mais sans la moindre ébauche de trépidation épileptoïde. Nous avons constaté deux fois de l'extension, une fois de la flexion des orteils.

Dans six cas d'*atrophie musculaire myélopathique* à marche rapide, subaiguë ou chronique, nous avons constaté cinq fois la flexion, une fois l'immobilité des orteils.

Seuls, les examens anatomo-pathologiques pourront nous renseigner sur la valeur du phénomène des orteils dans ces cas de sclérose latérale, car il nous a paru qu'il existait toute une série d'intermédiaires, au point de vue de l'état des réflexes tendineux, entre la sclérose latérale avec trépidation spinale et les atrophies musculaires à types Aran-Duchenne. Nous laisserons donc ce problème en suspens, en nous bornant à constater que dans deux cas de sclérose latérale amyotrophique, il existait de l'extension des orteils, malgré l'absence de trépidation spinale.

Dans la *maladie de Friedreich*, le phénomène de Babinski est constant. Nous l'avons constaté dans 8 cas de maladie de Friedreich et dans deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. Chez cette catégorie de malades, le phénomène des orteils est très développé et des plus nets.

L'anatomie pathologique nous montre que la maladie de Friedreich est créée par une sclérose des cordons postérieurs et des cordons latéraux. La sclérose du cordon postérieur se manifeste par l'abolition des réflexes tendineux, mais le signe de Babinski peut seul nous révéler l'existence d'une sclérose latérale.

Ce mécanisme devient très évident dans l'hémiplégie permanente des tabétiques. Nous avons examiné 38 tabétiques, et nous avons constaté 19 fois de la flexion, et 15 fois de l'immobilité des orteils, après excitation de la plante du pied. Nous avons également pu constater que l'abolition du réflexe cutané plantaire s'accompagnait d'hypoesthésie et souvent d'anesthésie plantaire, et il nous a paru que l'état de la sensibilité jouait un rôle important dans la manifestation de ce réflexe.

Nous avons déjà vu plus haut qu'il nous avait paru exister à ce point de vue une différence entre l'anesthésie de cause hystérique et l'anesthésie de cause organique, la première ne paraissant pas avoir de répercussion sur le réflexe plantaire. Quelle que soit l'explication de cette immobilité, il se dégage de nos recherches ce fait important que, dans un *tabes ordinaire*, on ne rencontre jamais l'extension des orteils.

Dans un travail antérieur, un de nous a montré que, dans les hémiplégies organiques qui surviennent au cours du tabes, les réflexes tendineux sont complètement abolis, la contracture n'apparaît pas si les réflexes restent supprimés, et cependant la lésion du faisceau pyramidal est mise en évidence par le signe de Babinski. En effet, le tabes réalise dans ces cas une sorte de sclérose combinée, sclérose du cordon postérieur, de cause tabétique, créant l'abolition du réflexe tendineux, sclérose du faisceau pyramidal par dégénérescence secondaire de cause cérébrale créant le phénomène de Babinski, mécanisme bien semblable au premier abord à celui de la maladie de Friedreich.

C'est sans aucun doute à une de ces scléroses combinées, qu'était due l'extension des orteils que nous avons observée chez quatre de nos tabétiques atteints d'hémiplégie.

Le même raisonnement peut s'appliquer à la *paralysie générale*. Dans six cas de cette affection nous avons constaté la flexion des orteils. Mais notre maître, M. Babinski, a publié un cas de méningo-encéphalite avec suppression des réflexes tendineux et phénomène des orteils.

En résumé, aussi bien dans le tabes que dans la paralysie générale, surtout dans la forme clinique désignée sous le nom de paralysie générale associée au tabes d'origine syphilitique, l'existence du signe de Babinski vient révéler une altération du faisceau moteur volontaire, qui aurait sans lui passé inaperçue, les réflexes tendineux étant supprimés par les lésions des cordons postérieurs. Ce signe a donc une portée plus grande que l'exagération des réflexes tendineux puisqu'il peut exister malgré l'absence de ces réflexes.

Le fait inverse est-il possible ? Peut-on avoir de la trépidation spinale avec flexion des orteils ?

Nous avons déjà dit plus haut que l'on pouvait observer dans les paraplégies spasmodiques et même dans l'hémiplégie, l'immobilité ou la flexion des orteils, et nous avons essayé d'expliquer ces faits soit par des polynévrites périphériques soit par des anesthésies organiques. Nous n'avons jamais rencontré, dans les paraplégies spasmodiques, la trépidation spinale associée à la flexion des orteils, mais cette association peut très bien exister et notre maître, M. Babinski, l'aurait constatée. Cependant il faut reconnaître que c'est là une très rare exception. La question est d'ailleurs plus complexe, car la trépidation spinale peut ne pas dépendre d'une lésion médullaire. Depuis longtemps, Pitres et de Fleury ont signalé la possibilité de la trépidation spinale dans les entorses et les arthrites du cou de pied ; nous l'avons constatée d'une manière passagère dans deux cas d'arthrites rhumatismales sans complications nerveuses, et cependant le réflexe plantaire se faisait en flexion. C'était donc là une nouvelle preuve de ce fait développé par Blocq, dans sa thèse (19), que la trépidation spinale ne relève pas toujours d'une altération du faisceau pyramidal, une nouvelle preuve, par suite, de la supériorité du phénomène des orteils sur la trépidation épileptoïde du pied pour déceler les lésions de la voie motrice.

Nous n'insisterons pas sur les autres maladies : les polynévrites aiguës ou chroniques (5 cas), les atrophies musculaires Charcot-Marie (5 cas), les névrites hypertrophiques de Déjerine (2 cas), les lésions de la queue de cheval (3 cas), présentent une abolition du réflexe plantaire qu'expliquent suffisamment aussi bien les atrophies musculaires que les troubles de la sensibilité. La maladie de Parkinson (4 cas) s'accompagne de flexion ; de même la paralysie infantile (1 cas), la chorée de Sydenham (3 cas), le tic douloureux de la face (2 cas), la sciatique (3 cas), les paralysies radiculaires du plexus brachial (3 cas), la neurasthénie (4 cas), le myxœdème (1 cas), les myopathies (4 cas), toutes affections dans lesquelles, nous le savons, le faisceau pyramidal est intact.

En résumé, de l'examen des faits que nous venons de passer en revue, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° *Le phénomène des orteils est bien un fait pathologique ; on ne l'observe jamais chez un individu sain.*

2° *Le phénomène des orteils est sous la dépendance d'une perturbation du faisceau pyramidal ; toutefois l'absence de ce signe n'implique nullement l'intégrité de la voie pyramidale.*

3° *Dans l'hémiplégie organique, le signe de Babinski est extrêmement fréquent, et permet de différencier l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique, car jamais l'extension des orteils ne se montre au cours d'accidents purement hystériques.*

4° *Dans l'hémiplégie organique récente, le phénomène des orteils, par son apparition précoce, alors que les réflexes tendineux sont normaux ou diminués, acquiert une importance diagnostique considérable.*

5° *Dans les paraplégies spasmodiques d'origine spinale, le phénomène des orteils est extrêmement fréquent. Il présente par suite une valeur diagnostique supérieure à celle de la trépidation épileptoïde, puisque ce dernier signe peut se montrer en dehors de toute*

altération spinale, par exemple chez des malades atteints de lésions articulaires.

6° *Enfin dans certaines affections médullaires* (*tabes, maladie de Friedreich, etc.*), *le phénomène des orteils est le seul signe qui permette de déceler l'existence d'une lésion du système pyramidal.*

Bibliographie. — (1) Babinski. Soc. de biol., 22 fév. 1896. — (2) Babinski. Cong. de neurol., Bruxelles, sept. 1897; — Soc. de biol., 25 juin 1898. — (3) Van Gehuchten. *Journ. de neurol.*, 5 avril, 20 juin, 5 juillet 1898. — (4) Glorieux. *Journ. de neurol.*, 5 déc. 1898. — (5) Ganault. Th. de Paris, 1898. — (6) Létienne et Mircouche. *Arch. gén. de méd.*, 1899, n° 2, p. 191. — (7) J. Collier. *Brain : Journ of neurol.*, 1899, part. LXXXV. — (8) Th. Buzzard. *Brit. med. Journ.*, 1899, n° 2001, p. 1077. — (9) O. Kalischer. *Virchow's Archiv*, 1899, Bd. 155. — (10) Boeri. *Riforma med.*, 1899, n°s 146, 147, 148, anno XV. — (11) R. Cestan. *Le syndrome de Little*, Th. de Paris, 1899, et « Diagnostic de la contracture hystérique et de la contracture spasmodique par lésion de la voie pyramidale », *Arch. de méd. de Toulouse*, 5 avril et 15 mai 1899. — (12) L. Schuler. *Neurol. Centralbl.*, 1899, n° 13, p. 585. — (13) M. Cohn. *Neurol. Centralbl.*, 1899, n° 13, p. 580. — (14) Giudiceandrea. *Bull. Soc. Lancisiana*, 1899, fasc. I, p. 226. — (15) Babinski. *Semaine méd.*, 1898, n° 40, p. 321. — (16) R. Cestan. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898. — (17) R. Cestan. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898. — (18) R. Cestan. *Le syndrome de Little*, Th. de Paris, 1899. — (19) P. Blocq. *Des contractures*, Th. de Paris, 1888.

SUR LA LIPASE A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE

Par M. le docteur Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, et M. A. Clerc, interne des hôpitaux de Paris (1).

Parmi les ferments du sang, le ferment saponifiant des graisses ou *lipase*, étudié par M. Hanriot, est celui qui se prête le mieux aux recherches cliniques. Son activité, en effet, se laisse facilement mesurer, avec une précision suffisante et au moyen d'une petite quantité de sérum. En suivant le procédé indiqué par M. Hanriot, c'est-à-dire en faisant agir le sérum sur la monobutyrine en solution exactement neutralisée et en opérant à 37 degrés, nous avons trouvé qu'à l'état normal la moyenne de l'activité lipasique du sérum humain est de 18, d'après les chiffres variant de 16 à 20, obtenus chez six sujets qu'on pouvait considérer comme étant en bon état de santé.

En étendant nos recherches à divers malades, nous avons pu constater de grandes variations en plus ou en moins. Pour fixer les idées, nous dirons que le sérum est *ortholipasique* quand le taux de son activité se trouve compris entre 15 et 20, *hyperlipasique* quand ce taux s'élève au-desous de 20, *hypolipasique* quand il est inférieur à 15.

Le groupe de l'hyperlipasie, dans lequel le taux varie de 20 à 30, compte, sur 9 sujets, 7 diabétiques, 1 obèse et 1 myxœdémateux. L'exagération de l'activité lipasique paraît donc fréquente dans le diabète; elle n'est pas liée cependant à l'insuffisance glycolytique, c'est-à-dire à l'incapacité où se trouvent les tissus de fixer et d'utiliser le glycose, car nous avons constaté cette insuffisance glycolitique chez des sujets n'ayant pas d'hyperlipasie et tous les diabétiques ne sont pas non plus hyperlipasiques. D'ailleurs, dans le diabète, le pouvoir lipasique s'abaisse quand la cachexie progresse.

Dans le groupe de l'ortholipasie se rangent des affections fort diverses, aiguës et chroniques (fièvre typhoïde, pneumonie, congestion pulmonaire, ictère catarrhal, affections cardiaques, mal de Bright, tuberculose, tabes, etc.). Sur les 20 cas de cette catégorie, les affections aiguës ne comptent que 2 cas mortels et les affections chroniques étaient compatibles avec une assez longue survie.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Dans l'hypolipasie, on peut distinguer deux degrés :

Le premier, dans lequel le pouvoir lipasique est compris entre 15 et 10, montre déjà une tendance plus grande à la gravité des maladies. Sur 14 cas, en effet, nous relevons : 1 pneumonie mortelle, 1 autre grave avec ictère, 1 cancer, 1 ostéosarcome, 2 tuberculoses avancées, 1 ulcère gastrique terminé par perforation.

Au deuxième degré, dans lequel le pouvoir lipasique peut descendre jusqu'à 5, nous ne trouvons plus guère que des cas mortels à brève échéance. Les affections aiguës, au nombre de 6 (pneumonie, rhumatisme avec cardiopathie, septicémie avec abcès pulmonaires, phtisie aiguë), se sont terminées par la mort, sauf une fièvre typhoïde grave compliquée d'albuminurie, de troubles cardiaques, d'hémorragies intestinales et de phlegmon streptococcique. Et parmi les malades atteints d'affections chroniques, au nombre de 16, la plupart ont succombé à l'hôpital : il s'agissait de phtisie avancée, de cancer, de dégénérescence amyloïde consécutive à un abcès du foie, de péricardite brightique. Un seul sujet, urémique, a quitté vivant l'hôpital, mais presque mourant. Un autre, atteint d'abcès tuberculeux multiples, se trouve encore à l'hôpital, mais se cachectise progressivement.

La diminution extrême du pouvoir lipasique présente donc une certaine valeur pronostique et peut être tenue pour un signe de fâcheux augure.

Nous ne connaissons pas bien encore le mécanisme de ces variations de l'activité lipasique. L'inanition ne semble pas être le seul facteur de l'hypolipasie constatée chez nos malades, dont plusieurs continuaient de s'alimenter assez bien.

Le taux de l'excrétion d'urée paraît être tout à fait indépendant de celui du pouvoir lipasique.

L'ingestion répétée de corps thyroïde, chez deux sujets, l'un obèse, l'autre myxœdémateux, a été suivie d'un abaissement de l'activité lipasique.

La lipase agissant *in vitro* sur les graisses, on pouvait se demander si l'augmentation de son activité jouait un rôle dans l'amaigrissement et sa diminution dans l'engraissement. Or, d'une façon générale, ce sont les sujets obèses bien nourris, florissants, qui ont, au contraire, un taux assez élevé, alors que les malades cachectiques, amaigris, ont un taux peu élevé. Mais il ne faut pas oublier que l'obésité et la maigreur ne dépendent pas seulement de la destruction des graisses, mais aussi de leur production ; que, de plus, la lipase ne fait que dédoubler les graisses en acides gras et glycérine, sans les brûler complètement ; enfin, si nous connaissons la lipase dans le sang mort, en dehors de l'organisme nous ignorons comment elle agit, et même si elle agit, au sein des tissus vivants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le tribunal civil de la Seine vient de décider, conformément aux principes qui régissent la matière du forfait, que lorsqu'une personne entre dans un établissement médical pour y suivre un traitement dont la durée est déterminée à l'avance, et qu'il est stipulé que la somme fixée à forfait à titre de pension et versée d'avance restera définitivement acquise à l'établissement, la sortie prématurée de ladite personne, alors même qu'il s'agit d'une morphinomane qui a profité d'une sortie pour ne pas rentrer dans l'établissement, *ne donne pas droit au remboursement d'une partie de la somme payée.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(21 novembre 1899)

M. Fournier a achevé la lecture de son important travail sur le **traitement prophylactique de la syphilis**; dans la dernière séance, il nous a montré ce qu'étaient actuellement les consultations hospitalières au point de vue du traitement des syphilitiques. Il nous fait savoir aujourd'hui ce qu'il voudrait qu'elles fussent. Son idéal, son rêve, comme il le dit lui-même, nous semblent facilement réalisables. Toutefois pour arriver à cette réalisation, il faut obtenir des pouvoirs publics et en particulier de l'administration de l'Assistance publique de tels changements, une telle révolution que nous craignons bien que les propositions si sages, si logiques de M. Fournier, restent longtemps encore à l'état de vœux. Déjà l'Académie a été saisie de la question, il y a onze ans, elle a nommé une commission, il y a eu des rapports. des vœux formellement exprimés, et les choses n'en sont pas moins restées ce qu'elles étaient. M. Fournier sera-t-il plus heureux cette fois? Nous nous plaisons à l'espérer. Certes, l'appui de l'Académie ne lui manquera pas, sauf peut-être sur un point qui, nous semble-t-il, sera particulièrement discuté. M. Fournier voudrait que l'on fît pour la vénéréologie ce qu'on a fait, dans les hôpitaux, pour l'obstétrique. Il voudrait qu'on instituât un concours spécial de vénéréologues semblable à celui qui existe pour les accoucheurs. En un mot, il voudrait la spécialisation absolue de la syphilis dans les hôpitaux. N'est-ce pas aller un peu loin? Ne serait-il pas possible d'arriver à réaliser les progrès qui s'imposent en matière de traitement des syphilitiques dans nos hôpitaux sans créer un nouveau concours, des services spéciaux, etc.? Après la syphilis, ne faudra-t-il pas aussi spécialiser la tuberculose, le cancer? On se demande alors ce qui restera dans les services ordinaires. Cette réserve étant faite sur ce point de la communication de M. Fournier, voyons comment il propose de modifier l'état de choses actuel :

L'innovation la plus souhaitable, pour lui, c'est de mettre un terme à l'inégalité sociale qui existe entre le riche et le pauvre au point de vue du traitement de la syphilis, c'est que le second comme le premier puisse avoir sa consultation en tête à tête et qu'il ne soit pas dans l'obligation d'avouer sa syphilis *coram populo*. M. Fournier demande donc que les consultations soient multipliées afin que le malade entre seul, à son tour, dans le cabinet du médecin. Il demande en outre que chaque malade soit muni d'une fiche personnelle sur laquelle seront inscrits très brièvement, à chaque consultation, les lésions qu'il présente et le traitement prescrit. Il demande également que chaque feuille de consultation contienne, imprimée au verso, une instruction indiquant au malade les précautions qu'il doit prendre pour éviter de propager sa syphilis.

La consultation hospitalière sera-t-elle secrète au point que le public médical lui-même n'y sera pas admis? M. Fournier ne va pas jusque-là et il trouve le moyen de concilier les droits sacrés de l'instruction avec l'intérêt des malades.

Le travail de M. Fournier sera l'objet d'une discussion pour laquelle se sont déjà fait inscrire plusieurs orateurs.

M. Mendelsohn a fait une communication sur l'**état électrique des muscles à l'état sain et à l'état pathologique**. De ses recherches sur ce sujet, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Les variations du courant diminuent dans l'état paralytique et augmentent au début de la contracture pour diminuer ensuite et même disparaître entièrement lorsque le mouvement a complètement cessé.

L'état électrique des muscles varie avec l'état de contracture ou de paralysie. Ces variations ne tiennent pas à l'état de la sécrétion sudorale dans le membre examiné.

M. Porak a donné lecture du rapport sur les travaux adressés pour le prix de l'hygiène de l'enfance.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur Lesné,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

IV

II. Streptocoques. — On désigne sous le nom de streptocoques des cocci unis bout à bout formant des *chaînettes* plus ou moins longues, plus ou moins sinueuses. C'est un micro-organisme très répandu, il existe à l'état de saprophyte dans les poussières, à la surface de la peau, dans les cavités naturelles du corps. Sous des influences variables, sa virulence s'exalte et il joue un rôle pathogène dans un grand nombre d'affections locales ou générales.

Historique. — Signalé depuis longtemps par Coze et Feltz, puis par Recklinghausen et Valdeyer dans les liquides pathologiques, signalé ensuite par Bouchard (1876) dans la sérosité des phlyctènes de plaques érysipélateuses, ce micro-organisme fut décrit et cultivé par Pasteur en 1879. Doléris puis Widal ont montré son rôle dans l'infection puerpérale, Fehleisen dans l'érysipèle, Ogston et Rosenbach dans les abcès et phlegmons.

Rosenbach le premier chercha à différencier le streptocoque du phlegmon du streptocoque de l'érysipèle ou streptocoque de Fehleisen, puis la multiplicité et la diversité des lésions produites par ce microbe, ainsi que quelques caractères variables de forme et de culture, amenèrent les bactériologistes à admettre une espèce différente pour chaque manifestation pathologique. Widal en 1889 s'éleva contre ces subdivisions et, après une série de recherches faites avec Bezançon montra l'unité du streptocoque, opinion généralement admise ; il n'y a qu'une espèce unique, et la seule différence entre les échantillons siège dans leur degré de virulence.

Morphologie et coloration. — Examiné en culture ou en liquide organique, le streptocoque se présente sous forme de chaînettes parfois courtes et composées de deux cocci (streptocoque de l'intestin), en général plus longues, qui peuvent être flexueuses et comprendre jusqu'à vingt ou trente éléments. Fréquemment il y a des espaces clairs entre les éléments d'une même chaînette. La forme des cocci est en général régulière, chacun d'eux a de 1 μ à 3 μ de diamètre, on peut cependant en trouver dans de vieilles cultures qui sont plus gros les uns que les autres ou allongés transversalement. Examinés sans coloration ils sont animés de légers mouvements brouniens. Ils se colorent facilement aux couleurs basiques d'aniline et *restent colorés par la méthode de Gram* (on a cité exceptionnellement certaines variétés qui se décolorent par le Gram).

Cultures. — Facultativement aérobie ou anaérobie, mais il conserve plus longtemps ses propriétés à l'abri de l'oxygène. Pousse bien entre 30 et 37 degrés. Ne pousse plus à 10 degrés ou à 42 degrés. Meurt à 52 degrés.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194 et 1225.

Outre des toxines, il sécrète en cultivant un acide de nature inconnue qui le tue rapidement, aussi a-t-on proposé d'ajouter au fond du tube de bouillon ensemencé un peu de carbonate de soude ou de chaux.

En bouillon, le streptocoque de l'érysipèle donne une culture caractéristique, le bouillon *reste clair*, et au fond se forme un dépôt granuleux, qui par agitation donne une fine poussière flottant dans le milieu. Mais d'autres fois le bouillon se trouble, et en outre les chaînettes sont tantôt longues tantôt courtes; ces caractères ont servi de base à une classification. D'après Lingelsheim le streptococcus longus pathogène laisse le bouillon limpide, tandis que le streptococcus brevis saprophyte le trouble toujours. Mais Pane a montré qu'il était facile d'empêcher un streptocoque de troubler le bouillon, il suffit d'ajouter au milieu un peu de glucose; la présence de ce corps favorise la germination et les microbes tombent au fond du tube.

Le lait devient acide et coagule lentement. Parfois coagulation rapide. D'Espine et Marignac ont voulu en faire un caractère distinctif particulier à certains streptocoques.

Sur agar, le long de la strie d'ensemencement, nombreuses petites colonies fines, transparentes, qui blanchissent les jours suivants, deviennent papuleuses, simulant dans leur ensemble les contours d'une feuille de fougère. Après huit jours cesse de pousser, et après trois semaines on ne peut plus réensemencer. Plus rarement la culture revêt l'aspect d'une bande d'une certaine épaisseur à contours circinés.

Sur gélatine, la culture est lente et donne des bandes crémeuses brillantes à bords festonnés légèrement transparents. En piqûres, on voit le long du trait d'inoculation des colonies en points neigeux grosses comme des têtes d'épingles. *Pas de liquéfaction* à part de rares exceptions.

Sur sérum de bœuf solidifié, bande mince, transparente, légèrement granuleuse.

Sur pomme de terre, culture peu abondante, n'est pas visible à l'œil nu, sauf cependant d'après Harot pour certains streptocoques saprophytes.

Marmorek, Lemoine, Widal et Bezançon ont montré que ces caractères variés de cultures sur différents milieux étaient excessivement instables et pouvaient se modifier suivant la technique employée; ils sont donc un argument insuffisant en faveur de la pluralité des streptocoques.

Inoculations. Virulence. — Le lapin est l'animal de choix. Pour essayer la virulence d'un streptocoque, on injecte dans le tissu cellulaire de l'oreille 1 centimètre cube d'une culture de vingt-quatre heures. Suivant la virulence de la variété essayée l'animal meurt en un ou trois jours de septicémie aiguë ou subaiguë sans accident local ou avec un peu de rougeur de l'oreille : le sang contient du streptocoque; ou bien il y a un accident local, érysipèle ou phlegmon diffus, avec phénomènes généraux, et l'animal résiste ou non; d'autres fois il n'y a qu'un accident local moins important, abcès ou érythème. Enfin certains streptocoques sont totalement dénués de virulence.

L'expérimentation montre combien est variable la virulence du streptocoque suivant l'échantillon essayé. Cette virulence s'atténue, du reste, très rapidement dans les milieux de culture; elle persiste plus longtemps quand le milieu est anaérobie ou lorsqu'on ensemence sur sérum de lapin ou en bouillon additionné de carbonate de chaux.

Pour exalter la virulence d'un streptocoque, on peut employer le procédé de Marmorek, qui consiste à faire passer successivement le microbe à travers l'organisme de plusieurs animaux (lapin, souris). Les associations microbiennes, si souvent réalisées en pathologie humaine, sont aussi un moyen en usage; on augmente la nocivité d'un streptocoque en l'injectant avec du prodigiosus, du proteus, du coli, des anaérobies, etc.

Les variations très nombreuses du degré de virulence ont fourni aux pluralistes un nouvel argument en faveur de leur théorie, mais ici encore la doctrine de l'identité a prévalu, car partant d'un streptocoque quelconque, on peut, par les procédés que nous venons d'indiquer, exalter sa virulence et produire tous les degrés de l'infection. Si certains streptocoques, tels ceux isolés du tube digestif par exemple, se montrent inoffensifs pour le lapin, cela n'indique pas qu'ils soient d'une race à part, mais montre seulement que les procédés que nous employons sont insuffisants à exalter leur virulence.

Toxines. — La filtration des cultures fournit une toxine à chimiotaxie positive qui tue le lapin à la dose de 18 à 20 centimètres cubes. Roger a isolé des toxines filtrées un précipité alcoolique qui, redissous dans l'eau salée, est toxique pour les animaux, mais sa toxicité disparaît à 104 degrés; injecté à dose insuffisante pour produire la mort, cet extrait aqueux salé prédispose à l'infection. La toxalbumine, dépourvue de ses propriétés toxiques par le chauffage, contient des substances immunisantes et curatives. Griffiths a isolé des urines des érysipélateux et des puerpérales des poisons qui présentent les caractères des toxines.

Pathologie humaine. — Le streptocoque produit les mêmes lésions que chez l'animal, c'est dire qu'il n'est pas seulement pyogène; on le rencontre moins souvent dans le pus que le staphylocoque; il est surtout l'agent des septicémies et pyohémies généralisées. Le pus à streptocoques est souvent mal lié, grisâtre, de mauvaise nature.

Comme chez l'animal, le degré d'infection dépend de la virulence du microbe, de la résistance du terrain et des associations microbiennes. On peut, en effet, trouver des septicémies suraiguës ou subaiguës avec accident local (bronchite, angine, endocardite, phlébite, myélite), ou bien un accident local plus ou moins grave, avec symptômes généraux plus ou moins marqués (phlegmon, érysipèle, abcès), ou enfin un accident purement local (érythème, angine). Mais, de plus, le streptocoque existe normalement dans la bouche à l'état de saprophyte et peut devenir pathogène. De même chez la femme en état de puerpéralité, on peut voir toutes les variétés d'infection, les lésions locales sont ici utérines ou péri-utérines, ou bien elles siègent sur les veines; d'autre part, il peut exister dans les lochies, du streptocoque, sans qu'il survienne le moindre accident.

La coïncidence de l'infection purulente ou de l'infection puerpérale avec des épidémies d'érysipèle plaide ici encore en faveur de l'unité du streptocoque.

Immunisation des animaux. — Divers procédés ont été employés. On a d'abord injecté des cultures vieillies ou chauffées. Roger inocule les animaux avec le filtrat d'une culture, chauffé à 104 degrés. Marmorek emploie la culture vivante ou une toxine virulente qu'il inocule au cheval à des doses croissantes; les premières réactions sont très violentes, puis elles vont s'atténuant. Le sérum des animaux ainsi traités possède au bout d'un temps variable un pouvoir immunisateur et curatif chez le lapin.

La sérumthérapie par le sérum de Marmorek appliquée

en pathologie humaine a, dans l'érysipèle, abaissé la mortalité de 5,12 à 3,89 p. 000 ; dans l'infection puerpérale les résultats seraient un peu plus satisfaisants. En clinique la sérumthérapie est donc très variable dans ses effets, et d'autre part l'expérimentation nous montre que le sérum de Marmorek est impuissant contre certains streptocoques.

On ne peut méconnaître que c'est là un puissant appui aux idées pluralistes, et pour expliquer ces résultats, peut-être faut-il admettre non pas plusieurs espèces, mais du moins plusieurs variétés de streptocoques. Il est encore impossible à l'heure actuelle de résoudre cette question.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sciatique double au cours d'une néphrite aiguë. — Les névralgies au cours des néphrites ont déjà été signalées par quelques auteurs. M. Berger (*Neurol. Centralbl.*, 1882) en a recueilli 9 cas au cours des néphrites chroniques. Cette névralgie se montre à un stade avancé de la maladie, sans cause apparente. L'affection se limite à des filets isolés du plexus sciatique, et les accès sont violents et prolongés ; ils sont souvent symétriques ; les lésions anatomo-pathologiques sont inconnues ; quant à la pathogénie de ces névralgies, M. Berger les considère de nature urémique.

L'observation que rapporte aujourd'hui M. Lapinsky présente d'autant plus d'intérêt qu'elle s'accompagne d'examen microscopique des nerfs sciatiques.

Il s'agit, dans ce cas, d'un homme de vingt-deux ans, entré avec des symptômes de néphrite aiguë et de l'urémie à forme gastro-intestinale. Cette dernière avait été précédée un mois avant l'apparition des vomissements, de douleurs violentes le long des deux troncs sciatiques, depuis le sacrum jusqu'aux orteils, survenant par accès paroxystiques, deux ou trois fois par jour et durant chaque fois plusieurs heures. Au moment de l'examen, les troncs sciatiques poplités et péroniers tibiaux sont extrêmement douloureux à la pression ; on constate le signe de Lasègue. Il n'y a aucun autre trouble de sensibilité ; les réflexes sont normaux. Pas de cause de compression des nerfs atteints, réaction électrique normale.

Le malade ayant succombé, on put pratiquer l'examen microscopique des troncs nerveux et l'on trouva de la périendartérite des vasa nervorum, l'endo et le périnèvre étaient par places infiltrés par des noyaux ; on notait aussi, quoique rarement, la dégénérescence de la myéline.

Ces lésions montrent qu'en dehors de l'influence toxi-urémique admise par M. Berger, il faut aussi faire intervenir, dans l'étiologie de ces névralgies, l'endo-péri-artérite des vasa nervorum, c'est-à-dire une lésion matérielle des nerfs et la compression des filets nerveux par les noyaux qui infiltraient l'endo et le périnèvre. [*Obazz. Psych.* (russe), fév. 1899.] S. B.

Signe de Romberg en dehors du tabes. — M. Collet a observé, dans le service du professeur Lépine à Lyon, un malade chez lequel le signe de Romberg était des plus caractérisés. Ce malade ne présentait aucun autre symptôme tabétique, mais on nota un certain degré de surdité liée à une sclérose de l'oreille moyenne et du labyrinthe. M. Collet estime que dans ce cas il ne peut s'agir d'une forme fruste d'ataxie, le signe de Romberg est lié purement et simplement à la sclérose labyrinthique. Crédel, du reste, a vu ce signe exister chez plusieurs sourds-muets. Ces faits jettent un jour sur la pathogénie du signe de Romberg chez les ataxiques. Il paraît être la résultante d'une insuffisance des renseignements fournis par le sens musculaire et par le sens labyrinthique. (Soc. de méd. de Lyon, in *Lyon méd.*, 19 novembre 1899.) E. G.

Contribution à l'étude de l'inégalité pupillaire sans cause pathologique. — M. le docteur J. Goutal divise les inégalités pupillaires non pathologiques en congénitales et acquises.

Les premières (congénitales) sont constantes et ont reçu le nom de morphologiques (Frenkel).

Les secondes (acquises) sont transitoires et comprennent deux variétés : 1° les variations de la pupille concernent toujours le même côté ; la mydriase est, dans ce cas, unilatérale et transitoire ; 2° la mydriase transitoire se manifeste tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; c'est la mydriase alternante ou à bascule observée d'abord chez les ataxiques et les paralytiques généraux, mais qui existe chez les personnes parfaitement saines.

L'auteur n'admet pas que ces anisocories soient produites par l'anisométropie ni par l'inégalité de l'acuité visuelle ou du champ visuel, ainsi que l'ont voulu certains auteurs ; il ne les regarde pas non plus comme un signe de dégénérescence ; il ne résout pas la question d'origine.

A retenir pratiquement : la réaction de la pupille à la lumière est toujours normale dans l'inégalité pupillaire sans cause pathologique. (Th. de Toulouse, juill. 1899, et *Languedoc méd.-chirurg.*, nov. 1899.) E. G.

CHIRURGIE

Désinfection de la peau et des mains par le baume Opodeldoch. — Le professeur Mikulicz, dans le but de simplifier les méthodes de désinfection actuelles, a voulu expérimenter le baume Opodeldoch (seifenspiritus, spiritus saponatus) qui, dans la pharmacopée allemande, se formule ainsi : huile d'olive, 6 ; lessive de potasse, 7 ; alcool, 30 ; eau, 17.

Cherchant d'abord à se rendre compte de la valeur de ses propriétés bactéricides, il constatait que le staphylococcus aureus était tué en une demi-minute par le baume, tandis qu'il faut un séjour de dix minutes dans le sublimé à 1 p. 1000 pour obtenir le même résultat. Il remarquait en outre que l'action antérieure de l'eau sur les germes retardait l'action du baume.

Aussi propose-t-il de traiter les mains par le baume Opodeldoch à froid pendant cinq minutes sans lavage préalable.

Les mains sont d'abord frictionnées avec du baume Opodeldoch, les ongles sont nettoyés, enfin les mains sont brossées avec du baume pendant cinq minutes. Les brosses doivent naturellement être stérilisées. Le champ opératoire est traité de la même façon sans lavage.

La désinfection ainsi obtenue serait supérieure à celle que donnent les meilleures méthodes usuelles ; elle reviendrait à meilleur compte que la désinfection par l'alcool ; elle a un inconvénient, c'est de rendre les mains glissantes. (C. R. in *Wien. Klin. Woch.*, 1899, n° 41, p. 1023.) P. V.

Nouveau procédé de résection du coude, par M. T. Cavazzani. — L'incision de la peau et du tissu sous-cutané part en dehors du biceps, à 2 centimètres au-dessous de l'épicondyle, et s'étend transversalement en dehors, parallèle à l'interligne articulaire ; puis elle se porte obliquement d'arrière en avant pour se terminer au bord interne du cubitus près du sommet de l'olécrane. L'incision faite, son extrémité supérieure est prolongée un peu plus haut, pour mettre à découvert l'interstice qui sépare l'anconé des muscles épicondyliens.

Le second temps opératoire consiste à mettre à nu l'épicondyle et la capsule articulaire. Dans un troisième temps, on incise le tendon tricipital à sa partie externe, pour mettre à découvert la moitié radiale de l'olécrane et son extrémité. Enfin dans un quatrième temps, on ouvre et luxe l'articulation. (*Centralb. f. chirur.*, n° 42, 1899.) L. G.

OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Ecchymose traumatique du tympan, consécutive à un baiser sur l'oreille. — Le docteur E. Thollon (de Toulouse)

relate l'observation d'un malade qui vint le consulter, se plaignant de ressentir dans l'oreille droite un bruit comparable au pincement d'une corde de guitare, puis un sifflement aigu à peu près constant, s'exagérant pendant la digestion et sous l'influence d'un travail cérébral. En outre la voix du patient résonne désagréablement dans son oreille. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

L'affection était survenue huit jours auparavant de la façon suivante.

M. X..., étant couché, reçut un baiser sur le pavillon, et au même instant, il éprouva une vive douleur suivie d'un réflexe violent; c'est depuis ce moment que datent ses troubles subjectifs.

L'examen de l'oreille montra dans le fond du conduit un bouchon de cérumen dont l'extraction fit disparaître le « bruit de guitare ». Le tympan était normal, sauf dans le quadrant antéro-inférieur, où il présentait une ecchymose très nette. Il n'était pas perforé.

Après un traitement consistant en instillations glycérinées et occlusion du méat, la guérison survint rapidement.

Les ecchymoses du tympan sous l'influence d'un traumatisme léger étant rares, l'auteur invoque, pour expliquer ce cas, soit une lésion congénitale, soit le tempérament arthritique du sujet. E. G.

Asthme réflexe symptomatique d'abcès du sinus maxillaire. — Le docteur RICHARDSON (de Washington) rapporte deux cas d'asthme dans lesquels la guérison complète survint après qu'on eut traité efficacement un empyème concomitant de l'antre d'Highmore. L'auteur ne sait à quelle cause attribuer le trouble réflexe, à l'existence d'un abcès dans le sinus ou à la présence du pus dans la fosse nasale correspondante?

Question intéressante, car si l'asthme d'origine nasale est de notion courante, l'asthme réflexe dû à un empyème de l'antre d'Highmore ne semble pas avoir été décrit. Voici les faits :

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme qui, depuis plusieurs années, avait, par une narine, un écoulement purulent. Elle avait, en même temps, des crises d'asthme, d'abord périodiques et légères, puis fréquentes et graves. L'évacuation du pus contenu dans le sinus leva immédiatement l'obstacle à la respiration et les crises cessèrent pendant environ deux mois. L'occlusion de la cavité, et l'accumulation d'une nouvelle quantité de pus donnèrent lieu à un retour des paroxysmes. On fit un nouveau drainage de l'antre, les crises disparurent à nouveau et la guérison fut, cette fois, définitive.

Le second cas est celui d'un homme de trente-quatre ans qui, pendant deux ans, avait souffert d'un asthme à forme assez grave et rebelle aux traitements ordinaires. L'examen fit découvrir chez lui l'existence d'un abcès de l'antre d'Highmore. Comme dans le cas précédent, l'évacuation du pus amena la guérison de l'asthme. Depuis, le malade est encore en observation, et, toutes les fois que l'on néglige pendant un certain temps de veiller sur son sinus et que l'on permet ainsi au pus de s'accumuler, les crises d'asthme apparaissent de nouveau. (*The laryngoscope*, août 1899.) A. H.

MALADIES DE L'ENFANCE

La maladie de Barlow. — M. AUSSET revenant sur cette affection qui donna lieu, il y a un an, à une discussion à la Société médicale des hôpitaux, montre aujourd'hui quels sont les éléments qui permettent de diagnostiquer cette affection bizarre que l'on a pu appeler le scorbut infantile.

C'est sur des enfants pâles, *anémiques*, intoxiqués chroniquement par leur tube digestif, que s'installe la maladie. A l'anémie s'ajoutent des *douleurs dans les membres* qui présentent aux extrémités diaphysaires des *hématomes sous-périostés multiples*, au niveau desquels il peut exister des fractures sous-périostées souvent difficiles à reconnaître.

Quand l'hématome existe *seul* et qu'il n'y a pas d'hémorragies gingivales ou sous-cutanées, il est probable qu'on a affaire au rachitisme. Si au contraire, chez un sujet pâle, anémié, débilité, on rencontre des *hématomes multiples*, même en l'absence de tout autre signe, on est en droit de porter le diagnostic de maladie de Barlow.

M. Ausset sépare nettement la maladie de Barlow du scorbut de l'adulte.

Mais l'étude *anatomo-pathologique* lui montre une analogie frappante entre les lésions de l'os atteint de la maladie de Barlow et celle du rachitisme simple, banal.

On peut donc penser que, dans beaucoup de cas de maladies de Barlow où le rachitisme ne fut pas constaté macroscopiquement, il existait sans doute *chimiquement* et *histologiquement*. (*Arch. des mal. de l'enf.*, nov. 1899.) F. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le salicylate de soude dans le diabète. — LITTEN emploie depuis longtemps avec succès le salicylate de soude dans le traitement du diabète. Il fait prendre toutes les deux ou trois heures une cuillerée à bouche d'une solution de salicylate de soude titrée à 8 p. 200.

Les petits signes du diabète, les démangeaisons, les névralgies diminuent ou disparaissent. Il en est de même de la polydipsie et de la polyphagie. L'iritis est heureusement modifiée.

Le même auteur recommande l'écorce de chêne contre les sueurs des diabétiques, des phtisiques et des leucémiques. Sur une cuillerée à bouche de l'écorce pulvérisée, non râpée, il faut verser une tasse d'eau bouillante. Après avoir laissé infuser pendant un quart d'heure on filtre à travers un linge. Cette boisson doit être prise absolument froide. (*Thérap. der Gegenwart*, 1899.) F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — *Anatomie* (séance du 20 novembre) : MM. Guibal, 8; — Sebilleau, 7; — Ambard et Carton, 6; — Gaultier et Trémolières, 4; — Boidin, 3; — Autefage et Bloch (Paul), 2.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 novembre, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie (séance du 21 novembre) : MM. Laurens, 11; — Algret, 10; — Barcat, Bouffier et Pied, 9; — Barbin, 6; — Crépin, 5.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 novembre, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Ont été nommés externes des hôpitaux : MM. Livon, Giraud, Collin, Valette, Pons, Marcellin, Deleuil, Paudeleu, Condo di Satriano, Contencin. Beltrami, Saïas, Gervais.

Marine. — Par décision ministérielle du 20 novembre 1899, M. Marcourt, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, a été placé dans la position hors cadres, à compter du 18 décembre 1899, pour prêter son concours à la Société des chantiers et ateliers de la Gironde, à Bordeaux.

— Par décret, en date du 20 novembre 1899, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Plagneux, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Barrême, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. Martin, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Plagneux, promu.

— M. Philip, médecin principal du cadre de Cherbourg, est affecté, sur sa demande, au cadre de Toulon, en remplacement de M. le docteur Barrême.

— M. Martin, médecin de deuxième classe du cadre de Brest,

nouvellement promu médecin de première classe, sera affecté au port de Cherbourg.

— M. Salaun, médecin de première classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer au 1er régiment de tirailleurs tonkinois M. le docteur Plagneux.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 novembre 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire des colonies, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Rousseau, Le Clech, Heusch.

Faculté de Paris. — M. le professeur Duplay est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1899-1900.

M. le docteur Kirmisson est chargé d'un cours annexe de clinique chirurgicale.

Val-de-Grâce. — Un concours s'ouvrira le 18 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine aux emplois de médecins stagiaires.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier 1899 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de deuxième classe.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Du Castel reprendra ses conférences cliniques, le samedi 2 décembre à une heure et demie, et les continuera les samedis de chaque semaine à la même heure. — A une heure et demie consultation externe. A deux heures et demie conférence clinique dans la salle des conférences.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique de M. le professeur Raymond. Cours pratique de pathologie nerveuse.* — Ce cours commencera le lundi 4 décembre 1899. Il comprendra trente leçons (présentation de malades, examen et projection de coupes microscopiques), et aura lieu tous les jours, de deux heures et demie à trois heures et demie. Le droit à payer est de 80 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

M. Cestan, chef de clinique, recevra les inscriptions tous les matins, à la clinique de la Salpêtrière, sur la présentation de la quittance du versement des droits du cours.

Faculté des sciences. — *Cours libre d'embryologie comparée de l'homme et des mammifères.* — M. Gustave Loisel, docteur en médecine et docteur ès sciences, commencera ce cours le vendredi 8 décembre, à cinq heures et quart, rue de l'Estrapade, n° 18, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Ph. van Tieghem, professeur, membre de l'Institut, commencera un cours de botanique, organographie et physiologie végétale, le samedi 2 décembre 1899, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine à la même heure.

Le monopole de l'alcool. — La commission relative au monopole de l'alcool, réunie sous la présidence de M. Benezech, a adopté le rapport de M. Guillemet sur la proposition dont il est l'auteur et ayant pour objet d'attribuer à l'État le monopole de la rectification de l'alcool.

Les protestations en Seine-et-Oise contre l'épandage de la Ville de Paris. — En juillet dernier on fermait définitivement les débouchés des collecteurs parisiens et les eaux d'égout, au lieu de contaminer la Seine, devaient, suivant l'expression de M. le préfet de la Seine, féconder d'immenses étendues de terrain jusque-là improductives.

Mais voici que, de toutes parts, s'élèvent des protestations, et les communes qui devaient bénéficier du déversement des eaux d'égout fait par la Ville de Paris s'efforcent, par voie de pétition ou l'entremise de leur municipalité, d'obtenir la fermeture pure et simple de l'usine élévatoire de Pierrelaye.

Les pétitions formulent toutes les mêmes plaintes : au lieu d'épander dans des proportions bienfaisantes, la Ville de Paris aurait inondé les champs dont le plus grand nombre disparaissent aujourd'hui sous des couches d'eau stagnantes et nauséabondes. Cet état de choses aurait empêché de procéder aux récoltes sur les champs inondés, en même temps qu'à leur ensemencement. D'autre part, les pétitions font valoir que la trop grande quantité d'eau déversée a, par infiltration, contaminé tous les puits, sans parler de ceux dont elle a détruit la maçonnerie. Enfin, pour ne rien omettre, l'arrivée de ces eaux polluées dans les ruisseaux se jetant à la rivière de l'Oise aurait contaminé l'eau de cette rivière qui sert à alimenter d'eau potable diverses localités riveraines, entre autres la ville de Pontoise.

Devant ces plaintes, la Ville de Paris a promis de refaire les puits à ses frais, et en attendant elle fait apporter de l'eau potable aux communes lésées par ses tonneaux d'arrosage.

Permis d'ivresse. — Des permis d'ivresse sont vendus dans l'État de Michigan. Ils coûtent 5 dollars et permettent de boire, pendant toute une année, à tous les bars possibles, et aussi souvent qu'on le désire, sans être inquiété pour ivresse manifeste. (*Moniteur d'hygiène publique.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie appliquée à la chirurgie, par le professeur Frederick TREVES (de Londres), traduit de l'anglais, par le docteur Émile LAUWERS (de Courtrai). Un vol. gr. in-8° de 390 p. avec nombreuses illustrations, relié. — Prix : 10 francs. — Bruxelles, Manceaux, éditeur ; Paris, Maloine, éditeur.

Traité d'analyse chimique, micrographique et microbiologique des eaux potables, par MM. ZUNE et BONJEAN. Deuxième édition, revue et augmentée, par M. Edmond BONJEAN, chef du laboratoire du comité consultatif d'hygiène publique de France. Un vol. in-8°, LVI-380 p. avec 2 pl. color. — Prix : 10 francs. — Paris, Jules Rousset, éditeur, 36, rue Serpente.

La peste : Épidémiologie, bactériologie, prophylaxie, par le docteur H. BOURGES, chef du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, auditeur au comité consultatif d'hygiène publique de France. — N° 20 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (Dr CRITZMAN, directeur). Une br. gr. in-8° avec fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie, éditeurs.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 134 — SAMEDI 25 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 25 NOVEMBRE 1899. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.		
	FRANCE.......	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat.—*Anatomie* (séances du 23 novembre) : MM. Chastenet de Géry, 10 ; — Cahen, 6 ; — Matsoukis, 5 ; — Français (Henri), 4 ; — Halberchtadt et Lemaître (Georges), 3 ; — Glatard et Legrand, 2 ; — Bentz et Prunier, 1 ; — Delage (J.), 1/2.

La prochaine séance aura lieu le samedi 25 novembre, à dix heures du matin, à l'Administration centrale.

Pathologie : MM. Mahar, 14 ; — François-Daimville, 12 ; — Aubourg, 11 ; — Aribat et Lobligeois, 10 ; — Bloch (Edmond) et Guillemet, 9.

La prochaine séance aura lieu le samedi 25 novembre, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

Hôpitaux de province. — *Angers.* — M. le docteur Maugourd a été nommé médecin en chef.

Ont été nommés internes : MM. Gruget, Meslier, Poussin, Jardin et Kieffer ; internes provisoires : MM. Lelong, Audouin et Lelièvre.

Montpellier. — Le concours d'externat s'est terminé par les nominations de :

MM. Benoît, Mounier-Villard, Mlle Vinsonneau, MM. Cabas, Charlier de Chilly, Delmas, Blanchard, Durand, Martin, Coustan, Moreau, Bigot.

Marine. — Par décision ministérielle du 28 novembre 1899, M. Le Feunteun a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 novembre 1899, M. Noc, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire des colonies.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 46e semaine 813 décès, chiffre inférieur à la moyenne de la saison (856).

La fièvre typhoïde a causé 18 décès (au lieu de 21 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en légère décroissance (84 cas au lieu de 92).

Les autres maladies épidémiques restent rares. La rougeole a causé 3 décès ; la scarlatine, 1 ; la diphtérie, 4 ; tous ces chiffres sont un peu au-dessous de la moyenne. La coqueluche et la variole n'ont causé aucun décès.

La diarrhée infantile continue à être rare (19 décès ; au lieu de moyenne, 28).

En outre, 21 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 83 décès, au lieu de 81 pendant la semaine précédente et au lieu de 103 moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 38 décès, dont 28 sont dus à la congestion pulmonaire ; en outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie a causé 202 décès (au lieu de la moyenne 186) ; la méningite tuberculeuse 17 décès ; la méningite simple, 22 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 52 décès ; les maladies organiques du cœur, 49 ; le cancer a fait périr 49 personnes ; enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

Asile de Villejuif (service de M. Toulouse). — Le mercredi à neuf heures et demie, visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

Hôtel médical. — On vient d'ouvrir à Saint-Pétersbourg la Maison de secours mutuels des médecins venant se perfectionner dans la capitale. Cet établissement est destiné à venir en aide aux médecins de province pendant leur séjour à Saint-Pétersbourg, où les médecins russes viennent de temps à autre pour se perfectionner, à l'institut clinique, dans diverses branches de leur art. Il comprend un certain nombre de chambres meublées, d'un prix très modeste, et une table d'hôte, également accessible aux petites bourses. Les distractions ne sont pas oubliées, et il y aura des petites soirées amicales.

A quand la création à Paris d'un hôtel médical semblable pour les médecins de province ? (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

La santé de Mme Yvette Guilbert. — Mme Yvette Guilbert, à qui le docteur Albarran, assisté des docteurs Gilbert et Dauriac, a fait, hier matin, une grave opération, se porte aussi bien que le comporte son état.

Voici le bulletin qui a été communiqué, dans la journée, aux nombreuses personnes venues pour prendre des nouvelles de la charmante artiste.

« L'ablation du rein droit a été faite dans les meilleures conditions.

Pouls calme, pas de fièvre. La malade va aussi bien que possible. — Dr Dauriac. » (*Le Matin*).

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ozène.

M. R. Bommier (d'Arras) formule ainsi, dans le *Nord médical*, le traitement dec ette affection :

« 1° Deux fois par jour, douche nasale au siphon de Weber à 60 centimètres au-dessus de la tête avec l'eau bouillie contenant une cuillerée à bouche de sel par litre ; respirer par la bouche, ou prononcer la voyelle *a* pour maintenir le voile du palais relevé ; éviter durant la douche tout mouvement de déglutition.

2° Après le lavage introduire dans chaque narine, en inclinant la tête en arrière, gros comme un haricot de la pommade suivante :

Menthol	0,20 centigr.
Acide borique	2 grammes.
Vaseline blanche	30 grammes.
Essence de géranium rosat	xx gouttes.

3° Comme traitement général, l'hiver, huile de foie de morue ; si elle n'est pas supportée :

Sirop de gentiane	250 grammes.
Iodure de potassium	4 —
Chlorhydrate d'ammoniaque	1 —

une cuillerée à bouche matin et soir ou :

Iodure d'arsenic anhydre, solution. 1 p. 100.

I à XX gouttes suivant l'âge.

Si on a quelque raison de supposer une déchéance organique hérédo-syphilitique on peut formuler :

Iodure d'arsenic	0,20 centigr.
Bi-odure de Hg	0,40 —
K I	4 grammes.
Eau distillée	120 —

De IV à C gouttes suivant l'âge).

Ce modèle de traitement n'est pas établi *nevarietur*. Moure conseille de changer tous les mois de liquide d'irrigation et donne la formule suivante :

Acide phénique	25 grammes.
Glycérine pure	100 —
Alcool à 90 degrés	50 —
Eau	350 —

une cuillerée à bouche par litre d'eau tiède.

Avec les bains de mer froids de quinze minutes, un séjour dans les Pyrénées, les eaux sulfureuses complètent les moyens auxquels le malade doit faire appel personnellement.

On peut à la rigueur se contenter de ce traitement.

Quand le malade peut le faire et semble le désirer, le médecin pratique dans son cabinet des attouchements au nitrate d'argent à 1/15 ; des pulvérisations au chlorure de zinc (de 1 p. 100 à 10 p. 100), un jet vers la partie supérieure, un deuxième horizontalement ; arrêter cette médication énergique s'il se produit des épistaxis ou de la céphalalgie frontale.

A côté de ce que l'on doit faire, de ce que l'on peut encore faire, il y a ce qu'il faut éviter.

Les injections de sérum antidiphtérique (10 centimètres cubes tous les jours. *Bulletin méd.*, 3 juin 1896), qui ont tous les inconvénients, sans aucun avantage ; les lavages au sublimé, les insufflations de poudres inertes qui favorisent l'encroûtement.

Les poudres, solubles dans l'eau, ne le sont pas dans les mucus et se transforment en poudres inertes. J'ai constaté de véritables calculs constitués par des conglomérations d'acide borique et d'aristol. »

REVUE MENSUELLE

I. La gastrite phlegmoneuse. — II. Le rôle des microbes dans la gastro-entérite des nourrissons. — III. L'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxœdème fruste. — IV. La pleurésie interlobaire. — V. Deux nouvelles méthodes d'anesthésie à distance par la cocaïne.

I

LA GASTRITE PHLEGMONEUSE

A propos d'un cas récemment observé, M. le docteur André se livre à une étude d'ensemble fort intéressante de la gastrite phlegmoneuse (1). Après un index bibliographique où se trouvent résumées la plupart des observations de cette affection rare, M. André en aborde l'*étude anatomo-pathologique*. L'inflammation débute constamment dans le tissu sous-muqueux, et, suivant qu'elle reste localisée en foyer, ou qu'elle s'étend, elle présente des caractères tout différents. Dans la gastrite phlegmoneuse *diffuse*, tout le tissu sous-muqueux est envahi du cardia au pylore, mais c'est surtout dans la partie inférieure de l'estomac, vers le pylore, que l'infiltration atteint l'épaisseur la plus grande. La suppuration se trouve à tous les degrés; depuis l'infiltration dans les mailles du tissu conjonctif jusqu'à la formation d'une vaste collection. Le phlegmon tend, le plus souvent, à s'ouvrir vers l'extérieur : la muqueuse est alors détruite en plusieurs points, et les ulcérations sont parfois assez nombreuses pour « faire ressembler cette tunique à une passoire à travers laquelle la pression fait sourdre le pus ». Dans les cas rares où le pus tend à gagner la cavité péritonéale, les éléments de la musculaire, sous l'action destructrice des leucocytes (Asverus et Hilton Pagge) disparaissent avec une rapidité parfois extraordinaire (quarante heures après le début des accidents dans le cas d'Heyfelder). Il n'est que juste d'ajouter que cette destruction est localisée, le processus d'envahissement étant rarement uniforme partout. Une fois la musculaire disparue, la collection purulente est en contact direct avec la séreuse, qui se sphacèle au point correspondant. L'existence d'adhérences empêchant l'ouverture dans la grande cavité péritonéale est admise par Damaschino. Dans la majorité des cas, lorsque le pus gagne la muqueuse, le péritoine stomacal ne présente aucune altération. Les abcès de la gastrite phlegmoneuse *localisée* se propagent, eux aussi, presque toujours vers la muqueuse. Leur siège de prédilection est la petite courbure et la région prépylorique; leur nombre peut être considérable. La perforation avec ouverture dans le péritoine se rencontrerait généralement sur la face postérieure, au niveau du petit cul-de-sac, au point le plus déclive de l'estomac. L'examen histologique montre dans presque tous les cas des lésions de gastrite ancienne. Enfin, parmi les lésions connexes, celle qui a été le plus fréquemment observée est la péritonite; quant aux altérations du foie, de la rate, des reins, elles sont inconstantes.

La gastrite phlegmoneuse débute par une phase de *gastrite* d'intensité variable; parfois les *symptômes* sont assez atténués pour permettre au malade de vaquer à ses occupations habituelles; d'autres fois leur intensité est telle que l'on est amené à penser à un empoisonnement. Quoi qu'il en soit, ces accidents (douleur épigastrique, inappétence, diarrhée, vomissements, langue saburrale etc.), n'ont rien de caractéristique. Il en est de même des symptômes généraux.

(1) *Arch. de méd. milit.*, nov. 1899.

A cette phase de gastrite succède la phase *péritonéale*. Les vomissements augmentent; la soif devient violente; la diarrhée des premiers jours est maintenant remplacée par de la constipation : le ventre est douloureux à la palpation, laquelle permet parfois de constater un signe pathognomonique : la sensation de rénitence stomacale. L'état général est profondément altéré, l'anxiété extrême, le pouls petit et fréquent; il existe du refroidissement des extrémités, de la pâleur de la face, du subictère, du hoquet : seule, l'intelligence est intacte. Mais les forces réactionnelles du malade s'épuisent et l'on observe une phase d'accalmie sur la signification pronostique de laquelle on ne saurait se méprendre : lorsque l'anxiété et la douleur ont diminué, mais que l'on constate un ballonnement plus considérable de l'abdomen, de la faiblesse et de l'irrégularité du pouls, de l'oligurie, de la dilatation des pupilles, la terminaison fatale est proche : celle-ci survient d'habitude dans le coma, ou dans une syncope consécutive à un effort de vomissement. Par exception, on a observé des guérisons dues à une abondante vomique survenant à cette période et sauvant le malade.

La *marche* de la gastrite phlegmoneuse, très rapide dans les formes diffuses (soixante heures, trente-six heures), est beaucoup plus lente dans les formes localisées, qui peuvent durer de deux à trois semaines.

Le *diagnostic* présente, comme il est facile de le prévoir, d'extrêmes difficultés : « Hormis le cas de rénitence, de sensation de tumeur stomacale à évolution rapide, de vomique gastrique, le diagnostic doit être le fait d'une impression plutôt que d'un raisonnement scientifique. » La triade symptomatique de Deininger : gastrite suraiguë, douleurs stomacales n'augmentant pas avec les mouvements, sensation de rénitence stomacale, ne s'observe en effet que rarement. Les vomissements de pus eux-mêmes sont loin d'être pathognomoniques (Bouveret), car ils peuvent aussi bien succéder à une suppuration périgastrique qu'à une gastrite phlegmoneuse. Et d'ailleurs la constatation du pus dans les matières vomies ne va pas sans quelques difficultés.

En somme quatre affections peuvent simuler la gastrite phlegmoneuse : la *gastrite toxique*, que jugeront la présence d'érosions buccales et l'examen des matières vomies; la *perforation de l'estomac au cours d'un ulcère rond* (et c'est dans ces cas que le vomissement de pus acquerra toute sa valeur séméiologique); l'*appendicite*, que caractérise la localisation des symptômes dans la fosse iliaque droite, l'*occlusion intestinale*, où l'on constate des vomissements fécaloïdes qui feraient toujours défaut dans la gastrite phlegmoneuse.

L'*étiologie* de cette affection, longtemps obscure, a été élucidée par les travaux modernes : la gastrite phlegmoneuse est presque toujours secondaire soit à une maladie de l'estomac, soit à une infection générale de l'organisme à tendance pyogène. Dans le premier cas, toutes les variétés de dyspepsie et de gastrites chroniques, comme les inflammations aiguës de l'estomac, favorisent son développement en créant un lieu de moindre résistance, où peuvent facilement pénétrer les microbes de la suppuration. Quant aux maladies générales au cours desquelles on a observé la gastrite phlegmoneuse, c'est surtout la pyohémie ou la fièvre puerpérale, plus rarement l'érysipèle ou les maladies éruptives. Le traumatisme n'est guère qu'une cause prédisposante du phlegmon gastrique, qui, pour en finir avec l'étiologie, s'ob-

serverait de préférence dans l'âge adulte, dans le sexe masculin, et affecte une prédilection marquée pour certains pays (Allemagne).

Les lésions de la gastrite phlegmoneuse sont dues aux agents habituels de la suppuration : mais l'existence de certains symptômes assez fréquemment notés, tels que la mydriase et l'hypothermie, amène à se demander s'il ne faudrait pas faire jouer, dans la pathogénie de cette affection, un certain rôle au bacterium coli ou à ses toxines.

Inutile d'insister longuement sur la gravité d'un *pronostic* qui est presque toujours fatal; quant au *traitement*, il n'est et ne peut être actuellement que symptomatique.

II

LE RÔLE DES MICROBES DANS LA GASTRO-ENTÉRITE DES NOURRISSONS

Dans une remarquable série d'articles critiques, M. Marfan vient d'étudier à nouveau, dans la *Revue des maladies de l'enfance* (1), le rôle des microbes dans la gastro-entérite des nourrissons.

Malgré tout l'intérêt des recherches de Damaschino et Clado (1884), c'est incontestablement à Escherich que revient l'honneur d'avoir, le premier, attiré l'attention sur les microbes de l'intestin. Cet auteur établit d'abord l'existence constante, dans les selles des nouveau-nés élevés au sein, de deux bactéries : le *bacterium coli commune* et le *bacterium lactis aerogenes*. Il montre que, dans certaines conditions, le *bacterium coli* peut être pathogène et oppose aux infections *endogènes*, dues à l'exaltation de virulence du coli, hôte normal de l'intestin, les infections *exogènes*, causées par des hôtes accidentels de l'intestin, par des microbes venus du dehors. Pour Booker, le *bacterium coli* est le plus souvent accompagné dans les selles du *proteus vulgaris* et du *streptococcus*, ces différents agents donnant naissance à des formes anatomo-cliniques nettement distinctes de diarrhées d'été. Baginski n'admet aucune corrélation entre les formes et les agents microbiens et rejette absolument les infections autres que les infections endogènes. Mais, dans tous les cas, l'infection joue le rôle primordial et prépondérant. C'est aussi l'avis de M. Lesage. Pour MM. Czerny et Marfan, au contraire, l'infection n'est pas tout : elle est « dans la majorité des cas, endogène et secondaire, parfois terminale ».

La raison de ces divergences doit être recherchée dans l'absence de microbes spécifiques, *tous les microbes mis en cause pouvant être retrouvés dans les selles du nouveau-né parfaitement sain*. Pour que l'on puisse affirmer le rôle pathogène de telle espèce microbienne, il ne suffit donc nullement d'avoir constaté sa présence dans les selles; il faut absolument, dit M. Marfan, se livrer aux différentes recherches suivantes : 1° examen microscopique et culture des matières fécales; 2° étude de la virulence des microbes isolés et reproduction expérimentale de la maladie; 3° étude de la séro-réaction; 4° étude des toxines; 5° recherche de l'infection générale de l'organisme.

M. Marfan applique cette rigoureuse méthode à l'étude des différents microbes soupçonnés de jouer un rôle dans la gastro-entérite des nourrissons.

I. Bacterium coli commune et espèces voisines (para-colibacilles). — Leur rôle n'est pas encore nettement établi. Par les cultures on a isolé : le *coli-bacille*, et trois formes voisines, le *coli-bacille* à pigment vert (Lesage); le *bacterium lactis aerogenes* (Baginski), et le *coli* étudié par Finkelstein : ces trois formes ne semblent être d'ailleurs que des variétés du *bacterium coli*. Ce microbe exerce-t-il réellement une action spécifique? Ni l'examen microscopique des selles, ni les cultures, ni l'étude de la virulence, ni les recherches de la séro-réaction ne permettent de l'affirmer, et pourtant cette action existe, « non spécifique, primitive ni essentielle, mais banale, s'ajoutant à d'autres et ordinairement secondaire. » C'est ce que semble prouver l'étude des produits solubles : la fermentation du lactose sous l'influence du coli produit *in vitro* un certain nombre d'acides gras; or, l'intoxication acide n'est-elle pas le fait principal dans la gastro-entérite des nourrissons (Czerny)?

Plus importante encore est la recherche de l'infection générale par le coli. Différents travaux, et notamment ceux de MM. Macaigne et Marfan, ont montré tout d'abord que, loin d'être constante, comme on l'a longtemps admis, la présence des coli-bacilles dans les viscères du cadavre ne s'observe *que dans les cas où il a existé pendant la vie de la diarrhée ou des troubles intestinaux*. Et, même dans ce cas, les bactéries n'ont pas envahi les organes après la mort. Il semble, en effet, que ces microbes ne peuvent pénétrer dans les tissus lorsque la circulation a cessé. La présence, nettement établie à l'heure actuelle, de ces agents microbiens dans les organes du cadavre, à la suite de certains états pathologiques, implique donc la nécessité de leur passage dans le sang *in vivo* et prouve ainsi d'une façon définitive l'existence de septicémies coli-bacillaires d'origine intestinale.

Or, dans les gastro-entérites, on a pu isoler le coli, souvent à l'état de pureté, du sang et de la plupart des viscères : il n'y a donc aucun doute à garder sur l'existence, dans ces cas, d'une bactérihémie due au coli, et dont, seules, quelques conditions étiologiques restent à déterminer. Cette infection générale n'est-elle pas le meilleur argument en faveur du rôle que joue le coli dans les gastro-entérites du nouveau-né?

En somme, l'action du coli est indéniable. C'est, le plus souvent, un agent d'infection endogène. La fermentation acide qu'il provoque engendre le catarrhe gastro-intestinal, et, diminuant l'alcalinité des humeurs, diminue du même coup la résistance de l'organisme aux infections. Assez souvent le coli envahit l'organisme et y détermine, soit une septicémie sans lésions appréciables, soit des lésions localisées. Mais, dans tous ces cas, le bacterium coli n'intervient que secondairement et accessoirement.

II. Streptocoques. — Les gastro-entérites streptococciques ont été surtout étudiées par Escherich et ses élèves (1897-1899). Tantôt elles sont dues au streptocoque pyogène (Marfan et Marot, Czerny, Fischl, Booker, etc.), tantôt, et plus souvent, elles relèveraient de l'action d'un streptocoque spécial, isolé par Escherich. Ce microbe présenterait les caractères suivants : il affecte la forme de chaînettes assez longues ou de diplocoques; il prend le Gram et le Weiggert, se cultive difficilement sur les milieux habituels, se montre pathogène pour la souris blanche. Suivant les circonstances, il donnerait naissance à trois formes distinctes de gastro-entérite : *une forme localisée, bénigne, une forme toxique, une forme infectieuse*. Dans la première, l'infection ne dépasse pas l'intestin; la seconde est caractérisée par des phénomènes d'intoxication générale (fièvre vive, pâleur, albuminurie, etc.), enfin la troisième se distingue par l'envahissement streptococcique des tissus et des humeurs : c'est la plus grave. Cette entérite due au strepto-

(1) Août-novembre 1899.

coque d'Escherich serait contagieuse, primitive ou secondaire, et s'observerait exclusivement chez des enfants nourris au biberon, ce qui fait penser que le lait pourrait bien être l'agent de la contagion, hypothèse qu'a vérifiée Escherich. Le diagnostic se base sur l'examen microscopique des matières fécales et sur l'inoculation de ces matières à la souris blanche. Le pronostic n'est fatal que dans la dernière forme, encore que la diète hydrique et le calomel, les grands lavages de l'intestin permettent quelquefois de lutter contre elle.

Ces intéressantes recherches ne sont malheureusement pas à l'abri de toute critique. Les caractères différentiels attribués à l'*entéro-streptocoque* sont-ils suffisants pour créer une espèce distincte? De plus, l'agent infectieux des mammites streptococciques des vaches, décrites par Nocard et Mallereau, est loin de présenter les caractères de l'entérocoque, ce qui devrait être, pourtant, s'il est vrai que l'on a observé (Holst) des épidémies de gastro-entérite consécutives à l'ingestion de lait provenant de vaches atteintes de cette affection. *En somme, la spécificité de l'entéro-streptocoque n'est pas absolument démontrée, et l'on ne connaît bien que certains faits d'infection exogène, tels que l'élimination du streptocoque banal par l'intestin au cours des septicémies streptococciques* (*érysipèle*, Achalme).

III. Staphylocoque pyogène. — La possibilité clinique d'accidents gastro-intestinaux consécutifs à l'ingestion de lait purulent, semble nettement prouvée aujourd'hui, mais il manque encore à ces cas le contrôle bactériologique. De plus, les nouvelles recherches devront-elles tenir compte de la présence possible de staphylocoques divers dans l'intestin normal.

IV. Bacille pyocyanique. — Ce n'est pas un hôte normal de l'intestin : aussi les infections gastro-intestinales dues à ce microbe sont-elles probablement d'origine extérieure. La teinte *vert bleuâtre* des selles devrait faire penser à cette forme que caractérisent encore l'hyperthermie, l'apparition de vésicules hémorragiques, la rapidité de l'évolution et la gravité du pronostic.

V. Proteus vulgaris. — Il jouerait, d'après Booker, un rôle considérable. Les infections digestives qu'il provoque présentent des lésions locales peu profondes, mais s'accompagnent d'une intoxication générale grave : le proteus agirait, en effet, surtout par ses toxines. Toutefois, « l'obscurité qui règne sur ce groupe mal défini du proteus, rend impossibles des conclusions précises. »

VI. Bactéries protéolytiques. — Ces ferments de la caséine (tyrothrix) ne sont virulents que dans certaines conditions. Il semble qu'ils n'agissent ni par eux-mêmes, ni par leurs produits solubles, mais en favorisant le développement d'autres microbes plus dangereux (Nobécourt).

VII. Bacillus enteridis sporogenes. — Il n'a été trouvé que dans les diarrhées d'adultes, provoquées par l'ingestion de certains laits (Klein).

VIII. Levures. — Certaines d'entre elles, et particulièrement le saccharomyces ruber, peuvent être une cause de gastro-entérite, comme l'a montré Demme.

IX. Protozoaires. — Epstein, qui a seul étudié leur rôle dans les maladies infantiles, pense que le *monocermonas intestinalis* et l'*amœba coli* peuvent provoquer certaines diarrhées, lesquelles ne se rencontreraient, d'ailleurs, que chez les enfants sevrés.

X. Associations microbiennes. — La fréquence de ces associations porte à croire que, dans les gastro-entérites des nourrissons, il se passe, comme dans tant d'autres maladies microbiennes, des phénomènes de symbiose. Ceux-ci ont été bien observés récemment par M. Nobécourt. Mais il n'est guère possible, à l'heure actuelle, d'arriver à des conclusions définitives.

En somme, dans les gastro-entérites des nourrissons, l'infection peut être ectogène ou endogène. Ectogène, elle est due au streptocoque, au bacille pyocyanique et peut-être au proteus et au coli. Ces différentes formes d'infection ectogène sont contagieuses et parfois épidémiques, l'agent pathogène variant d'ailleurs suivant le temps et le lieu. L'infection endogène reconnaît pour causes les hôtes normaux de l'intestin, le coli surtout. Dans tous les cas, mais surtout dans les formes chroniques, les associations microbiennes jouent un grand rôle.

Les recherches bactériologiques, comme l'observation clinique montrent que *les manifestations locales et générales des gastro-entérites se rapportent à quatre éléments : la dyspepsie, la toxicité ou l'infectiosité du conduit intestinal, les modifications de la paroi gastro-intestinale. Lorsqu'un seul de ces troubles sera réalisé, les autres en découleront* successivement ; c'est pourquoi, après un temps plus ou moins long, ces quatre éléments seront associés en proportions diverses ; l'ensemble de ces troubles constitue ce que l'on appelle gastro-entérite.

Dans les *gastro-entérites d'origine dyspeptique*, les troubles de la nutrition sont les premiers en date : « La dyspepsie entraîne ensuite l'intoxication, les troubles de la sécrétion et du péristaltisme, et l'infection. »

Les *gastro-entérites infectieuses* créent la dyspepsie et l'intoxication endogène dyspeptique ; elles altèrent la paroi gastro-intestinale, donnant lieu ainsi à des troubles de la sécrétion et du péristaltisme.

Les poisons des *gastro-entérites toxiques* peuvent ou léser d'abord la paroi gastro-intestinale, d'où dyspepsie et intoxication dyspeptique, et favoriser l'infection, ou produire directement la dyspepsie, en troublant d'abord la digestion.

Enfin, dans les *gastro-entérites secondaires*, le premier acte morbide n'a pas eu pour siège le tube digestif : les troubles intestinaux sont secondaires et de pathogénie complexe.

Cette intervention presque fatale des quatre éléments explique pourquoi *on ne peut assigner à une forme clinique déterminée de gastro-entérite une cause première toujours invariable;* un même microbe pouvant produire les formes les plus diverses, suivant les circonstances (état antérieur du tube digestif, activité des phénomènes de symbiose, etc.). Ces nouvelles données pathogéniques ne sont pas seulement intéressantes en elles-mêmes : comme le fait remarquer M. Marfan, elles prêteront certainement sous peu à des déductions thérapeutiques d'une extrême importance.

III

L'HYPOTHYROÏDIE BÉNIGNE CHRONIQUE OU MYXŒDÈME FRUSTE

M. Hertoghe (d'Anvers) nous donne, dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (1), une excellente description clinique de ce qu'on appelle le *myxœdème fruste*, l'*appauvrissement thyroïdien bénin*, ou mieux encore, l'*hypothyroïdie bénigne chronique*.

Cette dernière dénomination lui semble préférable, parce

(1) An. XII, n° 4, p. 210-311, juillet-août 1899.

qu'elle n'impose pas à l'esprit l'idée du symptôme *œdème*, « lequel n'est rien moins que constant dans l'espèce. »

Le myxœdème franc est actuellement suffisamment connu pour être diagnostiqué et guéri; il n'en est pas de même du myxœdème fruste, de celui qui n'aboutit pas fatalement à la déchéance totale.

Parmi les études faites à ce sujet il convient de citer, en première ligne, la monographie publiée en 1898 par M. Thibierge sur le *myxœdème*, dans laquelle est mentionnée la thèse déjà soutenue par M. Hertoghe, à savoir : « L'unité dysthyroïdienne étiologique de toutes les formes de l'infantilisme. » M. Hertoghe ajoute aujourd'hui « que tous les infantiles, quels qu'ils soient, même ceux qui ont une taille supérieure à la normale, sont des dysthyroïdiens », et il fait remarquer que le traitement thyroïdien est vivement ressenti dans toutes les formes d'infantilisme.

Étiologie. — L'insuffisance thyroïdienne est essentiellement héréditaire; on ne devient pas hypothyroïdien, on l'est, ou plutôt on l'a toujours été. Les diverses causes morbides, l'alcoolisme des parents, la syphilis héréditaire, le paludisme, la misère, impriment à leurs victimes un cachet propre. Tout en amoindrissant l'activité thyroïdienne, elles amènent des lésions d'ordre trophique, qui peuvent, dans certains cas, être assez réduites pour que le sujet traverse la vie sans attirer l'attention par son myxœdème fruste, et se traduire à la génération suivante par l'hypothyroïdie à ses degrés variés.

La maladie existe chez l'homme, mais elle est incontestablement plus fréquente chez la femme adulte. Si elle s'observe souvent chez les pluripares, elle n'est point rare chez les filles.

M. Hertoghe étudie les *symptômes* plus spécialement chez la femme adulte.

A première vue la femme atteinte d'hypothyroïdie bénigne chronique apparaît plus âgée qu'elle ne l'est en réalité, ses cheveux grisonnent de bonne heure ou tombent. Les sourcils s'épilent dans leur tiers externe à la suite d'une sorte de dermatite de la zone d'implantation. Les dents se carient de bonne heure, les gencives sont rouges et molles, les fosses nasales rétrécies et partiellement obstruées par l'hypertrophie de la muqueuse. L'adénoïdie se trouve ici à tous les degrés.

A côté des troubles de la voix et des bourdonnements d'oreille qui sont fréquents, Georges Murray a signalé des hallucinations; enfin, il est constant d'observer de la *céphalalgie*, une rachialgie très prononcée et des douleurs rhumatoïdes. M. Hertoghe insiste également sur les *hémorragies*, les rétroflexions de l'utérus, l'hémophilie générale dysthyroïdienne, sur l'oppression, les *douleurs du foie* et la *calculose biliaire*, la *constipation*, les troubles du *sommeil*, de la température etc. Tous ces symptômes n'ont de valeur que par leur ensemble, pris isolément ils ne signifient rien.

Le teint ambré, plaqué de rouge, l'infiltration des paupières, l'obésité commençante, l'œdème, le gonflement des pieds sont le propre du myxœdème franc.

L'hypothyroïdie bénigne chronique existe sans ces symptômes.

Marche de la maladie. — « L'hypothyroïdie chez les enfants tend manifestement vers la guérison. L'enfance est longue, l'adolescence se prolonge, mais enfin dans de bonnes conditions d'hygiène et lorsque la maladie n'est pas trop avancée, le sujet finit par arriver au développement complet. Cela est aussi vrai pour l'esprit que pour le corps. »

Chez la femme, l'affection est aggravée par la grossesse; la ménopause peut amener une amélioration notable, une fois la maladie établie. La longévité ne semble pas atteinte.

Traitement. — « L'ingestion de thyroïdine est la pierre de touche de l'hypothyroïdie bénigne chronique. Ses effets ne sont pas moins brillants que dans le myxœdème franc. »

Mais on doit avant tout se rappeler qu'*il faut éviter d'aller trop vite.* On doit donner des doses faibles, les doses trop fortes faisant naître de nouveaux symptômes.

On doit aussi supprimer l'alcool, donner des bains chauds, et des boissons chaudes.

Les cures obtenues avec la thyroïdine sont vraiment encourageantes; on voit disparaître une foule de symptômes: la céphalée, la rachialgie, les raideurs et douleurs rhumatoïdes, les douleurs hépatiques, la calvitie, la constipation, la somnolence; l'oppression est très diminuée.

Tous les troubles de l'appareil génital de la femme disparaissent rapidement sous son action, qui est également très manifeste dans la résolution des fibromes.

Rappelons enfin que M. Hertoghe, dans un travail antérieur, a pu constater l'évolution complète des organes génitaux mâles chez un infantile de vingt ans, en moins de six mois, grâce à l'emploi de la thyroïdine.

IV

LA PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

Parmi les affections de la plèvre, il en est peu dont le diagnostic puisse être aussi délicat que la pleurésie interlobaire : aussi faut-il savoir gré à M. Dieulafoy de l'avoir magistralement étudiée dans une de ses dernières cliniques (1).

Et d'abord, qu'est-ce que la pleurésie interlobaire? « C'est la pleurésie qui se développe et s'enkyste entre les deux lobes d'un poumon. » A l'état normal, les feuillets pleuraux qui tapissent les bords et le fond de la scissure interlobaire n'affectent entre eux que des rapports de contiguïté; l'espace qu'ils délimitent communique donc librement avec la grande cavité pleurale; mais que des adhérences viennent à unir les lèvres de la scissure, la plèvre interlobaire va se trouver isolée du reste de la cavité pleurale, et pourra alors se transformer en une poche, en un sac fermé favorable au développement d'une pleurésie enkystée.

Cette pleurésie, presque constamment purulente, peut être profonde, et simuler, dès l'abord, une collection pulmonaire.

L'étendue de l'abcès pleural interlobaire est fort variable: tantôt il occupe la totalité de l'espace interlobaire, tantôt une partie seulement. On peut même, dans quelques cas, trouver une poche pleurale divisée en plusieurs poches secondaires, renfermant chacune une petite quantité de pus.

La pleurésie interlobaire peut siéger au niveau de chacune des scissures, mais ce serait une erreur de croire que la connaissance de la situation normale des scissures puisse servir au diagnostic, car la formation d'adhérences, l'épanchement du liquide purulent et le refoulement des lobes du poumon modifient profondément cette situation, et font que « la topographie pathologique ne correspond pas toujours, il s'en faut, à la topographie normale » (2).

(1) *Semaine méd.*, nov. 1899.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1892, nº 31 : « Contribution à la chirurgie du poumon. Traitement chirurgical de la pleurésie interlobaire », par E. Rochard.

Après avoir rappelé ces notions générales, M. Dieulafoy aborde l'*étiologie* de la pleurésie interlobaire.

La pleurésie interlobaire peut être primitive ou secondaire à une affection pulmonaire, qui est presque toujours la pneumonie. Des observations qu'il a recueillies, M. Dieulafoy conclut que cette maladie est, le plus souvent, *primitive*, et semble évoluer pour son propre compte. D'ailleurs, les cas d'infection primitive et isolée d'une séreuse par le pneumocoque sont assez nombreux aujourd'hui pour qu'il soit permis d'admettre l'existence d'une pleurésie interlobaire primitive d'origine pneumococcique.

Les *symptômes* de la pleurésie interlobaire sont souvent obscurs, et même au début, le diagnostic est presque toujours impossible, la symptomatologie du début étant toute d'emprunt, étant exclusivement *pulmonaire*. Dès sa naissance, en effet, « le foyer infectieux interlobaire retentit sur le tissu pulmonaire du voisinage. » Les signes qui traduisent la fluxion du poumon (râles, souffle, submatité) vont donc prédominer, et masquer ainsi les premières manifestations cliniques de la pleurésie interlobaire.

Ce n'est que lorsque l'épanchement est devenu assez abondant (de 4 à 500 grammes chez l'adulte, 200 chez l'enfant) que l'on perçoit des signes un peu plus nets : la percussion permet alors de limiter soit en arrière, soit dans l'aisselle, une zone plus ou moins étendue de matité en rapport avec la scissure interlobaire enflammée. Cette zone siégera donc à la partie moyenne de la face postérieure du thorax, si la pleurésie occupe la portion horizontale de la scissure ; elle descendra au contraire dans l'aisselle et empiétera en avant, si la pleurésie occupe la partie descendante et oblique de la scissure. Dans ce cas, le cœur est fortement dévié à droite.

La persistance de zones sonores autour de la zone mate, et particulièrement dans les gouttières vertébrales ou à la base du thorax, la conservation de la sonorité normale de l'espace semi-lunaire, permettront d'éliminer la pleurésie séro-fibrineuse : le diagnostic de pleurésie enkystée interlobaire est alors possible. Mais il importe encore de rappeler que cette zone de *matité suspendue* ne siège pas exactement au niveau des scissures interlobaires.

Parmi les symptômes fonctionnels de cette affection, il convient d'attirer l'attention sur trois principaux : la dyspnée, l'hémoptysie et la vomique. La *dyspnée* est « autrement forte que celle due aux pleurésies de la grande cavité pleurale ». Aussi, en présence d'une affection pleurale donnant lieu à une dyspnée intense, faudra-t-il dès l'abord songer à une pleurésie enkystée. L'*hémoptysie* a été signalée plusieurs fois, elle peut être abondante, se reproduire plusieurs jours de suite ou à intervalles plus éloignés. Elle apparaît tantôt avant, tantôt après la vomique. Ces hémoptysies, *indépendantes de la tuberculose*, seraient dues, d'après M. Dieulafoy, à l'ulcération des parois de la cavité interlobaire sous l'influence du processus inflammatoire qui accompagne la pleurésie ; et la raison même de ce processus ulcéreux devrait être recherchée dans la transformation, en « cavité close », d'une partie de la cavité pleurale.

La *vomique* est beaucoup plus fréquente dans les pleurésies enkystées que dans les pleurésies purulentes de la grande cavité pleurale. C'est que, là encore, « l'enkystement favorise l'ulcération des parois, la perforation, la vomique. » Et l'on peut dire que *si, dans la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, la vomique est l'exception, elle est la règle dans la pleurésie purulente interlobaire.* Cette vomique survient à un moment variable, mais presque toujours d'une façon précoce : elle peut être prédite vingt-quatre ou trente-six heures à l'avance grâce à la fétidité de l'haleine. Les symptômes qui l'accompagnent varient selon son abondance. Est-elle très abondante, alors le malade est pris soudain d'une violente dyspnée, et rend, au milieu de quintes de toux, des crachats fétides, muco-purulents. Mais, le plus souvent, la vomique consécutive à une pleurésie enkystée n'est pas très considérable ; le pus est rendu *peu à peu* sans grande dyspnée, sans efforts ; ces petites vomiques fragmentées ne doivent pas être confondues avec la bronchorrée des bronchites chroniques ou de la dilatation des bronches.

Une fois la cavité interlobaire vidée, elle se comble en partie par la décompression du tissu pulmonaire voisin, et peut même se cicatriser complètement, mais plus souvent des signes cavitaires apparaissent à l'endroit même où siégeait la collection purulente : la maladie prend les allures d'une tuberculose aiguë, la fièvre reste vive, les transpirations abondantes ; le malade maigrit rapidement, perd ses forces, et la terminaison fatale est inévitable, si l'on n'intervient pas promptement par une opération chirurgicale. Il faut bien savoir, d'ailleurs, que ces accidents peuvent survenir assez longtemps après la vomique, des mois plus tard. Si l'on ne fait pas le diagnostic rétrospectif de pleurésie enkystée, si l'on ne se décide pas à intervenir au plus tôt, le pronostic, là encore, est des plus sombres.

Le *traitement* médical est nul : les médecins doivent seulement faire le diagnostic de l'affection et de l'intervention chirurgicale. L'important est, au plus tôt, de « faire un bon diagnostic, et, une fois la maladie déclarée, de savoir prendre à temps une décision ».

Mais ce *diagnostic*, on l'a vu, est loin d'être toujours facile, surtout au début. Ce n'est guère que vers le huitième ou le dixième jour que, l'épanchement étant devenu suffisamment abondant, on peut constater l'existence d'une zone de matité suspendue, entourée de zones sonores. L'intensité de la dyspnée et l'apparition d'une hémoptysie pourront mettre sur la voie du diagnostic avant la vomique. Lorsque celle-ci se produit, son faible volume permettra de la différencier des vomiques consécutives aux suppurations de la grande cavité pleurale : mais on devra distinguer ces petites vomiques fragmentées de la bronchorrée des bronchites fétides. Enfin et surtout, il faudra poser au plus tôt le diagnostic de l'intervention chirurgicale.

V

DEUX NOUVELLES MÉTHODES D'ANESTHÉSIE A DISTANCE PAR LA COCAÏNE

I. Dans l'immense majorité des cas, la cocaïne est utilisée pour l'anesthésie locale en injections sous-cutanées (Reclus, Schleich). Les expériences de Feingberg et Blumenthal, les travaux plus récents de Krogius ont mis en lumière un nouveau procédé : l'*anesthésie à distance* produite par l'injection de l'alcaloïde dans le voisinage des nerfs. Cette méthode consiste à faire, en nombre très limité, des injections de cocaïne « circonscrivant l'organe, afin qu'aucun des nerfs n'échappe au contact de la solution. »

Dans un récent mémoire (1), M. Le Fort, reprenant cette question si intéressante pour le praticien, montre comment les expériences de M. Dassonville sur le cheval, l'ont amené

(1) Soc. centr. de méd. du Nord, 27 oct. 1899.

à utiliser le procédé de Krogius, et lui ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

L'injection de cocaïne ne doit pas être portée au niveau même du nerf, mais dans le tissu cellulaire voisin. La ligature du membre est inutile. De plus, le manuel opératoire devra varier suivant les régions.

La lésion siège-t-elle aux orteils, aux doigts, à la verge, c'est à la méthode de Krogius qu'il faut avoir recours, en circonscrivant l'organe.

La lésion siège sur les membres et occupe le territoire d'un nerf sensitif, facilement abordable : c'est encore l'injection le long du tronc nerveux qu'il faudra pratiquer.

Enfin, la lésion siège sur un territoire dont les nerfs ne peuvent être que difficilement abordables, comme à la face, au cou, au tronc ; il faudra pratiquer alors l'*anesthésie circonférentielle*, au moyen d'une couronne de piqûres circonscrivant le champ opératoire, faites dans le tissu cellulaire sous-cutané, où cheminent les nerfs qui se rendent à la peau.

« Cette méthode a l'avantage d'être simple, inoffensive, et de permettre d'agir dans des tissus enflammés comme sur des tissus sains.

L'injection pratiquée le long des gros troncs nerveux exige, en outre, une très faible quantité de cocaïne, et 6 centigrammes d'anesthésique (2 sur le médian au-dessus du pli du coude, 2 sur le radial, 2 sur le cubital au même niveau) suffisent à déterminer une anesthésie très suffisante de la main et de la plus grande partie de l'avant-bras.

Il est indispensable de se rappeler que l'effet anesthésique se produit lentement, et que dix, quinze et vingt minutes d'attente avant de prendre le bistouri, peuvent être nécessaires pour éviter la douleur, surtout si l'on a fait l'injection au niveau de troncs nerveux volumineux. »

II. Tout différent est le procédé de Bier [de Kiel (1)] pour produire l'anesthésie à distance. Cet auteur utilise, en effet, l'inoculation sous-arachnoïdienne pour introduire la cocaïne dans l'organisme et déterminer ainsi une analgésie complète des membres inférieurs. Voici comment il procède : injection, par ponction lombaire, de 1 à 3 centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 0,50 ou 1 p. 100. Au bout d'un temps qui varie de cinq minutes à une demi-heure, il se produit une anesthésie totale des membres inférieurs, laquelle envahit peu à peu le tronc et peut atteindre jusqu'au mamelon. Cette anesthésie est dissociée : elle ne porte ni sur la sensibilité tactile, ni sur le sens thermique, mais seulement sur l'élément douleur : l'injection de cocaïne par la voie sous-arachnoïdienne a déterminé, si l'on veut, une paraplégie analgésique totale.

Cette méthode n'est pas sans présenter quelques inconvénients : dans la moitié des cas, l'injection a été suivie de vomissements, de céphalée gravative, et ces accidents ont persisté plusieurs heures. Dans un cas, il y eut écoulement notable de liquide céphalo-rachidien, ce qui provoqua des vertiges, surtout marqués dans la situation verticale, qui durèrent une semaine. Mais les avantages du procédé sont à considérer : analgésie qui, tout en laissant l'intelligence intacte, est *complète* et *durable*. De plus, la méthode de Bier ne semble entraîner aucun trouble cardio-pulmonaire ; aussi pourrait-elle être employée avec précautions dans les cas où une affection avancée de ces organes contre-indique l'usage du chloroforme.

(1) *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1899, t. LI, p. 361.

Dans une communication récente (1), M. Tuffier rappelant ces faits et les observations confirmatives de Seldowitch (2), arrive aux conclusions suivantes :

« L'injection sons-arachnoïdienne lombaire de cocaïne donne une analgésie complète des membres inférieurs. La durée de cette analgésie rend possibles toutes les opérations chirurgicales sur ces membres. Cette injection, maniée prudemment, paraît inoffensive; elle trouvera son indication dans les cas où l'anesthésie générale ne pourrait être employée.

Les titres, les doses, le véhicule de la substance analgésiante, les idiosyncrasies doivent être déterminés, précisés; le siège exact de l'injection suivant la région à anesthésier mérite des recherches, avant de livrer à la pratique courante ce moyen thérapeutique qui, manié imprudemment, pourrait être dangereux.

Nos résultats sont dès maintenant acquis pour l'analgésie des membres inférieurs par une injection de 1 centigramme de cocaïne, d'une solution à 1 p. 100 dans l'espace sacro-lombaire. Ils sont également positifs pour l'hystérectomie vaginale. Ils sont négatifs pour les opérations abdominales. »

L. BABONNEIX,
Interne des hôpitaux.

ABCÈS TEMPORAL D'ORIGINE OTIQUE

Par le docteur A. Broca (3),
Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Voici un cas d'abcès cérébral guéri après drainage par voie mastoïdienne. J'entends la vraie voie mastoïdienne, en *défonçant la voûte de l'antre et de l'aditus* (dans le cas actuel la caisse n'a pas été ouverte), et en *ouvrant l'abcès de bas en haut* et non point en perforant l'écaille au-dessus de l'apophyse et en ouvrant l'abcès horizontalement de dehors en dedans, comme l'a conseillé Wheeler.

M. W..., âgé de quarante-huit ans, est de bonne santé habituelle; il nous signale seulement il y a deux ans une angine.

Surmené au commencement de 1899, il prend froid en mai, pendant un voyage à Paris, et reste alité pendant quelques jours, soigné pour une grippe. Il commence alors à souffrir de l'oreille droite, bientôt avec otorrée; est soigné à Lille par des injections boriquées, et à partir du 13 juin s'installe à Paris, où il est soigné par le docteur Alfred Martin, dont voici la note :

« J'ai vu M. W... le 13 juin; il avait eu un mal de gorge un peu plus de 15 jours auparavant et en même temps de la surdité des deux côtés; un côté s'était rétabli tandis que de l'autre, sans douleurs, s'installait un écoulement peu abondant.

La caisse semblait bien se vider; lorsqu'il se mouchait un peu fort, l'air sortait par l'ouverture de la membrane du tympan, et bien vite il ne restait plus de liquide dedans la caisse; l'apophyse n'était ni gonflée, ni sensible.

Mais il y avait un état vertigineux qui n'était pas en rapport avec l'état de l'oreille.

Sous l'influence des pansements, l'état général semblait très modifié lorsque le 21 il fut repris à nouveau d'état vertigineux et de mal de tête, l'apophyse toujours absolument indemne. Cependant le 23 il était très bien, et le 25 au matin on le trouvait dans le coma.

Dès le premier jour j'avais fait un mauvais pronostic, sur l'énoncé duquel il y avait eu une syncope. »

(1) Soc. de biol., séance du 11 nov.
(2) Sur l'inoculation de la cocaïne dans la moelle épinière, *Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 41.
(3) Communication à la Société de chirurgie.

Le 23 juin, l'otorrée, assez abondante jusque-là, disparaît presque complètement, mais la céphalalgie augmente.

Le 24 juin, malade somnolent le matin; la torpeur augmente dans la journée M. W... se couche, refuse de se lever et même de répondre aux questions.

Le 25 juin, la somnolence s'aggrave, la fièvre s'élève, et au milieu de la nuit mon ami A. Martin, que le docteur Spira avait mandé en toute hâte, est venu me chercher d'urgence. J'ai trouvé mon malade ne répondant à aucune question, poussant un grognement sourd avec ébauche de mouvement de défense quand j'appuyais sur la mastoïdite droite, au niveau de laquelle il n'y avait d'ailleurs aucun œdème; température 39°8, pouls 75, régulier et plein.

Le 26 juin, à deux heures du matin, je trépanai l'apophyse, qu'au niveau de l'antre je trouvai épaisse et dure, avec quelques fongosités de l'antre. De parti pris, je fis sauter la table interne en haut et en arrière, et là, au niveau du sinus, je trouvai un abcès gros comme une noisette, plein de fongosités et d'un peu de pus épais.

Cela me parut suffisant pour expliquer les symptômes et j'en restai là. Il en résulta une amélioration remarquable par sa rapidité. Quatre heures après le malade parlait, répondait avec assez de précision aux questions. Il restait seulement un peu d'obscurité intellectuelle. Le matin, à 8 heures, état général bon, température 36°6. Urines abondantes.

La journée fut bonne; un peu de somnolence à partir de midi.

Les jours suivants, rien à signaler. La température cependant monte le soir de 37°5 à 37°9, mais l'appétit est bon, le malade se lève et se plaint seulement de douleurs entre l'oreille et l'apophyse orbitaire externe, à droite.

Le 4 juillet, la famille recommence à s'inquiéter, parce que l'appétit diminue et que, dans l'après-midi, il y a un peu de somnolence, que je n'ai d'ailleurs jamais encore constatée en venant voir le malade le matin.

Le 5 juillet, il est difficile d'obtenir de M. W... qu'il se lève, il refuse la nourriture, a une démarche indécise, prononce à peine quelques mots. Le pouls est à 60, un peu irrégulier. Pour la première fois mon interne, M. Barbarin, constate quelques mouvements convulsifs dans les doigts de la main gauche. Ils commencent par les phalanges, puis prennent toute la main et se terminent par un tremblement du membre supérieur. Depuis le 1er juillet la température a pour maximum 37 degrés.

Le 6 et le 7, les phénomènes cérébraux augmentent, on note un peu de trouble dans la coordination des idées et surtout de la difficulté d'élocution. Les mouvements convulsifs des doigts sont observés, très fugaces, et cessent le 7.

Le 8, à huit heures du matin, l'état rappelle, mais moins grave, celui du 25 juin; le malade répond quelques mots quand on l'interroge fortement. Je conclus à l'existence d'une collection purulente intracranienne, et, séance tenante, j'opère, tout ayant été préparé la veille au soir.

Cette fois j'opérai en plein jour, et je commençai par évider complètement la pointe de l'apophyse, que je trouvai, sous une corticale épaisse, pleine de fongosités; je n'ouvris pas la caisse, puisqu'il s'agissait d'une otite aiguë. Je mis largement à nu la dure-mère, en haut et en arrière, et pendant ce temps une esquille poussée par le ciseau alla déchirer le sinus, qui fut tamponné à la gaze stérilisée. Après quoi je continuai à mettre à nu la dure-mère sous laquelle il y avait quelques fongosités autour du foyer ouvert le premier jour.

La dure-mère étant mise à nu sous le lobe temporal sur une étendue d'environ 4 centimètres sur 3, je l'explorai de la vue et du toucher : elle ne bombait pas, ses battements étaient normaux, en sorte que, en l'absence de tout signe spécial, je m'en tins là, bien décidé d'ailleurs à aller plus loin si les accidents continuaient.

La journée fut mauvaise, avec somnolence continuelle, avec de l'agitation des membres inférieurs, avec rétention d'urine exigeant, le soir, le cathétérisme; après quoi, à neuf heures du soir, miction spontanée et involontaire; température 36°7; pouls à 88 degrés. A onze heures, la respiration, calme et régulière jusque-là, s'accélère, devient bruyante et bientôt revêt les caractères de Cheyne-Stokes, avec arrêts de vingt à trente secondes. Vers trois heures du matin, elle redevient régulière, mais un hoquet s'installe qui fatigue beaucoup le malade.

Le 9, j'étais absent de Paris, et les accidents s'atténuèrent plutôt un peu, de sorte que M. Barbarin ne jugea pas utile de me faire revenir par télégramme. Le pouls battit le matin 76, le soir 88.

Mais le lendemain, nouvelle et rapide aggravation, et lorsque j'arrivai, le 10 juillet à quatre heures, je trouvai un malade comateux, ne répondant à aucune excitation, avec une respiration singultueuse et irrégulière.

Quoique le pouls fût à 84 et la température à 37 degrés, je conclus que presque certainement un abcès cérébral existait. Je défis le pansement, et de la pulpe de l'index je palpai la région dénudée de la dure-mère. Partout je sentis des battements, mais ils me semblèrent moins forts que l'avant-veille, au moment de l'opération.

Là j'incisai donc à la face inférieure du lobe temporal. Sous la dure-mère, je vis le cerveau très rouge et j'y enfonçai le bistouri de bas en haut. A une profondeur variable, au moins à 1 ou 2 centimètres, j'entrai dans une poche d'où sortit en abondance un pus séreux et filant d'abord, puis bien lié. Il y en avait au bas mot une cuillerée à bouche. Je mis pour terminer un gros drain, long de 5 centimètres.

J'avais opéré, naturellement, sans anesthésie, et le malade ne bougea point. Mais il donna quelques signes de connaissance, chercha à aller toucher la région sitôt que le drain fut en place. Et dès que le pansement fut terminé, il se retourna vers moi, prononça d'abord quelques mots incohérents, demanda où était son docteur, le docteur Carob (Broca retourné); quelques minutes après il m'avait remis à l'endroit, il demandait à voir ses enfants, se plaignait des douleurs au niveau de sa plaie. Bref, ce fut, en moins de cinq minutes, une résurrection remarquable.

A partir de ce moment, tous les symptômes disparurent; il ne fut plus question de douleurs temporales, de somnolences. L'appétit revint rapidement. Le 16 juillet, le malade se leva.

La suppuration diminua très vite; le drain, peu à peu chassé, fut raccourci en plusieurs fois sans avoir jamais été retiré de la plaie. Au milieu d'août il tomba de lui-même et au commencement de septembre M. W... partit pour aller passer trois semaines en Alsace.

Actuellement il est tout à fait guéri et a repris depuis deux mois ses occupations.

Cette observation est, je crois, instructive pour mettre en relief quelques faits qu'il me suffira d'énumérer :

1° Il s'agit d'un abcès cérébral consécutif à une otite moyenne aiguë, ce qui est rare, les abcès ne compliquent d'ordinaire que les otites chroniques. Aussi n'ai-je pas ouvert la caisse du tympan;

2° Cet abcès a évolué d'une manière remarquablement insidieuse, sans fièvre une fois l'apophyse nettoyée, sans ralentissement du pouls qui, après l'opération, a battu de 64 à 70 et qui avant l'opération, une seule fois, est descendu à 60. Une fois l'abcès soupçonné, j'ai opéré en deux temps, et l'événement m'a donné raison.

Cela prouve une fois de plus que, pour diagnostiquer un

abcès cérébral, il faut savoir se contenter de peu, savoir même se passer de la fièvre, de la céphalalgie, de l'absence des battements à la dure-mère. Il suffit quelquefois de constater la somnolence, et la difficulté de la parole avec un léger degré de paraphasie;

3° Chez notre malade, il y a eu quelques petites secousses convulsives des doigts : ce fut le seul trouble moteur. Les cas avec hémiplégie par abcès probablement rolandique, comme celui dont nous a récemment entretenus M. Kirmisson, sont tout à fait exceptionnels, et pour eux il faut évidemment se porter vers le lobe frontal.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(22 novembre 1899)

Constatons avec plaisir que la Société n'a pas tardé à se réveiller. Cette séance a présenté un réel intérêt et, pour peu que cela continue, comme il y a tout lieu de l'espérer, nous ne tarderons pas à retrouver les beaux jours d'antan.

M. Nélaton a, de nouveau, soulevé la question du **traitement de la coxalgie par la résection de la hanche**. Souvent proposée, mais assez rarement pratiquée, cette opération n'est pas entrée jusqu'ici dans le domaine de la chirurgie courante. A part MM. Félizet, Ollier et les chirurgiens de Berck, qui ont fait un assez grand nombre de ces résections, la plupart des chirurgiens, de nos jours, continuent à traiter la coxalgie par l'immobilisation et l'extension et semblent redouter l'intervention sanglante. C'est un tort, selon M. Nélaton, et il le prouve par la présentation de deux faits intéressants.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, qui était traitée depuis deux ans et demi pour une coxalgie non suppurée. Entrée dans le service de M. Nélaton en août 1897, elle fut d'abord soumise au traitement ordinaire par l'extension continue pendant six mois; il y eut des améliorations, puis des rechutes qui décidèrent M. Nélaton à intervenir par la résection. Il fit l'incision de Langenbeck, enleva le col du fémur et la cavité cotyloïde dans une étendue considérable; il fit un énorme sacrifice de l'os iliaque; après ce sacrifice osseux, il enleva toute la synoviale, ainsi que M. Lucas-Championnière a appris à le faire pour le genou. En un mot, il enleva tout ce qui était malade et au delà. Cette malade guérit de son opération après trois mois; pendant quatre mois elle conserva une fistule par laquelle s'écoulait un liquide séreux. Aujourd'hui elle est complètement guérie et marche; elle marche mal, mais elle marche mieux qu'elle ne le ferait guérie par le traitement ordinaire.

Le second cas a trait à un garçon de quinze ans, entré dans le service en mai 1899, avec tous les signes d'une coxalgie et une température de 38 degrés qui indiquait de la suppuration; résection de la hanche, conservation de la tête fémorale peu malade, grattage du cotyle, ablation totale de la synoviale, guérison opératoire, conservation d'une fistule avec issue de liquide séreux pendant trois mois, guérison définitive et résultat fonctionnel bon, bien supérieur à celui qu'auraient donné les méthodes conservatrices.

M. Nélaton nous fait ici le tableau des résultats souvent lamentables des méthodes conservatrices, des ankyloses en mauvaise situation, des raccourcissements de 30 à 35 centimètres, etc. La résection de la hanche, ajoute-t-il, est l'objet d'un certain discrédit qu'elle ne mérite pas, mais il faut, pour arriver au succès, avoir le parti pris absolu d'enlever la totalité de la jointure. C'est une arthrotomie totale qu'il faut pratiquer.

Il est permis de penser que si cette arthrotomie était pratiquée au début de la coxalgie, elle donnerait encore de meilleurs résultats. M. Nélaton laisse de côté l'intervention chez les jeunes enfants; il n'en a pas l'expérience et n'en parle pas, mais il est convaincu, et c'est là sa conclusion, que la coxalgie de l'adolescent ou de l'adulte est justiciable de la résection de la hanche.

Toutefois, il reste un point à considérer sur lequel, avec sa loyauté scientifique habituelle, M. Nélaton ne pouvait manquer d'insister; nous voulons parler de la gravité de cette intervention.

Dans un troisième cas, où il s'agissait d'une fillette d'une quinzaine d'années, la mort est survenue dix heures après l'opération, par suite du schock. Chez les deux autres opérés qui ont été présentés par M. Nélaton à la Société, il y eut également un certain degré de schock post-opératoire. Cette opération n'est donc pas sans danger. Mais malgré sa gravité, la résection de la hanche deviendra une opération courante. C'est là, du moins, ce que pense M. Nélaton.

M. Félizet qui a pratiqué 300 fois cette opération, surtout chez les jeunes enfants, et qui ne compte que 2 décès, déclare, après M. Nélaton, que les résultats de cette intervention sont beaucoup plus rapides et bien plus avantageux que ceux des méthodes conservatrices. Il a fait le pourcentage des enfants coxalgiques qui atteignent la vingtième année, et il est arrivé à cette conclusion qu'il n'y en a que 12 p. 100 qui arrivent à cet âge. La mortalité par le fait de la coxalgie est donc bien plus considérable qu'on le croit.

La résection de la hanche, pour être efficace, doit être totale; il faut enlever tout ce qui est malade. M. Felizet croit que cette opération de déblayage est appelée à un grand avenir. Il la pratique journellement en vingt-cinq minutes et avec un succès constant, qu'il attribue au flambage de la plaie qu'il ne manque jamais d'appliquer. Il laisse le premier pansement, avec drainage, de vingt à vingt-cinq jours. En moyenne les enfants sont guéris en quarante ou quarante-cinq jours. Il a opéré des enfants de trois mois à seize ans. Aussitôt qu'apparaissent la douleur et la fièvre, il intervient. M. Felizet présentera prochainement à la Société plusieurs de ses petits guéris.

Plusieurs membres se sont fait inscrire pour prendre part à cette discussion qui continuera dans la prochaine séance.

M. Broca nous a communiqué une intéressante observation d'**abcès temporal d'origine otique** (voir plus haut, p. 1268). Puis il nous a fait un rapport sur un travail de M. Delanglade relatif aux **déformations chirurgicales consécutives à la paralysie infantile.**

Il y a eu plusieurs présentations :

M. Tuffier a communiqué une observation de kyste abdominal au niveau de l'ombilic, paraissant être un kyste du mésocôlon. La laparotomie a montré qu'il s'agissait d'un rein polykystique.

Une petite discussion s'engage à ce sujet, à laquelle prennent part MM. Bazy, Hartmann, Tuffier, Albarran et Reynier, d'où il résulte que, quand un rein polykystique est diagnostiqué, il ne faut pas l'opérer; car il y a des chances pour que l'autre le soit aussi ou qu'il y ait récidive.

M. Beurnier a fait une lecture sur un cas de tétanos traité par les injections intra-cérébrales de sérum antitétanique.

M. Mauclaire a fait plusieurs présentations. Ces communications feront l'objet de rapports que nous analyserons.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 135. — MARDI 28 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 28 NOVEMBRE 1899. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

Paris, le 27 novembre 1899.

On désignait autrefois sous le nom de « roupious » les jeunes étudiants en médecine qui, n'étant encore ni stagiaires, ni externes, venaient bénévolement dans les services hospitaliers de leur choix apprendre, sous la direction de leurs aînés, les premiers éléments de clinique.

C'est avec intention que nous disons *autrefois*, la race des « roupious » tend, en effet, à disparaître.

On ne voit plus, maintenant, ou presque plus, dans nos hôpitaux, ces jeunes gens dont le zèle faisait souvent contraste avec la nonchalance des stagiaires, et qui, tout fiers de revêtir une blouse blanche, travaillaient gaiement, apprenaient à prendre des observations et devenaient, dans les services de chirurgie, des aides précieux pour les externes surchargés par le grand nombre de pansements.

Quelle est la cause de cette disparition ?

Le nombre des étudiants aurait-il brusquement diminué?

Hélas ! les statistiques sont là pour nous montrer qu'il faut chercher ailleurs.

Avec le nouveau régime, la première année d'études se fait dans les laboratoires de la Faculté des sciences, où l'on apprend sérieusement les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle que nous avions trop souvent le tort de négliger.

Sortis du P. C. N., les étudiants ont un an de liberté avant leur stage obligatoire.

C'est alors qu'ils pourraient, comme autrefois, aller « bénévolement » dans les services hospitaliers.

Mais maintenant il faut compter avec la nouvelle organisation de l'enseignement médical. C'est elle, en effet, qui est la coupable, c'est elle qui empêche nos débutants de devenir les bons « roupious », pleins de zèle et d'exactitude, qui faisaient plus tard les bons externes et les cliniciens sérieux.

La Faculté, avec ou sans raison, pense qu'il faut compléter, au point de vue médical, les notions scientifiques reçues à la Sorbonne, et elle recommence entièrement, ou peu s'en faut, l'instruction des étudiants à ce point de vue.

Et voilà les malheureux pris *tous les matins*, sauf de rares exceptions, par des travaux pratiques variés, histologie, histoire naturelle, etc., et mis, par conséquent, dans l'impossibilité de se rendre à l'hôpital.

L'enseignement clinique en souffre forcément, il n'est pas un médecin, pas un chirurgien de nos hôpitaux qui ne s'en aperçoive tous les jours.

Peut-être ne serait-il pas impossible de tout concilier?

Nous savons la Faculté trop soucieuse des intérêts de ses étudiants, intérêts des plus graves en l'espèce, puisqu'il s'agit de leur première éducation clinique, pour n'être pas persuadés qu'elle fera tous ses efforts pour modifier la situation actuelle.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(24 NOVEMBRE 1899)

« Pour quiconque s'occupe de la pleurésie, son histoire est un éternel recommencement. » Ainsi dit M. Galliard, en commençant son étude sur les **pleurésies polymorphes**, et il a grandement raison. L'auteur donne ce nom de pleurésie polymorphe à toute pleurésie biloculaire ou multiloculaire dans laquelle la nature du contenu varie d'une loge à l'autre : sérosité citrine, sérosité louche ou sanguinolente, sang, pus non fétide, pus fétide, liquide chyleux, matière gélatiniforme...

La pleurésie peut être dite *bactériologiquement* polymorphe si, à côté d'une loge infectée par les pneumocoques seulement, on en trouve une autre qui renferme par exemple des streptocoques ou d'autres microbes.

Les combinaisons sont nombreuses.

Trois éventualités peuvent être envisagées :

1° Une pleurésie séro-fibrineuse multiloculaire étant donnée, certaines loges sont isolément infectées, soit spon-

tanément, soit à la suite de thoracentèses pratiquées comme on le faisait jadis, sans précautions antiseptiques.

2° Une collection séro-fibrineuse s'enkyste et à côté d'elle surgit une collection purulente.

3° Un empyème s'enkyste et, à côté de lui, surgit une collection séro-fibrineuse. Le plus souvent l'empyème enkysté est sus-diaphragmatique.

Au point de vue pratique, il faut distinguer un cloisonnement horizontal, un vertical, un oblique ou irrégulier. Le poumon lui-même peut participer à la formation des cloisons.

Le diagnostic des pleurésies polymorphes est difficile. M. Galliard avoue n'avoir jamais réussi à faire le diagnostic du polymorphisme avant la ponction; on peut être mis sur la voie par certains incidents de la thoracentèse : ponction blanche, ponction insuffisante (la quantité de liquide évacué ne correspondant pas à ce qu'on attendait), modification du liquide au cours de la thoracentèse; sous l'influence des mouvements imprimés à la canule, dans la plèvre, on obtient successivement de la sérosité et du liquide sanguinolent ou de la sérosité et du pus.

Le pronostic de ces pleurésies est grave lorsque les suppurations enkystées échappent aux investigations. Le traitement chirurgical doit seul alors être mis en œuvre.

MM. Danlos et Grancher reviennent en quelques mots sur les **dangers qui peuvent résulter des injections sous-cutanées de calomel.** Cette méthode peut seulement être utile dans des cas très rares, alors que toute autre méthode a échoué; mais employée systématiquement, elle est dangereuse et coupable.

SUR LES
CONTRE-INDICATIONS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Par le médecin principal Moty,
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

La gastro-entérostomie est entrée dans la catégorie des opérations courantes, et les progrès rapidement réalisés dans sa technique en ont même fait une opération presque bénigne en elle-même, quoique encore incertaine dans ses résultats thérapeutiques et ses indications : c'est à ce dernier point de vue que nous croyons devoir rapporter l'observation, si incomplète qu'elle puisse être, d'un succès opératoire avec insuccès thérapeutique. Il s'agit d'une de ces formes de dyspepsie nerveuse qui n'ont pas échappé à MM. Terrier et Hartmann.

Le 26 août 1899, je vis, avec mon confrère et ami le docteur Timol (de Cambrai), un malade de quarante-sept ou quarante-huit ans, de taille élevée, brun et nerveux, et déjà très amaigri par suite de dyspepsie. Celle-ci date de six mois; elle a résisté à une saison à Vichy et a fait perdre 60 livres au malade; une première attaque de gastralgie violente, mais passagère, à la suite d'efforts de chant, s'était déjà produite il y a cinq ans.

L'examen donne les résultats suivants : abdomen excavé sans clapotement au niveau de l'estomac, avec douleur à la pression du foie, et une sensation douteuse de masses dures dans la fosse iliaque droite (le malade est constipé), mais aucune tumeur appréciable; il n'y a pas d'œdème aux malléoles; température normale.

Le cœur bat normalement, mais il y a un peu de submatité à la base du poumon droit et une faiblesse respiratoire résultant d'adhérences anciennes. L'état moral est inégal et déprimé, en raison des douleurs vives qui résultent de la déglutition de tous les aliments solides, il y a de fréquents renvois, mais pas de vomissements, la langue est blanchâtre. Les réflexes rotuliens ont disparu complètement, mais il n'y a pas de douleurs fulgurantes ; légère inégalité des pupilles ; la sensibilité paraît intacte. Bref, le malade ne s'alimente plus en raison des douleurs gastralgiques qui l'en empêchent et la cause de ces douleurs reste incertaine, bien qu'on puisse voir à travers son épigastre les violentes contractions de l'estomac après chaque déglutition. Il reste au lit pour éviter la fatigue, mais il peut se tenir debout et faire quelques pas.

Les commémoratifs ne mettent sur la voie d'aucune diathèse, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Soupçonnant une évolution tuberculeuse et d'accord avec mes confrères Apté et Dubut, je prescris un traitement à l'arséniate de soude à hautes doses et un régime sec, avec les œufs crus et le lait pour aliments principaux.

Amélioration sensible pendant quelques jours, mais le douze septembre je suis rappelé, le mieux n'a pas duré; l'estomac se contracte toujours sous la paroi abdominale et la sténose pylorique, ayant l'inanition pour conséquence, menace la vie à bref délai. La gastro-entérostomie se présente donc comme une indication vitale, et il est convenu qu'elle sera tentée le 15, à la satisfaction du malade. Afin de soutenir les forces de ce dernier, je prescris des lavements alimentaires dont le résultat est tellement favorable qu'on ajourne l'intervention, mais c'est encore une détente passagère, de sorte que le 19 septembre, dans l'après-midi, je procède avec le docteur Colle, ancien chef de clinique de la Faculté, à l'ouverture de l'abdomen et à l'exploration de la cavité, après avoir soumis le malade à l'injection de sérum artificiel pendant la chloroformisation.

Nous trouvons l'estomac petit, complètement vide et rétracté, mais entièrement souple. A la face inférieure du foie, un peu en avant et à gauche du fond de la vésicule un petit kyste hydatique du volume d'un marron, faisant saillie à la face inférieure de l'organe et en rapport direct avec le pylore; il y a deux petits calculs dans la vésicule, qui est souple, non distendue.

Que faire? Enlever le kyste hydatique qui ne paraît pas en cause et faire ensuite l'abouchement gastro-intestinal?

L'état du malade me pousse à en finir au plus tôt; je me borne donc à faire, sans prolonger l'exploration, une gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure, par le procédé ordinaire, en donnant à la bouche gastro-jéjunale trois à quatre centimètres de longueur et je referme l'abdomen par des points en X en catgut pour la paroi musculo-aponévrotique et un surjet aux crins de cheval pour la peau.

Le pouls est à 64, mais il devient faible à la fin de l'opération. Il y a ensuite des vomissements chloroformiques bilieux, légèrement teintés de sang, et le pouls monte à 90 dans la soirée, tout en restant faible; une vive agitation avec délire apparaît en même temps.

Le lendemain matin, le malade est plus calme ce jour là et les jours suivants les matinées sont bonnes, mais il y a de l'excitation et du délire dans la soirée. Le 22, je vois le malade qui maigrit de plus en plus et se refuse toujours à manger, bien qu'il avale, en ma présence, sans difficulté une sorte de lait de poule ; le ventre est absolument plat, souple et indolore, et le pansement, resté sec, n'adhère pas à la suture, il n'y a plus de vomissements, mais des renvois gazeux bruyants; le délire paraît de nature famélique, le pouls reste toujours faible aux environs de 90; il y a un peu de toux et des crachats rares, mais suspects, dont l'examen n'a pu être fait.

Les jours suivants dans les périodes de calme, l'intelligence reste nette, mais l'obstination du malade à ne rien prendre persiste, et il s'éteint le 29, le onzième jour après l'intervention, soulagé durant la dernière semaine par les injections de morphine.

L'autopsie du malade n'a pu être faite, mais je crois m'être trouvé en présence d'une forme fruste de tabes décelée seulement par la perte du réflexe rotulien, les crises gastriques, et une inégalité à peine marquée des pupilles; je pense en outre que la présence du petit kyste hydatique, saillant à la face inférieure du foie, agissait comme une épine irritante sur le pylore qui, sous l'influence d'une innervation pervertie, traduisait son irritation par des contractions ataxiques s'étendant à la totalité de l'estomac.

Il en résulte qu'en bonne logique, il eût mieux valu se borner à enlever le kyste hydatique qui paraissait solide et facilement énucléable en totalité, en raison de son petit volume et de sa situation superficielle, mais comment se résigner à une thérapeutique aussi indirecte, en présence des incertitudes du cas, étant donné surtout les ondulations violentes de l'estomac, paraissant lutter de toute son énergie contre un obstacle infranchissable ?

Je reste convaincu que le mal était en tout état de cause au-dessus des ressources de l'art et que l'intervention, quelle qu'elle fût, ne pouvait pas donner de résultats dans cette période avancée de la maladie, mais j'en tire cette conclusion qu'il faut penser au tabes quand il y a de l'intolérance gastrique, sans rétention ni dilatation, sans vomissements alimentaires et sans tumeur ni hématémèse et, si l'on trouve d'autres signes positifs de cette maladie, mieux vaudra s'en tenir au traitement médical.

DÉFORMATIONS CHIRURGICALES

CONSÉCUTIVES A LA PARALYSIE INFANTILE

Par le docteur DELANGLADE,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille.
(Rapport par M. le docteur BROCA à la Société de chirurgie.)

Le travail de M. Delanglade envisage un peu dans leur ensemble les déformations consécutives à la paralysie infantile.

Ces déformations sont quelquefois limitées et alors faciles à guérir : et tous nous avons connu des cas où une simple ténotomie a suffi à la cure. Si les lésions sont plus étendues, nous savons bien aujourd'hui que le pied bot paralytique ballant est justiciable de l'arthrodèse.

Mais M. Delanglade pense que cette opération ne donne que très rarement le résultat désiré, c'est-à-dire l'ankylose osseuse ; ce qu'il explique par la vitalité insuffisante de ses membres, en sorte que la prolifération osseuse aboutissant au col est médiocre. Alors même que, cliniquement, on admet l'ankylose, on constate par la radiographie qu'elle n'est pas complète.

Cet argument me paraît insuffisant : je crois me souvenir qu'un jour un de nos collègues nous a présenté ici comme non consolidée, en raison de la radiographie, une fracture humérale qui cependant permettait au membre des mouvements actifs énergiques. Les cals semblent, en effet, rester pendant longtemps perméables aux rayons X. Et d'ailleurs, dans l'espèce, le seul point qui nous intéresse est le résultat fonctionnel. Or nous savons qu'au pied, après arthrodèse, la fixation du pied à angle droit est presque toujours obtenue ; et pour ma part, dans de nombreuses opérations, avec résultat suivi à longue échéance, je n'ai jamais échoué, même dans les cas où, avec cal imparfait, j'ai obtenu une raideur suffisante. M. Delanglade nous dit qu'une fois, à la hanche, il a eu un résultat nul, et il l'oppose à la raideur si difficile à éviter après les opérations pour luxations congénitales. Je n'ai pas l'expérience de l'arthrodèse de la hanche, mais au pied je n'ai rien observé de semblable, quoique je m'en tienne au simple avivement à la curette, sans enchevillement et même sans suture osseuse.

Dans un cas, M. Delanglade a eu recours, avec un bon résultat, à l'enchevillement simple du pied : c'est-à-dire qu'il a fait pénétrer à frottement dur dans les deux malléoles et l'astragale forcée deux tiges d'ivoire ; et après les avoir coupés à ras de l'os, il a réuni le périoste au-dessus d'elles. Il ne conseille cette opération que si l'âge de l'enfant et l'examen radiographique démontrent que le noyau osseux de l'astragale est trop petit pour être utilement adapté à la mortaise avivée.

M. Delanglade pense, d'ailleurs, que souvent on pourrait éviter l'arthrodèse si on appliquait la méthode, trop délaissée en France, des transplantations tendineuses; et il nous dit avoir fait disparaître complètement un valgus paralytique bilatéral en anastomosant les 2/3 du tendon d'Achille sur le tendon du jambier antérieur paralysé. C'est là, bien évidemment, une méthode excellente quand elle est applicable, c'est-à-dire quand le déchet musculaire est limité, quand les déformations osseuses sont peu accentuées. Au reste, parfois on pourra combiner l'anastomose tendineuse à une opération destinée à corriger la déformation osseuse : et c'est ainsi que chez un jeune homme de quinze ans, atteint de talus énorme avec pied creux considérable, M. Delanglade fit dans une première séance la greffe de 3/4 du court péronier latéral sur le tendon d'Achille ; après avoir remédié au talus et à une grande partie du valgus, il combattit la déformation métatarso-phalangienne par une résection cunéiforme de l'articulation de Lisfranc. De là une forte amélioration ; mais il persistait un degré notable de valgus, et après des examens électriques répétés, on finit par en trouver la cause dans une atrophie du jambier postérieur : la moitié du jambier antérieur vient lui servir de renfort, et après cette deuxième opération le redressement fut parfait.

Cela prouve combien il est utile d'explorer minutieusement tous les muscles, et même ceux des autres segments dn membre, avant de savoir exactement que faire.

Je passe sur l'arthrodèse du genou, dont M. Delanglade a 3 observations, et j'arrive à ces cas si désespérants où les lésions atrophiques ont frappé simultanément et sévèrement les deux membres inférieurs dans tous leurs segments. Alors, bien évidemment, les muscles malades sont nombreux, les indications opératoires sont complexes, bien difficiles, sinon impossibles à réaliser. De là des interventions multiples, successives, ne fût-ce que pour faciliter la prothèse.

Ainsi, à une jeune fille de onze ans, M. Delanglade a fait subir aux deux pieds la greffe du tendon d'Achille sur le jambier antérieur, l'arthrodèse du genou droit, le redressement modelant du genou gauche, la section des muscles couturier, tenseur du fascia lata, droit antérieur et partie antérieure du moyen et petit fessier à droite, enfin à gauche l'ostéotomie sous-trochantérienne. Aujourd'hui, l'enfant marche très facilement avec deux béquilles, au besoin avec deux cannes, et jusque-là elle n'avait jamais pu poser le pied à terre.

L'auteur attire particulièrement notre attention sur l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui lui a permis un fort bon redressement, et qui ne paraît pas avoir jusqu'à présent été conseillée contre les déviations paralytiques.

L'indication en restera certainement rare, mais c'est une ressource utile à connaître.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La pneumonie franche aiguë.

Par M. le docteur Lévi-Sirugue, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La pneumonie occupe une grande place dans l'histoire des doctrines thérapeutiques. C'est surtout à la pneumonie, maladie inflammatoire par excellence, que s'appliquaient les théories de Broussais; c'est là que la saignée trouvait son plus large emploi; c'est encore elle que visait la méthode contro-stimulante de Rasori. Ces diverses méthodes, qui partent d'une idée juste, ont été discréditées par l'abus qu'on a fait de leur application.

Aujourd'hui la bactériologie est venue éclairer l'étiologie de la pneumonie, et montrer qu'elle est fonction d'une infection microbienne qui peut rester localisée au poumon ou se généraliser. On aurait pu espérer que de cette notion serait sortie la seule thérapeutique rationnelle, la *sérothérapie antipneumococcique*, malheureusement, les recherches dans ce sens sont à l'état embryonnaire, et les essais sérothérapiques faits en France et surtout en Italie et en Allemagne ne semblent pas avoir abrégé beaucoup la marche cyclique de l'affection, ni jugulé les formes graves. On en est donc encore réduit aux ressources de l'ancienne thérapeutique, et l'on doit avoir en vue de traiter plutôt le pneumonique que la pneumonie.

Chez l'adulte, la pneumonie franche, malgré son grand cortège de symptômes, est une affection généralement bénigne, et dont la durée, de sept à neuf jours, est peu modifiée par le traitement. Au début, les crachats très visqueux, couleur de rouille ou de brique, renferment des pneumocoques virulents; c'est la période contagieuse pendant laquelle il est bon de désinfecter les crachoirs. Longtemps après la pneumonie, il reste souvent des pneumocoques dans la gorge. Pour éviter la répétition des infections pulmonaires, on fera donc bien de prescrire des lavages boriqués de la bouche.

D'une façon générale, dans la pneumonie franche chez un adulte vigoureux, on aura peu à intervenir, on devra surtout veiller à l'hygiène du malade et empêcher des traitements nuisibles. Le pneumonique devra être dans une chambre aérée, à une température moyenne (de 16 à 18 degrés en hiver); autant que possible il devra y coucher seul. On le maintiendra assez relevé dans le lit par des oreillers, et on évitera de le laisser toujours dans la même position.

A la période de début, le point de côté peut acquérir une intensité grande, et vient encore gêner la respiration. Dans ces cas, le médecin a le devoir d'essayer de soulager le malade soit par des ventouses scarifiées *loco dolenti*, qui sont souvent très efficaces, soit au besoin par une injection de chlorhydrate de morphine (un demi-centigramme) au siège de la douleur, injection qu'on répétera s'il le faut; contre la dyspnée, on emploiera les enveloppements du thorax dans des compresses froides, dont nous avons indiqué les bons effets à propos de la bronchite capillaire; contre les quintes de toux on prescrira un peu d'opium sous forme d'extrait thébaïque (une pilule de 5 centigrammes le soir), qui agira en même temps comme hypnotique, et si l'insomnie persistait, une cuillerée à soupe le soir de sirop de chloral ou de sulfonal à la dose de 1 gramme, suivi de l'ingestion d'un grog chaud, ce qui en facilite l'absorption. Quant au tartre stibié dont on a abusé autrefois, il convient d'en rejeter l'emploi; et, pour ce qui est de la saignée, elle ne trouverait son indication que dans des cas de *dyspnée menaçante ;* dans ces cas on pourrait se trouver bien des *inhalations de nitrite d'amyle* préconisées par M. Hayem, et qu'on réalisera en en versant à deux ou trois reprises, pendant quelques minutes, XV gouttes sur un mouchoir. Les ventouses sèches dont on couvrira la poitrine, et dont on pourra répéter l'application tous les jours, contribueront d'ailleurs à calmer la dyspnée, et seront bien préférables au vésicatoire, que l'on appliquait autrefois. Le vésicatoire fait souffrir inutilement le malade, il n'abrège en rien la durée de la pneumonie, et il est de plus dangereux parce qu'il peut contribuer, en adultérant le rein, à empêcher l'élimination des toxines, chose si importante pour l'heureuse terminaison de l'affection. C'est, en effet, à faciliter l'issue des principes toxiques que vise surtout la thérapeutique actuelle de la pneumonie; c'est de là que dépend tout le pronostic de la maladie. Y a-t-il un rein normal, une bonne diurèse, une tonicité vasculaire suffisante pour permettre la filtration rénale, quelque bruyante qu'ait été la pneumonie, il y a des chances pour que la guérison s'ensuive ; d'où nécessité d'empêcher les causes extérieures d'intoxication par les médicaments ou l'alimentation autant que l'auto-intoxication. C'est dans ce but qu'on peut prescrire une petite purgation saline au début de l'affection, et qu'on se trouvera bien du régime lacté et de boissons abondantes, telles que limonade vineuse, tisanes, etc.

Il est enfin un médicament qui a l'avantage d'associer l'opium à des diurétiques. C'est la *poudre de Dower* qu'on prescrira à dose de 50 à 60 centigrammes.

Le pneumonique a-t-il tendance à l'*adynamie nerveuse*? On lui fait prendre de l'*acétate d'ammoniaque* en potion :

Acétate d'ammoniaque....	8	grammes
Hydrolat de mélisse.......	60	—
Sirop d'éther.............	20	—
Sirop de fleurs d'oranger..	20	—

Une cuillerée toutes les heures.

On prescrira surtout de l'*alcool*, qui fait aujourd'hui partie intégrante du traitement de toute pneumonie, et pour un homme adulte, on donnera dans les vingt-quatre heures:

Rhum....................	40	grammes
Sirop simple.............	30	—
Teinture de canelle.......	5	—
Eau distillée.............	75	—

C'est là la fameuse potion de Todd, qui est une des meilleures manières d'administrer l'alcool dans ces cas. On la fera prendre par cuillerées à entremets, espacées dans les vingt-quatre heures. On doit surtout insister sur cette médication dans la pneumonie des alcooliques, dans les cas où le malade est sous le coup du delirium tremens.

Y a-t-il, au contraire, tendance à l'*hyperthermie*, à l'*agitation*? Alors on pensera à la *balnéation* sous forme de bains tièdes, entre 35 et 28 degrés, ou même, si cette tendance s'accentuait, aux bains froids à 25 degrés. Le médecin a souvent à lutter contre les préjugés populaires qu'une maladie due à un refroidissement ne peut être traitée par le froid. Certes, la méthode des bains a vaincu déjà beaucoup de ces préjugés, mais si on l'admet plus facilement aujourd'hui dans la fièvre typhoïde, on conserve de la répugnance à l'appliquer à la pneumonie. Si par esprit d'opposition de

la famille, ou faute d'un personnel intelligent capable de bien appliquer la méthode de Brand, le médecin est obligé d'y renoncer, il pourra recourir à l'enveloppement dans le drap mouillé, dont nous avons déjà parlé à propos de la broncho-pneumonie. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Le salicylate de méthyle dans le traitement de l'orchite blennorragique.

M. le docteur Chevillot (de Pont-l'Évêque) recommande vivement l'emploi du salicylate de méthyle, dans les orchites blennorragiques. Il emploie la pommade suivante en frictions quotidiennes sur le scrotum :

Salicylate de méthyle....	12	grammes.
Extrait de belladone..........	3	—
Axonge fraîche..............	35	—

Cette pommade est presque liquide. On peut y ajouter pour la rendre plus solide 3 ou 4 grammes de cire vierge. On recouvre les testicules de cette pommade avec des feuilles de coton cardé bien tassées, et on applique un suspensoir à hydrocèle qui serre bien partout, car il est nécessaire que la couche d'ouate soit épaissie et la compression parfaite. M. Chevillot ajoute en général à ce traitement 3 grammes de salol à l'intérieur.

En quelques heures la douleur disparaît et dès le deuxième ou troisième jour le malade peut se lever.

Lorsque le testicule a repris son volume normal, que l'engorgement de l'épididyme a disparu, il suffit d'appliquer un emplâtre de Vigo et de faire porter un suspensoir ordinaire (1).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1898-1899 (2), par le professeur G. Dieulafoy.

Les années se suivent... et se ressemblent à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Voici trois ans que M. Dieulafoy professe, dans la chaire de son maître Trousseau, ces vibrantes leçons qui attirent à l'Hôtel-Dieu un nombreux public d'auditeurs fidèles. Et depuis trois ans, chaque année, vers le mois de novembre, nous avons le plaisir de lire et d'analyser pour nos lecteurs un nouveau volume de cliniques, contenant les leçons professées dans l'année scolaire qui vient de s'écouler. Il ne nous appartient pas (et ce serait au reste superflu) de faire ici l'éloge des qualités qui rendent si captivante la lecture des œuvres du maître; nous allons simplement tâcher de montrer en quelques mots tout l'intérêt qui s'attache à chacune de ses leçons en particulier.

Les trois premières leçons sont consacrées à deux variétés peu étudiées de pleurésies partielles : la *pleurésie médiastine* et la *pleurésie interlobaire*. La première, surtout, n'avait pas fait jusqu'à ce jour l'objet d'une étude d'ensemble. S'appuyant sur deux cas personnels et sur les quelques autres cas publiés, M. Dieulafoy montre par quel ensemble de signes (syndrome médiastinal) on peut arriver au diagnostic d'une affection si larvée et si peu commune.

Dans la quatrième leçon, M. Dieulafoy étudie la *perforation syphilitique de la voûte palatine*; il montre comment elle débute par une étape nasale et comment le traitement de la rhinite syphilitique peut, non seulement empêcher la perforation, mais parfois même avoir raison d'une perforation déjà constituée.

Les deux leçons suivantes traitent du *kyste hydatique de la rate*. C'est une étude séméiologique complète de cette affection jusqu'ici négligée par les médecins.

Dans la septième leçon est étudiée la question du *rapport du traumatisme avec le diabète*, si intéressante par les problèmes médico-légaux qu'elle soulève.

La huitième leçon est une étude médico-chirurgicale du *phlegmon périnéphrétique primitif*, avec étude du diagnostic et des indications opératoires.

La leçon suivante a trait aussi à une question de thérapeutique médico-chirurgicale, *Discussion sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie*. Il faut lire les faits parfois terrifiants qui amènent M. Dieulafoy aux conclusions suivantes : ne jamais faire de ponction exploratrice; ne jamais faire une ponction évacuatrice sans évacuer d'un seul coup la totalité du liquide; ne jamais retirer l'aiguille aspiratrice avant de s'être assuré que tout le contenu du kyste est retiré; réserver la laparotomie aux kystes hydatiques adhérents ou infectés.

La dixième leçon est l'histoire bien suggestive d'un homme atteint depuis trois ans d'une *sciatique*, qui l'avait obligé à renoncer à tout travail, et rapidement guérie par le traitement antisyphilitique. Il faut en rapprocher la *névralgie syphilitique du nerf trijumeau*, objet de la quinzième leçon, qui avait causé au malade qui en était atteint depuis quatorze ans d'intolérables souffrances, parce que sa nature syphilitique avait été méconnue.

La onzième leçon, *Gastrite ulcéreuse pneumococcique, grandes hématémèses*, concerne deux faits curieux de grandes hématémèses au cours de la pneumonie; l'autopsie, dans un cas, a permis de constater l'existence, sur la muqueuse stomacale, d'érosions multiples, bourrées de pneumocoques.

Dans les trois leçons suivantes, M. Dieulafoy aborde à nouveau un sujet qui lui est cher avec raison, l'*appendicite*. La première traite des accalmies traîtresses de l'appendicite et des erreurs graves auxquelles elles peuvent donner lieu; la deuxième donne le moyen de résoudre certaines difficultés de diagnostic; dans la troisième, *A propos du traitement de l'appendicite*, il donne, on peut le dire, le coup de grâce aux derniers partisans de la temporisation.

Les deux leçons qui suivent sont consacrées à une question d'actualité, les *méningites cérébro-spinales*, et leur diagnostic précis par l'examen clinique et les recherches de laboratoire combinées.

Dans la dix-huitième leçon, le professeur étudie la *paralysie faciale syphilitique*, dans ses deux formes, précoce et tardive.

Enfin, la dernière leçon est consacrée à la *curabilité de l'ascite cirrhotique et de la cirrhose du foie*, grâce à un régime rigoureux.

En terminant, disons combien la clarté du texte est encore augmentée par les belles figures — quelques-unes en couleur — dues au docteur Bonnier, qui a su allier la plus rigoureuse exactitude scientifique à une fine exécution artistique. Mentionnons encore la table analytique des matières, qui, à la fin du volume, résume le contenu des volumes de clinique jusqu'ici publiés et montre quelle diversité de sujets a traitée le professeur de l'Hôtel-Dieu, tout en maintenant, d'année en année, l'unité de son œuvre.

Dr E. Apert.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 4 au 9 décembre 1899)

Examens de doctorat.

Lundi 4 décembre, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle* n° 1 : MM. Ch. Richet, Remy et Desgrez.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Gley, Sébileau et Launois; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier,

(1) *Année médicale de Caen*, 15 nov. 1899.

(2) Gr. in-8o. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Aug. Broca et Delbet; — (2e série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Lejars; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Teissier; — M. Méry, suppléant.

MARDI 5 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Berger, Thiéry et Wallich.

2e (chirurgien-dentiste), MM. Pouchet, Quénu et Marfan; — M. A. Broca, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Albarran et Fauré; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Vaquez; — 2e série) : MM. Proust, Debove et Roger; — M. Thiroloix, suppléant.

MERCREDI 6 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Poirier et Legueu.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Hanriot, Retterer et Weiss.

3e (oral, 1re partie) : MM. Jalaguier, Mauclaire et Lepage; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 7 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Petit amphithéâtre* : MM. Mathias-Duval, Launois et Desprez.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Dieulafoy, Teisser et Thiroloix; — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Charrin et Chassevant.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Rémy, Vaquez et Wurtz; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 8 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Widal et Wurtz.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Letulle, Sebileau et Hanriot; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Aug. Broca; — 5e (2e série,) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 9 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Letulle, Ménétrier et Dupré.

2e (chirurgien-dentiste), *Petit amphithéâtre* : MM. Quénu, Vaquez et Chassevant; — M. Hartmann, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Ballet et Achard; — (2e série) : MM. Debove, Joffroy et Roger; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Brun, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat.—*Anatomie* (séances du 25 novembre), MM. Roy et Weill, 9; — Ferry, 6; — Leh et Lhermitte, 5; — Gauckler, 4; — Vaillant, 3; — Lequeux, 2.

Pathologie : MM. Brocard, Brelet et Fouquet (Charles), 12; — Perpere et Vitry, 10; — Denis, 9; — Dennecé, 7; — Leenhardt, 6.

La prochaine séance aura lieu le mardi 28 novembre, à quatre heures trois quarts, à l'hôpital Beaujon.

Marine. — Par décret, en date du 23 novembre 1899, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. Geoffroy, médecin en chef de la marine en retraite, affecté au port de Toulon.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins principaux de la marine en retraite Cartier et Barrême, affectés au port de Toulon.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de première classe de la marine en retraite Bizardel, affecté au port de Cherbourg; Mortreuil et Pallardy, au port de Rochefort; Land ouar, au port de Brest; Castellan, au port de Toulon.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Mazot, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, affecté au port de Lorient.

M. Giraud, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer, au 4e dépôt des équipages de la flotte, M. le docteur Duclos.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. le docteur Lafite-Dupont vient d'être nommé chef des travaux d'anatomie.

Les sourds-muets fêteront, le 3 décembre, le 187e anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Epée.

La peste et la guerre du Transvaal. — Un effet non prévu de l'odieuse guerre anglo-boer, qui attriste et indigne le monde civilisé, sera probablement celui-ci : elle diffusera la peste dans l'univers, à commencer par l'Amérique.

L'Angleterre envoie à profusion et précipitamment dans ses colonies du Cap et de Natal des troupes provenant des trois foyers pesteux : Bombay, l'île Maurice, Alexandrie. Et ces envois ne sont pas finis. Or, la peste sévit déjà en Afrique australe, autour de la baie de Delagoa.

Le microbe pesteux trouvera, au milieu des agglomérations de soldats anglais et de convoyeurs cafres, un terrain de culture admirablement favorable à sa pullulation. Et comme, pendant une guerre, il est impossible de prendre toutes les précautions sanitaires indispensables, les navires américains apportant du matériel de guerre et des animaux de trait, verront leurs équipages se contaminer, et rapporteront le fléau dans l'Amérique du Nord. Cela pend à l'oreille de l'oncle Sam, menacé de payer cher sa sympathie pour John Bull.

Puisse-t-il ne pas nous la faire payer aussi ! Ce ne serait pas de jeu ! (*Le Petit Journal.*)

École dentaire de Paris. — La fête annuelle d'ouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu, le 21 novembre, au siège de l'école, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, sous la présidence de M. le professeur Pozzi, sénateur, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et en présence d'une nombreuse assistance.

Conférence privée d'internat. — MM. Delherm et Géraud, internes des hôpitaux, commenceront une conférence privée d'internat vers la fin novembre. Le nombre des élèves est limité. S'inscrire tous les jours, de cinq à six heures, auprès de M. Delherm (hôpital Broca).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubry (de Saint-Brieuc), Bernard (de Toulon), Léon Bourée et Vades (de Paris).

La suppression du baiser de la Bible. — Le gouvernement de l'État de New-York a promulgué, au mois d'avril dernier, la loi dispensant les témoins de baiser la Bible en prêtant serment devant les tribunaux.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société française des voyages Duchemin, plusieurs excursions qui permettront de visiter, dans le courant des mois de décembre et de janvier, les unes, *la Syrie, la Palestine, l'Egypte, la Haute-Egypte;* les autres, *l'Italie, l'Algérie, la Tunisie* et *la Corse.*

Dates de départ et prix suivant l'itinéraire choisi.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société française des voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'éducation rationnelle de la volonté, son emploi thérapeutique, par le docteur Paul-Emile LÉVY, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface de M. le professeur BERNHEIM. Deuxième édition. Un vol. in-12 de la Collection médicale, cart. à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan, éditeur.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 136. — JEUDI 30 NOVEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 30 NOVEMBRE 1899. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr. »	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	
FRANCE.......	15 FRANCS.
UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Leçon clinique par M. le professeur Potain.

L'affection qui a fait entrer la malade que voici à l'hôpital, n'est qu'un épisode, survenu au cours d'une affection chronique datant de deux ans.

Jusqu'à l'âge de seize ans, en effet, la malade ne s'était jamais sentie souffrante. Elle n'avait subi aucune des maladies qui frappent surtout les enfants. Pas de rougeole, pas de rhumatismes, pas de rhumes fréquents et persistants. L'enfant pouvait courir à son aise sans être essoufflée. Du reste, ses antécédents héréditaires sont assez bons, sauf du côté de son père atteint, depuis longtemps déjà, d'une bronchite chronique.

Il y a deux ans, à l'âge de seize ans, la malade vit apparaître ses règles, irrégulières pendant quelques mois, puis régulières bientôt, jusqu'au mois de janvier, où elles cessèrent sans cause.

C'est au moment de la puberté, et sans qu'elle puisse préciser si ces troubles furent antérieurs ou postérieurs à l'établissement de la menstruation, que la jeune fille présenta les premiers symptôme de l'affection actuelle. Elle aurait eu un rhume tenace et, à plusieurs reprises, elle aurait craché une quantité considérable de sang rouge. Elle maigrissait, ses forces disparaissaient, en même temps que se manifestaient des palpitations de cœur, de l'essoufflement facile, de la dyspnée au moindre effort. Ces derniers phénomènes ont toujours persisté depuis, mais la toux avait diminué après quelques mois.

Au mois de janvier 1899, la malade dut entrer à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Faisans, pour des phénomènes grippaux, toux quinteuse, accompagnés de vomissements et de diarrhée. Elle aurait été soignée, prétend-elle, pour une congestion pulmonaire, un érythème polymorphe et une gastrite.

Après un séjour de trois mois à l'hôpital, la jeune fille était sortie guérie, lorsqu'elle fut reprise dans les premiers jours de mai, assez brusquement, de fièvre, de céphalalgie, de courbature, brisement des membres, anorexie et toux ; puis la fièvre survint et l'obligea à entrer dans nos salles de la Charité, le 11 mai.

Nous trouvons une jeune fille petite, mince, pâle. La respiration, assez fréquente, est un peu pénible. La malade tousse et rend des crachats grisâtres, opaques, flottant dans une masse de liquide opalin et mousseux.

Température, 38°4. Pouls, 68. Pression artérielle radiale, 12.

Auscultation du poumon. — A gauche en avant, sonorité normale. En arrière, légère submatité à la partie inférieure avec râles sous-crépitants et sibilants disséminés, prédominants dans la zone moyenne.

A droite en avant, respiration un peu forte. Sonorité égale à celle du côté gauche. En arrière, sonorité accentuée dans la fosse sus-épineuse et le tiers supérieur de la fosse sous-épineuse. Matité, râles sous-crépitants intenses. Retentissement exagéré de la toux et de la voix.

Le cœur présente ses dimensions normales. Mais la main appliquée sur la poitrine sent un frémissement manifestement présystolique. Et l'on trouve, en effet, tous les symptômes du rétrécissement mitral pur : roulement diastolique, souffle présystolique, dédoublement du deuxième bruit et même parfois le début du roulement diastolique est marqué par un bruit dur (claquement d'ouverture de la mitrale).

L'examen des autres organes est négatif. Système digestif bon, bien qu'il y ait une légère anorexie, urines normales. Le système nerveux présente un certain nombre de stigmates hystériques : anesthésie profonde de tout le corps, sauf deux zones ; l'une de la largeur des deux mains occupe la fosse iliaque et le flanc gauche ; l'autre occupe la partie externe de la jambe gauche, jusqu'au genou.

Anesthésie cornéenne et pharyngée. Rétrécissement con-

centrique du champ visuel égal des deux côtés. Perte du goût partielle ; la sensation d'amertume est conservée en partie. Perte complète de l'odorat.

A aucun moment il n'y a eu de crises nerveuses.

Si nous mettons à part ces troubles nerveux dont la malade ne se souciait guère, et qu'elle ignorait même, le diagnostic semblait s'imposer et, de fait, examinée par plusieurs médecins, cette malade fut considérée comme atteinte d'une tuberculose en voie d'évolution, et un pronostic sévère fut indiqué.

Cependant, il parut prudent, et les événements prouvèrent que ce n'était pas sans raison, d'apporter quelque restriction à la gravité de ce pronostic. Deux causes, en effet, pourraient le modifier :

1° L'intervention manifeste de la grippe ;

2° La coexistence d'une sténose mitrale.

Que cette malade fût une tuberculeuse, atteinte depuis un certain temps, cela ne faisait aucun doute ; qu'elle fût depuis une dizaine de jours sous l'influence d'une grippe, c'était également très probable ; mais quelle part, dans les lésions trouvées à l'auscultation, fallait-il réserver à la tuberculose ; quelle part, au contraire, revenait à la grippe ; cela était plus difficile à préciser.

Si nous savons, en effet, que la grippe est très souvent provocatrice de la tuberculose, si plus souvent encore elle l'aggrave et accélère sa marche, il est, au contraire, des cas où l'aggravation n'est qu'apparente, et où la grippe, en disparaissant, laisse le poumon dans le même état qu'avant son invasion. Il en est même où, après avoir simulé la tuberculose envahissante, la grippe disparue laisse un poumon absolument intact. On trouve dans les formes grippales toutes les formes de la tuberculisation : tantôt c'est la congestion pulmonaire du sommet, avec fièvre à type inverse, crachats opaques, nummulaires, déchiquetés ; tantôt c'est la tuberculose aiguë, comme dans une observation de J. Teissier, de Lyon ; tantôt c'est une tuberculose chronique, fibreuse. Ici, nous trouvions quelques bacilles peu abondants dans les crachats ; ses hémoptysies répétées, son amaigrissement, la perte de ses forces, étaient des manifestations de sa tuberculose. Et nous devions ranger dans les troubles grippaux la congestion pulmonaire de la base gauche et les accidents récents ; et l'on pouvait se demander si l'intensité des signes constatés au sommet droit n'était pas, pour une grande part, conséquence de la congestion grippale.

La marche de la maladie montra bientôt qu'il en était ainsi.

Le 14 mai, trois jours après son entrée, la fièvre est nulle. La matité est circonscrite à un foyer de la dimension d'une petite paume de main, situé à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse droite ; les vibrations y sont un peu exagérées et l'on entend encore quelques sibilances dans tout le poumon.

Le 16, la matité persistant, les râles ont à peu près complètement disparu, et nous ne constatons plus que les signes d'une tuberculose ancienne et fibreuse, signes momentanément exagérés par la grippe.

Il était du reste probable, étant donné la fièvre nulle, la toux médiocre, la disparition de la dyspnée par le repos que le pronostic devait être peu grave, et que la tuberculose n'avait pas été aggravée par l'infection grippale.

Le second fait devant contribuer à atténuer dans ce cas la gravité du pronostic de l'affection tuberculeuse, c'était l'existence d'un rétrécissement mitral pur.

Ce rétrécissement mitral n'est pas congénital, l'activité de la malade pendant toute sa jeunesse le rend au moins infiniment vraisemblable. Il n'est pas contemporain de l'infection grippale, car une telle lésion ne peut s'établir que lentement et d'une façon progressive.

Sans doute, il est difficile d'assigner une époque précise au début d'une affection qui s'établit aussi insidieusement. Pourtant, on peut être assuré qu'ici le rétrécissement est consécutif à la tuberculose. Il y a, en effet, bien peu de cas où l'on puisse supposer que la tuberculose se soit établie chez un malade antérieurement atteint de rétrécissement mitral, tandis que les exemples du contraire sont nombreux, si bien qu'il n'est presque aucun cas de rétrécissement mitral pur dans lequel l'examen clinique et l'anatomie pathologique ne nous montrent l'existence ou les traces de la tuberculose pulmonaire ou de la strume.

Or, chez notre malade, c'est à la suite de toux, de bronchites légères que sont survenus cet essoufflement, cette dyspnée d'effort qui ont marqué le début de la maladie et sont manifestement imputables à la sténose mitrale.

Le rétrécissement paraît modéré. L'oreillette gauche est peu dilatée, les battements du cœur sont réguliers et le pouls assez fort. La lésion est donc bien compensée. Il n'y a donc rien de grave à redouter, quant à présent, des effets du rétrécissement mitral. Mais il tend à maintenir dans le poumon un certain degré de congestion sanguine. Quelle sera son influence sur la tuberculose existante ? Faut-il craindre que cette congestion imprime à la tuberculose une marche de plus en plus grave ?

La congestion active, l'affluence exagérée du sang dans le poumon est, il est vrai, une cause très fréquente d'accélération de l'évolution tuberculeuse. Mais la congestion première, créée par la lésion mitrale, semble agir d'une façon tout opposée. Il nous est arrivé de voir une tuberculose à marche d'abord rapide s'enrayer et rétrocéder même à partir de l'époque où un rétrécissement mitral avait pris naissance sous l'influence de cette tuberculose elle-même, si bien que la bacillose, en touchant l'endocarde, semble se couper les vivres à elle-même.

Le pronostic pour notre malade se trouve par là très particulièrement modifié. La tuberculose passe au second plan ; elle n'est plus qu'une affection ancienne dont il faut garder le souvenir. L'élément principal de la maladie, c'est désormais la lésion secondaire, c'est-à-dire le rétrécissement mitral. Notre malade cesse d'être un tuberculeux pour devenir un cardiaque ; son hygiène, sa thérapeutique, devront être modifiées en conséquence. Au lieu du grand air, nous devrions viser surtout le repos ; les complications seront du ressort de la digitale et non de la créosote.

Ainsi nous pouvons conclure, chez la jeune fille qui nous occupe, que le pronostic doit être favorable dans son ensemble, favorable pour la grippe à cause du peu d'intensité de la fièvre, et de la diminution rapide des symptômes ; favorable aussi pour la tuberculose, puisque nous devons attribuer à la grippe les signes stéthoscopiques qui pouvaient nous effrayer, et puisque le rétrécissement mitral coexistant lui oppose une barrière.

C'est assurément un cas bien particulier et digne d'attention que celui où l'existence de complications se trouve être favorable et où, de la multiplicité même des lésions, résulte la bénignité du pronostic.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(28 novembre 1899)

M. Richet, qu'on entend trop rarement à l'Académie, a fait connaître les résultats d'expériences intéressantes qu'il a pratiquées sur des chiens et qui sont relatives au traitement de la tuberculose. Alors qu'il commençait ses études, M. Richet a été vivement impressionné par cette parole du professeur Jaccoud : « L'étude de la tuberculose n'est qu'une méditation sur la mort. » M. Richet a souvent dirigé ses recherches sur ce sujet; il a essayé bien des moyens, toujours expérimentalement; il en est un qui, suivant lui, peut, presque à coup sûr, empêcher l'évolution de la tuberculose chez les animaux. C'est de ce moyen qu'il vient entretenir aujourd'hui l'Académie.

Les résultats apportés par M. Richet sont basés sur des expériences portant sur 324 chiens. Quel est ce moyen? Il consiste dans un changement d'alimentation; au lieu de la nourriture habituelle, on donne aux chiens des quantités colossales de viande crue.

En deux mots, voici en quoi consistent les expériences de M. Richet : il inocule à un certain nombre de chiens la tuberculose; la moitié de ces chiens n'est soumise à aucun traitement, l'autre moitié est soumise à l'alimentation par la viande crue; un chien de 10 kilogrammes peut absorber facilement 1 kilogramme et demi de viande crue par jour. Les chiens témoins maigrissent, présentent tous les symptômes de la tuberculose et meurent généralement après trente, trente-cinq ou quarante jours au plus. Des chiens alimentés par la viande crue, les uns sont très peu malades et guérissent complètement, les autres résistent pendant un laps de temps beaucoup plus long et ne succombent qu'après cent quarante ou cent cinquante jours.

Ces faits expérimentaux confirment de tous points les données cliniques bien connues et en particulier les recherches de M. Debove sur ce sujet. Mais ils sont tellement nets et tellement précis que M. Richet ne saurait trop insister pour engager ses confrères à recourir à la suralimentation par la viande crue pour le traitement des tuberculeux.

Jusqu'ici, il n'y a rien de bien nouveau dans ces faits. Nous savons tous que la suralimentation est un des meilleurs, pour ne pas dire le meilleur moyen d'enrayer une tuberculose au début. La confirmation expérimentale que nous apporte aujourd'hui M. Richet n'en est pas moins intéressante ni moins importante. Mais M. Richet va plus loin; il nous donne une explication de ces faits, de cette thérapeutique à laquelle il donne le nom de thérapeutique métatrophique. Il les explique, ces faits, par une sorte d'imprégnation des cellules gorgées de substance alimentaire carnée et devenant par cela même inaptes à absorber les produits toxiques sécrétés par les microbes. En résumé, il n'y a pas, pour M. Richet, de moyens plus propres à enrayer la marche de la tuberculose que la suralimentation par la viande crue.

M. Laborde a constaté les mêmes effets par l'administration de grandes quantités de beurre.

M. Brouardel rappelle que tous les médecins tirent de bons effets de la suralimentation dans les cas de tuberculose au début, mais qu'il n'en est plus de même dans les cas de lésions avancées.

Enfin, M. Gautier a constaté, lui aussi, les bons effets de cette médication, surtout quand on y ajoute le cacodylate de soude.

Rien n'est plus aisé, croyons-nous, de mettre tout le monde d'accord et, quant à nous, nous sommes tout disposés, comme nous le faisons, d'ailleurs, déjà depuis longtemps, à administrer à nos tuberculeux force viande crue, force beurre et un peu de cacodylate de soude. Nous y ajoutons aussi l'aération continue. Mais, avec M. Brouardel, nous devons déclarer que, si nous obtenons des succès presque constants, par les moyens énoncés, chez les tuberculeux au début, il est loin d'en être de même chez les tuberculeux à lésions avancées. Or, M. Richet soumet ses chiens à cette médication, quatre ou cinq jours après leur avoir inoculé la tuberculose.

M. Hallopeau a pris la parole pour répondre à M. Fournier, relativement au traitement prophylactique de la syphilis. On verra, par le résumé de ce travail, que, sur certains points, il se sépare de son éminent collègue de l'hôpital Saint-Louis. Voici le résumé du travail de M. Hallopeau :

Il insiste d'abord sur les points où il est d'accord avec son collègue. Dans un travail communiqué à la conférence de Bruxelles, sur la lutte contre la propagation *a masculo* des maladies vénériennes, il a divisé, en trois groupes, les moyens à employer dans cette direction : moyens moraux, moyens administratifs, moyens médicaux.

« Parmi les moyens moraux, est l'avis que doit donner le médecin à tout individu qui vient le consulter pour une maladie vénérienne, relativement aux dangers de transmission, soit à d'autres personnes, soit à ses enfants. M. Hallopeau demande l'impression d'un avertissement semblable en tête des feuilles de consultation; il voudrait, de plus, que l'on affichât, dans les endroits publics, un avis ainsi conçu : *Toute personne atteinte d'une maladie contagieuse est expressément invitée à s'abstenir de contacts de nature à la propager*. On ferait ainsi pour la syphilis ce que l'on commence à faire pour la tuberculose — cet autre grand péril social. M. Hallopeau recommande comme d'importants moyens prophylactiques l'ablation du chancre lorsqu'elle est praticable, et la cautérisation des plaques muqueuses avec le nitrate acide de mercure; on transforme ainsi, en plaie simple, les ulcérations par lesquelles se fait presque exclusivement la propagation. La consultation de Saint-Louis a été attaquée bien à tort : c'est à elle que l'école de Saint-Louis doit surtout le rang qu'elle a acquis en France et à l'étranger. Les consultations doivent être multipliées, mais seulement pour les vénériens; il y a lieu d'en installer dans tous les établissements hospitaliers et les bureaux de bienfaisance; il faut que l'ouvrier, en gagnant son atelier ou en en sortant, puisse s'y rendre facilement. Leur service peut être assuré par le personnel médical attaché à ces établissements, on pourra le compléter par la création de nouvelles places d'assistants spécialisés. Ces consultations doivent être réservées aux indigents, sous peine d'un préjudice considérable pour le corps médical. L'examen isolé des malades est impraticable, puisqu'il doit être fait en présence d'un public médical, souvent nombreux; il n'est pas d'ailleurs réclamé par les intéressés. »

FORMULAIRE

Gargarisme antiseptique (Escat).

Salol		1 gramme.
Alcool à 90 degrés	} *āā*	50 grammes.
Glycérine		
Eau bouillie		400 —

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur Lesné,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

V

III. Gonocoque. — Le gonocoque, agent microbien de la blennorragie, fut découvert en 1879 par Neisser dans le pus blennorragique; Lestikow signala l'un des caractères les plus importants de ce germe : *sa présence habituelle à l'intérieur des leucocytes*. Le gonocoque est nettement distinct des saprophytes de l'appareil génito-urinaire et on ne le trouve jamais comme hôte normal, dans aucun organe.

Morphologie. — Si on examine à l'état frais une goutte de pus blennorragique, on voit, au milieu des leucocytes, de petits grains réfringents sombres ou clairs suivant la mise au point, animés de mouvements rotatoires ou oscillatoires, mais il faut employer les colorants pour étudier complètement la morphologie du gonocoque.

Une fois la préparation séchée puis fixée à la flamme, on peut colorer soit au bleu de méthylène soit à la thionine; le lavage à l'eau est suffisant car l'alcool décolore trop vite. Le gonocoque se présente alors en *diplocoques* colorés en bleu clair; chaque élément revêt la forme d'un *grain de café* ou d'un haricot opposant à l'autre sa face plane ou légèrement concave.

Les dimensions du couple sont en moyenne de 0 µ 7 de largeur et de 1 µ 25 de longueur.

Fréquemment les gonocoques forment des groupes de quatre ou de multiples de quatre contenus dans une gaine de mucus; ces amas sont très caractéristiques et diffèrent des grappes serrées des staphylocoques; ils sont dus à ce que le microbe se reproduit par division suivant des plans respectivement perpendiculaires; cette forme tétrade diffère de la forme sarcine où la division se fait suivant trois plans.

Parmi les gonocoques qui apparaissent dans une préparation, les uns sont libres ou forment des amas autour d'un noyau de cellule dont l'enveloppe s'est rompue, mais d'autres en plus ou moins grand nombre *sont inclus dans les leucocytes*, c'est là un caractère très important. On a voulu voir dans le degré de phagocytose un élément de pronostic : dans les formes sérieuses de la blennorragie, les gonocoques intracellulaires seraient peu nombreux. Contrairement aux leucocytes les cellules épithéliales de l'urèthre et du vagin ne contiennent pas de germes; en effet les groupes microbiens qui les recouvrent s'étendent plus loin que leur contour, tandis qu'ils ne font qu'effleurer celui des leucocytes sans le dépasser en dehors. La coloration simple est généralement suffisante; parfois il est cependant utile d'employer la double coloration suivant le procédé de Schultz : étaler du pus sur lame avec une épingle pour éviter la rupture des leucocytes, sécher, colorer huit à dix minutes dans une solution phéniquée à 5 p. 100 saturée à froid de bleu de méthylène, laver la préparation à l'eau, puis la plonger deux à trois secondes dans la solution suivante :

Acide acétique............	v gouttes.
Eau distillée................	20 cent. cubes.

Enfin colorer le fond à la safranine très étendue. Le gonocoque est bleu sur fond jaune.

Le *gonocoque se décolore par la méthode de Gram*, contrairement à la plupart des saprophytes que l'on trouve dans l'urèthre et qui peuvent être les agents d'uréthrites non blennorragiques.

En somme, le diagnostic différentiel du gonocoque repose sur les caractères suivants :

Diplocoque en grain de café, souvent par groupes de 4 ou 8,
Intraleucocytaire,
Se décolore par le Gram.

L'examen direct est donc généralement suffisant, et cependant quelques saprophytes de l'urèthre peuvent présenter des caractères identiques et il peut être utile de recourir aux cultures.

Cultures. — Le gonocoque ne pousse pas sur les milieux ordinaires.

L'un des meilleurs milieux est le *sérum du sang humain* solidifié à 66 ou 68 degrés en tube incliné et porté après ensemencement dans l'étuve à 36 degrés (méthode de Bumm).

Wertheim a indiqué le *sérum-agar*. Le gonocoque est ensemencé en tubes de sérum de sang humain liquide, mélangé ensuite à quantité égale de gélose liquide à 40 degrés; le tout est coulé en boîte de Pétri et porté à l'étuve. Le liquide d'ascite peut remplacer le sérum dans cette méthode.

Steinschneider emploie le mélange sérum humain-agar, additionné de bouillon et d'urine humaine stérilisée.

Turro recommande l'ensemencement en urine humaine stérilisée à l'autoclave, et pour isoler ensuite le gonocoque, il conseille le bouillon de bœuf peptoné à 0,5 p. 100 non neutralisé et additionné de gélatine à 10 p. 100 et de gélose à 3 p. 100; les germes autres que le gonocoque ne pousseraient pas sur ce dernier milieu.

On emploie ordinairement le sérum-agar et les colonies y revêtent un aspect comparable à celles du streptocoque; tout d'abord, petites gouttes de rosée, elles grossissent bientôt, deviennent humides, vernissées, de couleur gris bieuté, à contour polycyclique, au bout de quelques jours; le centre s'affaisse et elles se dessèchent.

Biologie. — Pousse bien à 36 degrés, meurt à 40 degrés ou peu au-dessus, ne pousse pas au-dessous de 20 degrés et meurt après quelques heures à 15 degrés.

Perd sa virulence par la dessiccation, par la dilution dans l'eau; les cultures sont très sensibles aux antiseptiques. La vitalité en culture est de courte durée, et il est nécessaire de repiquer tous les deux jours.

Le gonocoque sécrète des toxines encore mal connues.

Inoculations. — *Chez les animaux*, les inoculations de cultures ou de pus blennorragiques ont donné des résultats variables. Tandis que Turro produit la blennorragie chez le chien par instillation d'une goutte de culture dans l'urèthre, la grande majorité des auteurs pensent que les cultures et le pus n'agissent que s'ils contiennent d'autres germes. Heller a cependant réalisé l'ophtalmie purulente chez les jeunes lapins en déposant sur la conjonctive des cultures ou du pus.

Chez l'homme, Bockhart, Bokaï, Bumma, Finger, etc., ont fait des inoculations intra-uréthrales et ont obtenu des résultats positifs.

Pathologie humaine. — Le gonocoque se localise le plus souvent sur les voies génito-urinaires, et la blennorragie résulte de la contamination. De l'urèthre où il est habituellement localisé, il peut infecter les voies génito-urinaires

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225 et 1254.

supérieures et produire chez l'homme : la prostatite, l'orchite, la cystite, la pyélonéphrite, les abcès périuréthraux ; chez la femme : la vaginite, la métrite, la salpingite, la péritonite. La vulvovaginite des petites filles est fréquemment gonococcique. D'autres fois, la contamination est extragénitale : telle est l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Mais, comme les autres pyogènes, le gonocoque peut, partant du foyer où il était primitivement localisé, et charrié par le sang, produire des infections généralisées ou des foyers secondaires. L'arthrite blennorragique peut être suppurée, et l'épanchement ou la synoviale contenir du gonocoque ; on a aussi signalé la présence de ce microbe dans le liquide de certaines pleurésies et dans les ulcérations d'endocardite.

Mais les cas d'arthrite blennorragique dans lesquels on a pu déceler le gonocoque sont exceptionnels, d'autre part il n'est pas admis que la myélite qui peut compliquer la blennorragie, que l'albuminurie sans infection ascendante relèvent de l'infection par ce germe. Enfin, au cours d'une blennorragie, on a rencontré dans le pus de certaines arthrites, salpingites ou péritonites, des microbes autres que le gonocoque. La bactériologie nous fournit la pathogénie de ces complications qui sont dues aux toxines microbiennes et surtout aux infections secondaires. La présence du gonocoque dans l'urèthre exalte la virulence des saprophytes qui y habitent normalement, et ils deviennent les facteurs de certains accidents très graves de la blennorragie, dans lesquels le microbe spécifique ne peut être mis en cause. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Empoisonnement mortel par le permanganate de potasse. — Le docteur Box relate l'observation d'une femme de quarante-sept ans, d'habitudes intempérantes, qui, ayant fait des libations immodérées, prit une poignée de cristaux de permanganate de potasse, les jeta dans un verre de bière et avala la mixture. Presque aussitôt survinrent des vomissements, la malade devint pâle, incapable de parler, tout en conservant sa connaissance. Les lèvres et le menton étaient brun foncé, la langue tuméfiée et presque noire. L'haleine avait une forte odeur de bière. La peau était sèche, le pouls un peu rapide, mais plein. Comme la malade faisait un effort pour s'asseoir, elle fut prise d'un peu de tirage. On s'apprêta à la trachéotomiser, mais presque aussitôt elle tomba sans mouvement et cessa de respirer. A ce moment, le cœur battait faiblement, le pouls était imperceptible. La respiration artificielle provoqua un ou deux mouvements inspiratoires, puis plus rien. Un peu après, les bruits du cœur s'arrêtèrent, et la mort survint 35 minutes après l'ingestion du poison.

A l'autopsie, outre la coloration péribuccale de la peau, on trouva la langue tuméfiée, noirâtre à la pointe, acajou foncé à la base. L'épiglotte était noircie sur ses deux faces, la glotte un peu œdématiée, la muqueuse trachéale normale. L'estomac, légèrement distendu, contenait environ deux pintes d'un liquide tenant en suspension une poudre noire, insoluble, ainsi que quelques lambeaux parcheminés, débris du dernier repas. La muqueuse était recouverte d'un enduit noir, grumeleux, très adhérent. Après un grattage énergique, la muqueuse apparaissait hypérémiée, d'un rouge écarlate, montrant que l'action caustique du sel était superficielle. Un peu du dépôt noirâtre avait gagné le duodénum, sans altérer la muqueuse. Foie volumineux, d'aspect graisseux. Rate normale. Reins scléreux et un peu atrophiés, à capsule adhérente laissant voir, après décortication, une surface granuleuse. Le ventricule gauche du cœur était hypertrophié, le bord des valvules épaissi. Les poumons étaient très congestionnés, œdématiés. Enfin, on pouvait noter un peu d'atrophie de la première circonvolution frontale gauche avec, à ce niveau, une collection sous-arachnoïdienne assez considérable. (*The Lancet*, août 1899.)

A. H.

Ulcère rond et grossesse. — M. Lucien Mayet, interne des hôpitaux de Lyon, rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un ulcère de l'estomac, que viennent révéler les caractères de la douleur, des vomissements et des hématémèses que présente la malade. Cet ulcère de l'estomac a fait son apparition au cours d'une grossesse actuellement proche de son terme, fait intéressant et non signalé par les auteurs, et pourtant utile à connaître, au moins pour songer à éliminer l'ulcère rond quand se pose le diagnostic de troubles digestifs graves, au cours de la grossesse. Cet ulcère a évolué sur un terrain névropathique, peut être mal défini, en tous cas incontestable, et une part importante doit être faite à l'élément nerveux dans sa pathogénie. Et ce cas vient, très probablement, se joindre à ceux sur lesquels s'est appuyé M. Gilles de la Tourette, pour établir les rapports de l'ulcère rond avec l'hystérie. (Soc. nat. de méd. et *Prov, méd.*, 25 nov. 1899.)

E. G.

GYNÉCOLOGIE

Traitement de la dysménorrée et de la stérilité dues au rétrécissement congénital du canal cervical de l'utérus. — M. S. Kalinovsky recommande le traitement suivant qu'il a appliqué avec succès dans cent cas.

Après avoir désinfecté la vulve et le vagin, on pratique la dilatation du col avec des bougies de Hegar (n°s 1 à 5). On introduit ensuite le bistouri de Pott et on fait une incision étoilée de l'orifice interne, à une profondeur de 1 et demi à 2 millimètres ; on passe de nouveau des bougies jusqu'au n° 9 ou 10, et, s'il y a lieu, on pratique alors le curetage et l'on introduit dans la cavité utérine une mèche de gaze iodoformée, légèrement glycérinée, et on remplit le vagin de gaze. La mèche et le tampon vaginal sont enlevés au bout de deux ou trois jours, mais la malade doit garder le lit huit jours, pendant lesquels on fait deux fois par jour des injections chaudes. S'il y avait en même temps rétrécissement de l'orifice externe du col, on inciserait les commissures et on badigeonnerait les incisions avec de l'iode.

Ce traitement a donné d'excellents résultats dans tous les cas de dysménorrée douloureuse ; 20 de ces malades sont devenues enceintes ; sur ce chiffre, 14 ont accouché à terme, deux avant terme, trois ont avorté une fois et une opérée a eu trois avortements. (*Journ. russe d'obst. et de gynécol.*, 1899.)

S. B.

Les exanthèmes de la blennorragie. — M. le docteur A. Buschke, dans un travail très documenté, montre que ces exanthèmes peuvent se présenter sous les formes les plus variées. Ils n'ont pas de localisation spéciale. Cependant, on ne les aurait pas observés sur le cuir chevelu. Dans certains cas, ils prennent une grande extension et peuvent envahir les muqueuses.

L'apparition de cette complication est très rapide ; quant à son évolution, elle est irrégulière, durant d'un jour à plusieurs semaines. Ordinairement apyrétiques, ces exanthèmes s'accompagnent parfois de fièvre qu'on a attribuée aux complications multiples (endocardite, arthrite, etc.) qui peuvent s'observer en même temps.

Pour M. Buschke, ces exanthèmes seraient dus à une résorption du virus gonococcique. (*Arch. f. derm. u. Syph.*, 1899, t. XLVIII.)

E. G.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des infections pulmonaires graves par la saignée et les injections salines hypodermiques. — M. G.

Reynaud (de Marseille), dans une récente communication à la Société de thérapeutique, insiste sur la nécessité de soutenir l'organisme dans sa lutte contre le poison microbien, et de favoriser son élimination; il montre que la saignée agit mécaniquement, dans ce sens, et qu'en faisant en même temps des injections salines, on remplace le sang enlevé, on dilue les toxines, on excite le cœur, remonte la tension, favorise la diurèse.

Chez les sujets assez vigoureux il pratique d'abord une saignée de 150 à 300 grammes, suivie d'une injection souscutanée, variant entre 200 et 600 grammes d'eau salée à 7 p. 1000. Il faut souvent répéter l'injection les jours suivants.

Chez les malades adynamiques la saignée et l'injection sont pratiquées simultanément. Quand le malade est trop faible, il faut faire au préalable une injection salée de 100 centimètres cubes.

D'une façon générale chez tous les malades traités ainsi, M. Reynaud a constaté après une période réactionnelle plus ou moins intense une véritable *crise* artificielle avec abaissement brusque de la température, débâcle urinaire, sudorale et intestinale. Cette crise a souvent été définitive et les malades sont entrés en convalescence. Dans quelques cas, cette amélioration n'a été que temporaire et une nouvelle saignée a été nécessaire.

Notons que, malgré la sédation rapide des phénomènes généraux, les signes sthétoscopiques ne se sont pas modifiés aussi brusquement que semblent l'indiquer quelques observations de Bosc et Vedel. (*Bull. gén. de thér.*, 23 nov. 1899.)

E. G.

VARIÉTÉS

Le martelage de la rate.

M. Gaston Vuillier publie dans le *Tour du monde* le récit d'une excursion chez les *metzes*, c'est-à-dire les magiciens et les sorciers de la Corrèze Ceux-ci avaient encore il y a quelques années une grande réputation pour traiter les fièvres intermittentes. L'un deux, Chazal, un metze célèbre, avait la spécialité de guérir de la *rate*, comme on dit là-bas, en parlant de l'hypertrophie de cet organe occasionnée par la fièvre, l'hypertrophie du foie et même le carreau des enfants.

Laissons M. Vuillier nous raconter ce qu'il a vu : « Le spectacle qui s'offre à mes yeux est étrange. Chazal, en manches de chemise, un lourd marteau de fer à la main, se tient debout devant l'enclume. Il paraît transfiguré, ses yeux brillent; une rougeur inusitée colore son visage et ses mèches blanches flottent, lumineuses, autour de sa tête. Près de lui des femmes couvertes de grandes capes sombres, déshabillent un jeune garçon, maigre, presque exsangue, qui roule des yeux d'effroi.

Un vieillard, les bras nus, agite frénétiquement le grand soufflet qui va et vient avec rapidité, faisant un grand bruit rythmé. La forge entière est éclairée des reflets sanglants du brasier, tandis que dans l'ombre se meuvent confusément des silhouettes.

Chazal est toujours debout, immobile, grave, la main sur le marteau, ceint de rouge, illuminé par la flamme.

L'enfant est nu, très pâle. Chazal murmure quelques mots d'une voix brève; aussitôt l'enfant est étendu sur l'enclume et, tandis que sa mère le saisit par le bras, une autre femme retient ses jambes et le forgeron de sa main gauche soutient sa nuque.

Un effroyable rugissement tout à coup fait trembler les vitres, en même temps le bras de Chazal se lève et s'abaisse; le marteau frappe l'enclume avec violence. Le corps de l'enfant est tout secoué par des frissons. Sur son visage défait ses yeux terrifiés s'ouvrent et de grosses larmes coulent le long des joues de la mère. Un autre cri sauvage retentit de nouveau, le marteau tombe sur l'enclume, dont les vibrations métalliques font tressaillir un instant la forge.

Le vieillard, environné d'étincelles, active toujours le brasier qu'il attise avec la pointe incandescente d'un fer. On eût dit qu'un grand vent de tempête passait et repassait sur nos têtes; c'était le bruit infernal du soufflet. Chazal pousse un troisième rugissement plus effroyable encore.

Cette fois le marteau retombant s'arrête net au-dessus du ventre du malade, puis doucement il vient frôler l'épiderme.

Aussitôt le soufflet infernal se tait, le brasier recouvert de mâchefer s'éteint.

L'enfant épouvanté, est habillé à la hâte et emporté par les femmes. Le vieillard a disparu. Chazal remet sa veste et s'en va. Stupéfait, je reste cloué sur place.

J'ai de la peine à me ressaisir.

La scène inouïe, fantastique, à laquelle je viens d'assister m'a troublé au plus profond de mon être. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Grave incident au concours de l'Internat. — Un grave incident, que nous annonçons d'ailleurs sous toutes réserves, aucune communication officielle ne nous étant parvenue à ce sujet, s'est produit la nuit dernière à l'hôpital Beaujon. Des malfaiteurs se sont introduits avec effraction dans le cabinet du directeur, où sont déposées chaque soir les boîtes scellées qui contiennent les copies, et ils ont détruit la plus grande partie de celles-ci, en les inondant d'acide sulfurique.

Le concours se trouvant ainsi faussé, il est très vraisemblable qu'on va être obligé de tout recommencer.

Pauvres juges! Pauvres candidats!

Concours de l'internat. — *Anatomie* (séance du 27 novembre): MM. Darcanne, 12; — Baumgartner, 11; — Froin et Laurens, 9; — Da Silva, 5; — Gottschalk, 4; — Darré, 3; — Mallet, 2.

Pathologie (séance du 28 novembre) : MM. Courtellemont et Guillaume (Louis), 13; — Dionis du Séjour, 12; — Jamet (Julien), 11; — Beaujard, 10; — Thiollier, 9; — Mircouche, 8; — Duc-Dodon, 2.

Distinctions honorifiques. — Le docteur L.-Henri Petit, secrétaire général de l'Œuvre de la tuberculose, vient de recevoir la décoration de l'ordre de François-Joseph, pour services rendus à l'organisation de la lutte contre la tuberculose en Autriche-Hongrie.

A la Chambre. — M. Gervais, député de la Seine, se propose de poser une question à M. le ministre de l'Intérieur, sur l'absence absolue de contrôle et de surveillance des maisons hospitalières et de santé, tant laïques que religieuses.

Cette question est motivée par les incidents qui se sont produits récemment dans un établissement de la banlieue de Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henry Frémy, chevalier de la Légion d'honneur, fils de l'ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tableaux synoptiques d'anatomie descriptive à l'usage des étudiants et des praticiens, par le docteur Boutigny. Tome I, comprenant les « Os, Articulations, Muscles et Aponévroses. Cœur, Artères, Veines, Vaisseaux et Ganglions lymphatiques, etc. » Un vol. gr. in-8° de 200 p., cart (collection Villeroy). — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 137. — SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1899. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE....... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Le cambriolage de l'hôpital Beaujon, que nous annoncions dans notre dernier numéro, soulève une légitime indignation dans le monde médical.

L'enquête judiciaire ouverte a donné les résultats suivants :

Le cabinet de M. Juramie, directeur de l'hôpital, chez lequel étaient déposées les copies de l'Internat, est situé à droite dans la cour d'entrée. Il ouvre, d'une part, sur la salle d'admission où couche un veilleur ; d'autre part, sur un couloir très mal éclairé, qui conduit à des salles de malades.

C'est par ce couloir que les malfaiteurs se sont introduits chez le directeur. Au moyen d'un thermocautère, ils ont détaché un panneau de porte de 40 centimètres sur 60, ouverture suffisante pour laisser passer un homme de petite taille.

Les trois boîtes contenant les copies étaient déposées dans un des coins du cabinet. Après avoir enlevé les scellés et tenté inutilement d'ouvrir les boîtes, les malfaiteurs, à l'aide de vrilles, ont perforé les couvercles et versé par les trous une certaine quantité d'acide azotique. Ils se sont ensuite retirés en abandonnant leurs outils et une lanterne sourde.

Un grand nombre de copies ayant été détruites, le concours est suspendu jusqu'à nouvel ordre, et la question se pose maintenant de savoir dans quelles conditions le concours devra être recommencé.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient de se réunir pour prendre une décision à ce sujet. Décision difficile à prendre, tant d'intérêts légitimes étant en jeu.

Faculté de Paris. — Ce matin, la permutation de MM. les professeurs Berger et Terrier s'est effectuée.

Nominations. — Par arrêté préfectoral, M. le docteur Fourrier est nommé médecin-inspecteur des écoles du VIe arrondissement (3e circonscription), en remplacement de M. le docteur Piéchaud, décédé.

M. le docteur Bouty a été élu conseiller général du canton de Nant (Aveyron).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lhomme, médecin aide-major à Pau ; Carlos Valdès (de Luchon) ; Jegun (de Gondrin) ; Louis Vaslin (d'Angers).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 47e semaine 886 décès, moyenne ordinaire de la saison (856).

La fièvre typhoïde a causé 12 décès (au lieu de 18 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en très notable décroissance (65 cas nouveaux au lieu de 84 pendant la semaine précédente et au lieu d'une centaine pendant les semaines antérieures).

La rougeole n'a causé que 2 décès (moyenne 5) ; la scarlatine, (3 décès) et la coqueluche (2) présentent des chiffres voisins de la moyenne. La diphtérie n'a causé que 3 décès (la moyenne des cinq dernières années est 6). Il n'y a pas eu un seul décès par variole depuis cinq mois.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement médicamenteux de la phtisie pulmonaire.

REVUE GÉNÉRALE

Les cancers du duodénum.

Par M. Nattan-Larrier,
Interne des hôpitaux de Paris.

Si l'on étudie les statistiques, les cancers du duodénum semblent rares. Lebert en signale deux cas parmi vingt-deux cancers intestinaux. Fleur donne un relevé de quatre cas sur vingt et un et Haussman de quatre sur deux cent cinquante. Mais Trevers et Kohler rencontrent, au contraire, cette localisation du cancer dans un quart au moins de leurs observations. Le cancer secondaire du duodénum paraît d'ailleurs plus fréquent que le cancer primitif, mais celui-ci seul possède une symptomatologie assez nette pour pouvoir être envisagée comme une entité morbide.

Aussi, les cancers du duodénum ont-ils été, en ces dernières années, l'objet d'une série de travaux d'ensemble parmi lesquels nous citerons les mémoires de Pic et Whitties, les thèses de Busson, de Vincent-Georges et de Heulin. Peu à peu, la question prenait donc l'aspect sous lequel elle se présente aujourd'hui.

I

Division. — Après les remarquables observations de MM. Hanot, R. Durand-Fardel, Rendu, les cancers du duodénum se subdivisaient en deux groupes, les uns dits *cancers de l'ampoule de Vater* que l'on avait tendance à rapprocher des cancers du pancréas ou des voies biliaires; les autres *cancers du duodénum proprement dits*, qui rentraient en partie dans la description des cancers du pylore ou du jéjunum.

Dans les descriptions méthodiques, les cancers du duodénum ont été cependant diversement groupés par les auteurs. Pic en distingue trois formes : forme sus-vatérienne ou cancer parapylorique, forme sous-vatérienne ou préjéjunale, et enfin, forme péri-ampullaire. Mais ce dernier groupe désignait en réalité les cancers intéressant la totalité du duodénum tandis que le cancer de la région vatérienne n'était pas décrit. Busson n'admet plus qu'un cancer sus-vatérien et un cancer sous-vatérien. Pour nous, nous croyons devoir réunir ici la description de ces diverses variétés. Les opposant tout d'abord les unes aux autres, nous montrerons qu'elles sont reliées entre elles par des transitions insensibles. Nous allons donc décrire trois types :

1° Le *cancer juxtapylorique;*
2° Le *cancer périvatérien;*
3° Le *cancer préjéjunal.*

Ce groupement est assurément artificiel; il a pourtant l'avantage de montrer que les tumeurs du duodénum empruntent leur symptomatologie à la région au voisinage de laquelle ils se trouvent. Presque toujours circulaires et oblitérants, ils se comporteront comme un rétrécissement du pylore, du jéjunum ou du cholédoque.

Il semble difficile d'établir la fréquence relative de ces diverses variétés. Si l'on s'en tient aux 17 observations de Busson, on trouve 9 cancers juxtapyloriques, 2 de la portion ascendante, 2 de la totalité du duodénum. Les cas de cancer périvatérien sont au nombre de quinze. Mais d'une pareille statistique on ne saurait tirer aucune conclusion, car les faits que l'on rencontre le plus souvent sont aussi ceux que l'on publie le moins volontiers : il semble pourtant que plus on s'éloigne de l'estomac, plus les cancers du duodénum deviennent rares.

II

Symptômes. — Nous étudierons successivement les signes cliniques dans chacune des formes que nous avons signalées.

A. Type juxtapylorique. — Les principaux symptômes de cette variété rappellent le cancer du pylore. La présence d'une tumeur au niveau de la première portion du duodénum doit, en effet, entraver la circulation des aliments; la dilatation de l'estomac, l'ondulation épigastrique, la constipation en doivent être les conséquences. Mais on peut comprendre en même temps que la tumeur doit être moins souvent constatée que dans le cancer de l'estomac, en raison de la position anatomique de l'organe atteint. On prévoit de même que les signes de dyspepsie seront, sinon absents, du moins très atténués, enfin les hématémèses qui tiennent une telle place dans le cancer de l'estomac, ne se rencontreront pas aussi souvent dans le cancer juxtapylorique.

Début. — Le début de l'affection est, en général, assez obscur : la période dyspeptique du cancer de l'estomac ne se rencontre guère dans le cancer du duodénum. Les signes digestifs se montrent, il est vrai, dans la plupart des observations; mais ils ne constituent pas des symptômes précoces.

Dans l'observation de Guéneau de Mussy, c'est deux mois après l'apparition de l'œdème cachectique des membres inférieurs que l'on observa de l'anorexie, des nausées, des vomissements. Dans le cas de Cayla, c'est deux mois et demi avant la mort que les vomissements sont signalés. Parfois même ces symptômes sont à la fois tardifs et passagers et leur durée n'excède pas quelques jours. Dans les observations de Bard, de Whitties, on a signalé, au contraire, l'existence d'accidents dyspeptiques : pesanteur, douleur vague, ayant précédé d'un an environ le début de la maladie. On doit donc en conclure que les troubles dyspeptiques ne jouent qu'un rôle restreint dans l'histoire du cancer juxtapylorique. Lorsque les vomissements se montrent, la perte des forces et l'amaigrissement existent déjà. Dès cette époque, une palpation attentive ferait sans doute déjà reconnaître l'existence de la tumeur et la dilatation permanente de l'estomac. Il est des cas pourtant où le malade peut avoir un passé gastrique : c'est lorsque le néoplasme s'est développé sur un ancien ulcère duodénal. Mais l'existence des signes de cette affection peut égarer le diagnostic et, après avoir confondu l'ulcère du duodénum avec celui de l'estomac, on pensera au cancer de l'estomac plutôt qu'au néoplasme du duodénum.

On doit dire ici ce qu'il faudrait peut-être répéter pour tous les cancers du duodénum :

La maladie ne se révèle que lorsque les signes fonctionnels, conséquence du rétrécissement, se sont enfin montrés. Aussi la période latente est-elle fort longue. Les premiers symptômes qui attirent l'attention sont souvent les signes de cachexie ou de généralisation cancéreuse.

Période d'état. — Elle est surtout caractérisée par l'existence de la tumeur et de la stase gastrique.

Tumeur. — La tumeur n'est point constante, elle ne se rencontre que dans la moitié des cas; mais, à moins qu'elle ne présente un volume considérable, elle est toujours difficilement accessible. Dans les cas les plus nets, elle est située

à droite de la ligne médiane, à égale distance des fausses côtes et de l'ombilic. Oblique en bas et à gauche, légèrement bosselée, elle semble parfois se continuer avec le foie lui-même. Dans quelques cas, on trouva une masse énorme remplissant le tiers supérieur de l'abdomen, de telle sorte qu'il était difficile d'en faire le diagnostic. Parfois, au contraire, la palpation profonde révèle seule l'existence d'une tumeur, distincte du foie et de l'estomac, mais intimement accolée à la colonne vertébrale. Ainsi la tumeur, lorsqu'elle est perceptible, n'est nullement caractéristique, ni par son volume ni par son siège.

Signes gastriques. — Parmi ces symptômes, il en est qui ne présentent rien de spécial au cancer du duodénum : c'est l'anorexie qui, suivant certains auteurs, serait moins nette que dans le cancer de l'estomac. C'est le dégoût pour la viande, plus rare encore ; quant aux autres symptômes, s'ils sont plus caractéristiques, ils ressemblent du moins singulièrement aux signes de la sténose pylorique. L'abdomen, déprimé dans son ensemble, laisse voir une voussure correspondant à la dilatation permanente de l'estomac. Cette voussure, mal délimitée à la région supérieure, se termine au niveau de l'ombilic, ou même à deux ou trois travers de doigt plus bas, par un bord arrondi, à convexité dirigée vers le pubis. Par moment, surtout après l'ingestion des liquides, on voit se produire à ce niveau des ondulations qui se dirigent surtout de gauche à droite, tandis que la grande courbure de l'estomac se dessine peu à peu. La palpation suffit à réveiller ces contractions.

La succussion hippocratique, pratiquée au niveau de l'abdomen, lorsque le malade est couché, fait constater l'existence d'un bruit de flot très net; on provoque le même signe en déprimant brusquement la paroi, au-dessus de la grande courbure.

C'est le matin, à jeun, qu'il faudra pratiquer cet examen, on reconnaîtra ainsi qu'il existe une dilatation permanente de l'estomac, et une stase gastrique en relation avec l'existence d'un obstacle matériel qui s'oppose à l'évacuation de l'estomac. On peut, d'ailleurs, s'en assurer en pratiquant l'évacuation du contenu de l'estomac par un lavage.

L'examen de la voussure épigastrique a encore fourni d'importants renseignements : sonore en tous ses points, elle ne révèle aucune tumeur à l'examen le plus attentif. Le plus souvent il n'existe aucune douleur à la palpation de la grande courbure de l'estomac, parfois on éveille seulement une légère sensibilité à ce niveau. L'exploration de la région pylorique reste également muette. Mais dans quelques cas (Guéneau de Mussy), il existe une douleur spontanée et provoquée au niveau de l'hypocondre droit ; l'existence de cette douleur, jointe à la constatation d'une tumeur et d'une stase gastrique permanente, possède alors une réelle valeur.

La douleur spontanée, souvent passagère, parfois continue, n'est jamais aussi nette et aussi intense que dans le cancer de l'estomac. Parfois, elle atteint son maximum une ou deux heures après l'ingestion des aliments, plus souvent elle coïncide avec les spasmes de la musculature gastrique, c'est ainsi qu'elle se montre souvent, au moment même des vomissements, pour disparaître après eux. Dans quelques cas rares, la douleur se localise à la région profonde de l'abdomen et irradie nettement dans le dos (Rolleston).

Les vomissements complètent le syndrome du rétrécissement pylorique ou sous-pylorique. Parfois même, ce sont eux qui attirent tout d'abord l'attention. Dans les cas les plus typiques, les vomissements sont tardifs et surviennent une fois par jour ou tous les deux jours seulement. L'abondance de ces vomissements en constitue un caractère important : on y trouve souvent des aliments ingérés, un ou deux jours auparavant ; ils renferment rarement de la bile ou du sang. Théoriquement, on a voulu trouver dans l'aspect de ces vomissements, la trace des stades que traverse l'évolution morbide tout entière. Busson a dit, qu'au début, ils étaient peu douloureux et survenaient une demi-heure ou une heure après le repas, puis ils deviendraient plus douloureux et apparaîtraient après l'ingestion de tout aliment liquide ou solide. Enfin, lorsque la tumeur oblitère complètement le duodénum, ils affecteraient le type que nous décrirons tout d'abord. A la période terminale, ils disparaîtraient alors que la tumeur est ulcérée.

L'état de l'intestin a fait l'objet d'une description analogue ; pendant une première période, qui comprendrait presque toute l'évolution de la maladie, on trouverait une constipation opiniâtre, puis, lorsque la tumeur s'ulcérerait, on verrait apparaître une diarrhée abondante.

Marche. — Si aucun symptôme de la maladie ne lui est propre, la marche en est du moins plus caractéristique. Ici, on ne trouve plus cette longue période de début, si fréquemment constatée dans le cancer de l'estomac. Le plus souvent il n'y a pas de période dyspeptique prémonitoire ; un malade s'affaiblit, maigrit, perd l'appétit, son teint est déjà jaune paille, alors qu'aucun signe physique n'attire encore l'attention sur ses voies digestives.

Les douleurs sont encore légères, lorsque les vomissements se montrent, lorsque le complexus symptomatologique du rétrécissement sous-pylorique se constitue en quelques jours.

La mort, a-t-on dit, survient au bout de trois à six mois. C'est là une durée qu'il est bien difficile d'admettre ; nous avons vu que le cancer juxtapylorique restait longtemps latent ; s'il semble évoluer avec une extrême rapidité, c'est qu'on n'en reconnaît l'existence qu'à la période de cachexie. Quand la tumeur est déjà pleinement développée, la terminaison ne présente rien de caractéristique, le malade meurt anémié et cachectique, après une période de coma plus ou moins prolongée.

B. Type périvatérien (*cancer de l'ampoule de Vater*). — Si le cancer juxtapylorique montrait un cancer du duodénum caractérisé par la plupart des signes d'un néoplasme du pylore, le cancer périvatérien présente au contraire l'aspect d'un cancer intestinal accompagné de tous les signes d'une affection des voies biliaires. C'est ce que révèlent les observations qui ont été publiées sous le titre de *cancers de l'ampoule de Vater*.

C'est donc sur ces faits que nous baserons tout d'abord notre description.

Début. — Le mode de début du cancer de l'ampoule de Vater est assez variable ; mais, en tous cas, les troubles digestifs n'appartiennent pas à cette période, au tableau symptomatique de l'affection. L'ictère même n'en est pas toujours le premier symptôme. Il existe, en effet, souvent une période prodromique où, alors que le cancer existe déjà, l'obstruction des voies biliaires n'est pas encore constituée. Dans un cas (Hanot), le malade avait subi une longue période d'amaigrissement avant que l'ictère n'apparût ; dans un autre cas (Hanot), il exista tout d'abord des signes assez vagues d'affection hépatique, sensation de pesanteur dans

l'hypocondre droit, ballonnement du ventre, puis survint une crise de coliques hépatiques, non accompagnée d'ictère, mais avec urines foncées et matières peu colorées, ces signes avaient rétrocédé lorsque l'ictère se constitua enfin. Dans un seul cas (Sydney Coupland), il exista des symptômes digestifs assez vagues, tels que vomissements, flatulence, cinq jours avant l'apparition de l'ictère.

Le début du cancer de l'ampoule de Vater est donc le plus souvent latent, l'ictère en constitue en général le premier signe, rien n'annonce la nature même de la maladie avant que l'obstruction des voies biliaires ne soit complète.

Le mode d'apparition de l'*ictère* varie suivant les cas : tantôt le début est brusque, le malade se réveille un jour avec la jaunisse (R. Durand-Fardel), tantôt on voit se produire le tableau caractéristique de l'ictère catarrhal (Rendu), parfois le début se fait graduellement (Hanot).

Lorsque cet ictère s'est enfin établi, il peut encore, au début, présenter quelques traits spéciaux, on a surtout insisté sur son intermittence. Quelquefois, il s'agit d'une simple atténuation passagère ; la coloration du teint s'éclaircit, mais les matières ne reprennent pas leur aspect normal ; on a signalé des faits plus caractéristiques, dans un cas de Rendu, l'ictère se constitua à trois ou quatre reprises, et disparut au bout de deux à trois semaines, avant de s'établir définitivement.

Cet ictère intermittent, avec amaigrissement rapide, mais sans fièvre ni douleur, peut faciliter le diagnostic précoce de la maladie, mais on doit reconnaître que ce symptôme est loin d'être constant.

A cette période, l'exploration du foie et de la vésicule n'apprenant encore rien, l'augmentation de volume du foie et la distension de la vésicule ne se montrent que lorsque la rétention biliaire est nettement et difficilement établie, c'est-à-dire six à sept semaines après le début de l'ictère.

Période d'état. — Tous les signes fonctionnels sont ceux d'un ictère par rétention ; le volume du foie et la distension de la vésicule biliaire indiquent que l'on se trouve en face d'une affection consécutive à la compression du cholédoque, au niveau même de son abouchement.

Ictère. — Sur vingt-cinq cas, l'ictère n'a manqué que deux fois (Durand-Fardel, Courmont). Cet ictère est le plus souvent caractérisé par une teinte très foncée des téguments, les urines donnent la réaction de Gmelin, les matières sont décolorées ; Vincent-Georges a pourtant nié la constance de ce dernier fait.

L'apyrexie est la règle et, le plus souvent, l'ictère évolue sans aucune poussée thermique. Telle est, du moins, la règle au début de la maladie. Pourtant, dans une des observations de Hanot, dès le début, de petites élévations de température coïncidèrent avec une accentuation de l'ictère. Vers la fin de la maladie, il n'est pas très rare, au contraire, d'observer de la fièvre, mais il s'agit d'un symptôme terminal qui précède de peu la mort (cinq semaines, Thomas ; trois semaines, R. Durand-Fardel).

Ces élévations de la température sont, le plus souvent, en relation avec l'infection des voies biliaires ; aussi la fièvre revêt-elle les signes de celle que l'on observe dans l'angiocolite ; tantôt c'est la forme atténuée, avec petites oscillations entre 37 et 38°5 ; tantôt, c'est le type pseudo-intermittent, avec frisson et sueur. Dans quelques cas, l'infection peut s'accentuer encore plus et on peut voir survenir des complications pleurales et péricardiques (Durand-Fardel).

Les symptômes digestifs ne figurent pas au premier plan dans l'histoire du cancer de l'ampoule de Vater, mais ils y tiennent un rang incontestable. Les vomissements, suivant Vincent-Georges, constituent parfois un symptôme du début ; quelquefois, au contraire, ils se montrent à la fin de la maladie ; en général, ils apparaissent d'une manière irrégulière au cours de l'affection. La diarrhée est un symptôme, inconstant il est vrai, mais plus fréquent et plus caractéristique ; tantôt elle est précoce et commence plusieurs mois avant la mort, tantôt elle est tardive et précède de peu la fin de la maladie ; son aspect est toujours le même ; selles très nombreuses, argileuses et fétides, dont aucun agent thérapeutique ne peut arrêter la reproduction.

Les symptômes douloureux sont rares dans le cancer de l'ampoule, et ce signe négatif possède une importance considérable. Pourtant, si les douleurs vives sont peu fréquentes, si jamais elles ne revêtent une apparence qui puisse en rien rappeler la colique hépatique, on ne doit pourtant pas admettre que les symptômes douloureux soient toujours étrangers à l'histoire du cancer de l'ampoule de Vater. La douleur spontanée a été mentionnée quatre fois ; mais on ne peut tirer qu'un faible parti de ces cas ; car, dans l'un, la douleur assez vive, siégeant dans l'hypocondre droit, ne se montra que le jour même de la mort (Hanot), et, dans un autre, la douleur survint dans les trois derniers jours et fut attribuée à une poussée de péritonite. Peut-être, d'ailleurs, la douleur peut-elle être facilement expliquée par l'angiocolite ; car, terminale dans la plupart des cas, elle ne semble pas exister en l'absence de cette complication.

Rétention biliaire, souvent graduelle, presque constamment apyrétique et indolore, tels sont les caractères fondamentaux du cancer de l'ampoule.

Le néoplasme intestinal ne se révèle pas, en général, à la palpation. Ce caractère est constant dans tous les cas où le cancer reste strictement limité à l'ampoule de Vater. L'examen de l'abdomen ne montre donc que les modifications qui se sont produites du côté du foie et des voies biliaires.

La *distension de la vésicule biliaire* est, en général, aisément perçue. Dans trois cas seulement elle échappe à l'examen (Rendu, Coupland, Mac-Neal) ; dans une seule observation (Hanot) la vésicule n'était pas volumineuse. Le plus souvent la vésicule se montre comme une tumeur rénitente, du volume du poing, lisse à sa surface, débordant le bord inférieur du foie et se dirigeant obliquement vers la ligne médiane. Le bord droit, régulier et net se laisse facilement délimiter. Le fond de la vésicule forme une surface arrondie. La résistance de la paroi peut gêner la palpation, il en est de même de l'*augmentation du volume du foie*. Dans tous les cas, en effet, le foie a été trouvé considérablement augmenté de volume. Le bord inférieur mince, tranchant, mais rarement dur, peut descendre jusque à trois travers de doigt de la crête iliaque, de telle sorte que l'organe présente une matité de 23 à 28 centimètres. La surface de l'organe est légèrement résistante, mais n'acquiert guère la dureté que l'on constate dans la cirrhose biliaire ; elle est lisse et noire et pourtant, dans un cas de Hanot, on percevait aisément une saillie marronnée qui était en relation avec une greffe secondaire du néoplasme. La tuméfaction splénique a été notée dans plus de la moitié des cas ; mais la rate n'atteint jamais un volume très considérable, elle ne dépasse guère les fausses côtes et son bord inférieur n'est pas perceptible.

Marche et complications. — L'étude des observations montre

que la maladie présente toujours trois périodes bien distinctes. Au début rien ne signale l'existence du cancer qui s'annonce seulement par un stade d'amaigrissement, puis survient la période de rétention biliaire, enfin la maladie se termine soit au moment où se montrent les symptômes intestinaux, soit lorsque apparaît l'infection biliaire, soit lorsque se produit la toxhémie consécutive à l'insuffisance fonctionnelle du foie.

L'étude de la période latente est assez difficile. Sur 9 observations incontestables, trois seulement en rapportent les détails. Cette phase est surtout caractérisée par l'amaigrissement, la perte des forces, la diminution de l'appétit; à ces signes peuvent encore se joindre la pesanteur dans l'hypocondre droit et l'ictère intermittent. La durée maxima de cette période paraît avoir été de deux ans; on a également signalé des durées de neuf et cinq mois.

L'apparition de l'ictère précède la mort d'un temps plus ou moins long. La survie la plus considérable a été de treize mois, la plus courte de deux mois; la durée habituelle est de cinq à six mois. C'est pendant cette période que l'amaigrissement, la perte des forces et la cachexie s'accentuent. La mort, le plus souvent, résulte cependant d'une complication.

L'angiocolite est survenue dans plus de la moitié des cas et son apparition a fréquemment été précoce, moins de deux mois après le début de l'ictère. L'infection peut d'ailleurs s'étendre au delà des voies biliaires, elle peut atteindre la plèvre et le péricarde (Durand-Fardel) ou le péritoine après perforation de la vésicule (Finlayson).

Lorsque la mort est la conséquence de l'insuffisance hépatique, elle survient après une période de une à deux semaines, pendant laquelle on constate de la somnolence, un délire calme, une céphalée persistante; il existe de la dyspnée, le pouls et la température sont souvent au-dessous de la normale, les narines sont pulvérulentes, la langue sèche et rôtie.

Parfois c'est l'apparition de symptômes intestinaux graves qui entraîne la mort du malade, une diarrhée d'une extrême intensité contribue à l'affaiblir et cet état est encore compliqué par des hémorragies intestinales souvent peu importantes, mais parfois assez abondantes pour avoir pu être considérées comme la cause déterminante de la mort.

C. Type préjéjunal. — Cette dernière forme ne mérite guère de retenir longtemps l'attention. Elle se rapproche par ses symptômes du cancer juxta-pylorique, elle s'en distingue par l'existence de signes intestinaux mieux marqués et par la nature même des vomissements.

Les signes de la maladie peuvent donc se grouper en trois chapitres bien nets : 1° les *symptômes* gastriques indiquent un obstacle permanent au passage des aliments au delà de la portion gastrique des voies digestives; 2° les *signes* intestinaux traduisent un rétrécissement haut situé dans l'intestin; 3° les *vomissements* montrent que les voies biliaires ne sont pas isolées de l'estomac.

La stase gastrique se traduit par les symptômes habituels : la partie supérieure de la région épigastrique est ballonnée, la grande courbure de l'estomac est abaissée : on remarque à ce niveau des ondes péristaltiques, la succussion et la percussion de l'estomac permettent d'y constater l'existence de liquide le matin à jeun. L'examen du suc gastrique fournit des renseignements intéressants. « Riegel a attiré l'attention sur l'altération du chimisme stomacal dans ces cas, dit Rosenheim, il trouva une modification considérable dans la teneur de l'acide chlorhydrique et dans le pouvoir digestif de la sécrétion stomacale : tantôt il y avait de l'acide chlorhydrique libre, tantôt cet acide ne pouvait être décelé, fait qui résultait, dit-il, du mélange temporaire de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, lesquels, en se déversant dans l'estomac, neutralisaient l'acide chlorhydrique et, ainsi, suspendaient la fonction peptique. En même temps Riegel fit encore une observation importante, à savoir que de semblables malades, malgré un lavage complet de l'estomac le soir, pouvaient avoir des vomissements abondants la nuit sans avoir repris de nourriture, ce qu'on ne peut guère expliquer que de la façon suivante : au-dessus de la sténose dans la partie élargie du duodénum, le chyme s'amasse, remonte de là dans l'estomac, puis est rejeté au dehors. »

Les vomissements sont constamment indiqués dans toutes les observations. Mais leur apparition est souvent tardive. C'est ainsi qu'ils peuvent ne se montrer que deux mois ou un mois seulement avant la mort; parfois, ils sont précédés d'une première période où les digestions sont lentes, difficiles, où le malade se plaint d'avoir des indigestions. Enfin, les vomissements prennent l'aspect qu'il vont conserver pendant toute la durée de la maladie. Leur caractère principal est dû à la présence pour ainsi dire constante de la bile dans les aliments qui sont rejetés. Sans doute, tout vomissement qui nécessite l'effort peut être accompagné du rejet d'une certaine quantité de bile; mais ce caractère reste alors subordonné à la façon dont s'est produit le vomissement. *Le vomissement bilieux est au contraire continuel et constant* dans le cancer préjéjunal. Après Chomel, Boas, Rosenheim et Pic ont insisté sur ce point. Boas même fait de ces vomissements le trait caractéristique des cancers de la région, il remarque également, il est vrai, la présence du suc pancréatique dans les vomissements. Ces constatations jointes à la pauvreté des produits de fermentation de l'estomac, à l'absence de sarcines dans le liquide gastrique, caractériseraient la sténose de la portion terminale du duodénum. Au contraire, la dilatation de l'estomac n'aurait pour Boas qu'une valeur médiocre, car, si elle peut venir se joindre au syndrome, elle n'en constituerait pas, du moins, un élément constant. Quoi qu'il en soit, les vomissements tiennent une place importante dans l'histoire de la maladie. Ils peuvent suivre de près l'ingestion des aliments, mais ils surviennent parfois quelques heures après le repas; ils deviennent d'autant plus fréquents que la maladie avance davantage dans son évolution. Ils contiennent parfois du sang et peuvent prendre l'aspect du marc de café, mais alors encore on y retrouve une quantité de bile considérable. Dans certains cas, les vomissements bilieux et incoercibles, la constipation, le ballonnement partiel du ventre, peuvent former un tableau tel, que l'idée d'une obstruction intestinale se présente à l'esprit de l'observateur.

La *constipation* forme en effet le troisième symptôme de l'affection. Quoique la diarrhée ait été quelquefois signalée, elle ne s'est jamais présentée que d'une façon passagère et ne mérite pas d'être retenue. Le plus souvent il s'agit d'une constipation opiniâtre, parfois même à une période avancée, la constipation peut devenir absolue. C'est ainsi que le malade de Chomel, à son entrée à l'hôpital, racontait qu'il n'avait pas été à la selle depuis vingt-cinq jours. On a, d'autre part, admis que les matières fécales pouvaient être décolorées dans le cancer préjéjunal. Mais si on imagine

facilement *a priori* que le rétrécissement puisse être assez serré pour amener ce symptôme, on doit du moins reconnaître qu'il est d'une extrême rareté.

Peu de signes viennent se joindre à ceux que nous avons signalés. La région profonde où siège le cancer, son extension modérée, la distension de l'estomac font comprendre que la tumeur soit rarement appréciable. Dans un cas pourtant (Moore), une tumeur était perceptible sous forme d'une masse ovoïde siégeant à la région épigastrique, mais il s'agissait d'un lymphosarcome qui s'était largement développé au niveau du mésentère.

L'absence de toute tumeur appréciable, l'atténuation des symptômes douloureux qui consistent en une simple pesanteur ou en une sensation de brûlure légère, expliquent l'étrange évolution de la maladie. Son début paraît brusque, sa marche extrêmement rapide. Dans l'observation de Descroizilles les premiers signes ne se montrent que quinze jours avant la mort. Pourtant les symptômes digestifs peuvent devancer de plus loin les signes de la maladie confirmée : c'est deux mois avant la mort que l'obstruction intestinale apparaît (Chomel); les nausées, les indigestions précèdent d'un an l'apparition des vomissements bilieux dans le cas de Whitties. Dans quelques observations, l'anorexie a été précoce. Mais à dire vrai la maladie n'est en général pas soupçonnée avant l'apparition des signes d'obstruction gastro-intestinale; elle évolue dès qu'ils apparaissent avec une extrême rapidité; en quelques semaines ou en quelques mois, le malade succombe sans avoir traversé la longue période cachectique des cancéreux ordinaires.

D. Formes de transition. — Une division des cancers du duodénum en trois types aussi nets ne va pas sans quelque exagération. Le cancer du duodénum n'est même pas toujours, par ses symptômes, isolable du cancer de l'estomac : ces formes gastro-intestinales paraissent surtout fréquentes dans les cancers en nappes de l'estomac.

Le cancer de l'ampoule de Vater peut être lui-même considéré comme une entité schématique. A côté de quelques cas où le cancer se limitait à l'ampoule, on trouve des observations plus nombreuses où la lésion s'étendait soit vers le pylore, soit vers le duodénum : ce sont les *cancers péri-ampullaires* de Pic. Encore doit-on, après avoir lu les observations de cet auteur, se demander s'il ne désigne pas ainsi les cas où le processus cancéreux s'étend au duodénum tout entier. Dans ces observations, la symptomatologie tout entière des tumeurs du duodénum se trouve pour ainsi dire condensée.

Pendant une période qui précède d'un an et plus l'apparition de la maladie confirmée, il existe une dépression graduelle des forces et un amaigrissement progressif. Puis, viennent les vomissements; à peu près constants, ils ne sont guère caractéristiques : tantôt ils suivent immédiatement le repas, tantôt ils en sont séparés par un long intervalle. Dans cette période, les hématémèses et les melœna, si rares dans certaines formes de cancer du duodénum, peuvent donner à la maladie une physionomie qui rappelle celle d'un cancer de l'estomac où les douleurs seraient médiocres et la tumeur difficilement perceptible.

La tumeur, parfois perceptible par un palper attentif, est directement située en arrière de la région ombilicale, elle est médiane et semble intimement adhérente à la colonne vertébrale.

Dans une période ultérieure, on peut voir apparaître les signes de rétrécissement. Les douleurs profondes avec irradiation dorsale, une tumeur profonde et médiane, une dilatation gastrique avec stase et persistance de l'acide chlorhydrique, des vomissements volumineux, un amaigrissement très marqué sans anorexie absolue : tels sont les signes du cancer duodénal à cette période. Mais les vomissements bilieux sont rares et n'affectent jamais le type que l'on rencontre dans les cancers préjujunaux. La constipation médiocre ne prend pas l'apparence de l'obstruction intestinale; mais les généralisations secondaires sont plus fréquentes que dans les autres types de cancer du duodénum.

Le cancer total du duodénum se complique assez rarement d'ictère. Le tableau est alors celui d'un ictère chronique par rétention avec douleur lombaire, tumeur profonde et médiane, vomissements alimentaires et souvent hématémèses.

Il convient encore de faire une place spéciale aux observations dans lesquelles un cancer de la région vatérienne n'amène pas l'ictère. MM. Lannois et Courmont en ont cité un exemple. (*A suivre.*)

MÉDICATIONS NOUVELLES

La médication cacodylique.

Quelques mois à peine se sont écoulés depuis les retentissantes communications des professeurs Renaut et Armand Gautier à l'Académie, de M. Danlos à la Société médicale des hôpitaux, et il semble que les indications thérapeutiques du cacodylate de soude, loin de se restreindre, se soient au contraire précisées davantage.

Rappelons brièvement que l'acide cacodylique, dont à diverses reprises nous avons eu l'occasion d'entretenir nos lecteurs (1), contient 54,3 p. 100 d'arsenic. Mais, chose capitale, l'arsenic y existe sous une forme latente organique, *ce qui lui enlève toutes les propriétés vénéneuses, caustiques et nécrosantes des autres préparations arsenicales* (A. Gautier).

C'est grâce à ces propriétés que M. Danlos a pu, depuis cinq ans, en donner 0g80 centigrammes par jour, pendant des semaines, et 0g30 centigrammes par jour, pendant deux ans, sans observer d'intolérance. Le professeur Rille (de Vienne) a pu aller aux doses énormes de 1g6, en injections hypodermiques, pendant plusieurs jours.

Après une longue période d'essai, la communication de M. le professeur Renaut (de Lyon), à l'Académie de médecine, le 30 mai 1899, a montré les effets extraordinaires que l'on peut obtenir par les injections rectales et hypodermiques de cacodylate de soude dans des dyscrasies consomptives, tuberculose, diabète, maladie de Basedow, cancer de l'estomac, leucocythémie splénique.

Dans la séance suivante, le professeur Armand Gautier vint confirmer les observations de M. Renaut, et à l'appui d'une expérience personnelle de plusieurs années, il apporta les résultats des plus encourageants donnés par cette médication, entre les mains du docteur Burlureau (du Val-de-Grâce), ainsi que du docteur Roustan (de Cannes).

Enfin, le 16 juin 1899, M. le docteur Danlos, médecin de l'hôpital Saint-Louis, faisait à la Société médicale des hôpitaux de Paris, une importante communication sur l'usage du cacodylate de soude dans les dermatoses rebelles.

Mais les praticiens, désireux d'éviter les déboires de la médication par l'arsenic, se heurtèrent à la difficulté de se procurer du cacodylate de soude pur.

Devait-on, en outre, employer la voie rectale (Renaut), la voie hypodermique (Gautier et Danlos) ou la voie buccale?

Il y a peu de jours, M. le professeur Gautier est venu in-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, nos 61, 64, 69, 79 et 125.

sister sur ce point à l'Académie de médecine. Il recommande plus particulièrement les injections sous-cutanées avec lesquelles on évite non seulement l'odeur alliacée de l'haleine, mais encore tous les autres accidents de la médication arsenicale.

Précisément à cause des doses relativement élevées que l'on emploie, il est indispensable de se servir de solutions rigoureusement titrées et chimiquement pures. Conditions exactement réalisées par les ampoules de cacodylate de soude pur ou Arsycodyle, dues au chimiste bien connu, le docteur Leprince, et dosées à 0g025 milligrammes d'acide cacodylique.

Leur mode d'emploi est des plus simples et elles satisfont aux conditions les plus rigoureuses.

Si on veut employer la méthode préconisée par M. Renaut, on doit avoir recours aux ampoules rectales d'arsycodyle dont on verse le contenu dans 5 centimètres cubes d'eau bouillie et que l'on administre avec la seringue du professeur Renaut.

Dans les cas, enfin, où le médecin préfère la forme pilulaire, il peut prescrire les pilules d'Arsycodyle qui sont très exactement dosées à 0g025 milligrammes d'acide cacodylique.

On devra se rappeler que M. Gautier recommande de ne pas dépasser la dose de 10 centigrammes par jour; les doses de 0g020 et de 0g050 milligrammes en vingt-quatre heures lui semblent suffisantes dans la tuberculose.

Avec l'Arsycodyle, le praticien a donc un merveilleux agent thérapeutique qui lui rendra de signalés services dans tous les cas où les préparations arsenicales sont actuellement recommandées.

La Cascarine.

Peu de médicaments jouissent de propriétés laxatives aussi énergiques que la cascara sagrada, propriétés dès longtemps connues, puisque les indigènes de la Californie avaient donné à l'écorce de cette variété de Rhamnées, le nom d'écorce sacrée (cascara sagrada).

Et cependant son emploi en thérapeutique avait été singulièrement limité jusqu'à ces dernières années, à cause du grave inconvénient que présentait souvent la cascara sagrada d'être irritante et parfois nauséeuse.

De longues recherches avaient été faites, sans résultat, sur la composition chimique de ce médicament, lorsque, dans ces dernières années, M. Leprince parvint à isoler un corps nouveau, parfaitement défini, principe utile de l'écorce, auquel il donna le nom de cascarine. Cette découverte fut l'objet d'une communication à l'Académie des sciences (1).

Les effets physiologiques de la cascarine ont été étudiés depuis à diverses reprises. M. Laffont, ancien chef de laboratoire de Paul Bert, dans un mémoire sur « les rhamnées et la cascarine », présenté à l'Académie de médecine par Dujardin-Beaumetz, et à la Société de thérapeutique par Constantin Paul, concluait que, des différents principes constituant l'écorce, « la cascarine est le seul ayant une action réellement localisée sur les organes digestifs, sur le foie et sur les annexes. A petite dose, elle agit lentement, mais efficacement, et son effet se continue longtemps. Elle ne donne lieu à aucun inconvénient. Elle détermine l'écoulement de la bile, qui agit comme excitant de la tunique intestinale, de telle façon que *la cascarine, tout d'abord cholagogue, devient secondairement copragogue.* »

Il ressort en outre de ce mémoire, que la cascarine n'est pas drastique.

C'est sur ce point si important que Dujardin-Beaumetz insistait dans une de ses cliniques thérapeutiques de l'hôpital Cochin. Il constatait que « la découverte de M. Leprince est un véritable progrès, car on peut avec elle éviter les effets émétiques et irritants, tout en obtenant les mêmes effets laxatifs ».

(1) *C. R. de l'Acad. des sc.*, du 1er août 1892.

M. Tison, le médecin bien connu de l'hôpital Saint-Joseph, prescrit la cascarine Leprince de la façon suivante. Dans la *constipation opiniâtre*, il conseille de donner le soir deux pilules de cascarine, et une fois les garde-robes établies, de prescrire une pilule avant chacun des principaux repas. En raison de ses propriétés cholagogues, il l'a employée avec succès dans l'*ictère*. Enfin, en raison de ses propriétés, la cascarine trouve encore ses indications pendant la *grossesse* et l'*allaitement*, sur lesquelles elle n'a aucune fâcheuse influence.

La forme pilulaire est la plus généralement adoptée. Dosées à 0g10 centigr. de cascarine, les pilules Leprince sont d'un usage courant.

Pour les enfants, pour les personnes qui ne peuvent avaler les pilules, on prescrira la cascarine sous forme d'élixir. M. Leprince le dose à 0g10 de cascarine par cuillerée à bouche.

Pour les adultes, les doses varient de 0g10 à 0g30 centigr. par jour; pour les enfants à partir de deux ans, on donne de 0g01 à 0g05 centigr. suivant l'âge.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(29 NOVEMBRE 1899)

L'intéressante communication faite, dans la dernière séance, par M. Nélaton, sur le **traitement chirurgical de la coxalgie**, ne pouvait manquer de devenir le point de départ d'une discussion sur ce sujet. M. Kirmisson a eu la parole aujourd'hui; d'autres orateurs étaient inscrits, mais il a fallu, comme cela a lieu trop souvent, arrêter court cette discussion pour entendre des rapports, sans doute fort bien faits et non sans intérêt, mais ayant l'inconvénient de soulever, à leur tour, d'autres discussions qui s'enchevêtrent avec les autres d'une façon fort malencontreuse.

Voyons donc ce que pense M. Kirmisson de la résection comme traitement de la coxalgie infantile, car c'est seulement de la coxalgie chez l'enfant qu'il veut parler. Il y a deux ans (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1897, p. 628), il a déjà eu l'occasion de le dire et, depuis, son opinion n'a pas varié et n'a fait que se justifier; M. Kirmisson a toujours été et est toujours partisan de la conservation. Il rappelle en quelques mots les arguments qu'il a déjà fait valoir en 1897 et qui sont les suivants : l'état social des enfants qui ne les met pas dans l'obligation d'économiser leur temps, comme cela a lieu pour les adultes; la grande tendance à la réparation naturelle des lésions, qui est plus particulière à l'enfance; la rareté de la généralisation de la tuberculose aux poumons. Il y a bien la méningite, mais les complications méningitiques sont loin d'être aussi fréquentes chez l'enfant que le sont chez l'adulte les complications pulmonaires.

Une autre raison pousse M. Kirmisson à la conservation, c'est la valeur, considérable à ses yeux, du traitement des abcès par les injections d'éther iodoformé. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette opinion. Si, à ces injections, on joint de bons pansements des fistules, des lésions diverses de la coxalgie, on arrive à des résultats satisfaisants.

Ici, un peu de statistique : sur 142 cas de tuberculose articulaire soignés dans le service de M. Kirmisson, il y a eu 7 morts, 1 par mal de Pott, 1 par tuberculose du genou, et 5 par coxalgies. En somme, la mortalité par coxalgie, avec les moyens de conservation, est de 10 p. 100. Voyons

maintenant ce que donne la résection : M. Nélaton a rapporté trois observations sur lesquelles il a eu un décès par shock ; ses deux autres opérés ont également présenté des phénomènes de shock. M. Nélaton reconnaît lui-même d'ailleurs la gravité de l'opération. Les statistiques les plus récentes donnent, pour l'un 8 morts sur 33 résections, pour un autre 12 morts pour 32 cas, pour un chirurgien de New-York 38 p. 100 de mortalité, pour un autre chirurgien 52 morts sur 121 résections dont 9 de shock, etc. : toutes ces statistiques sont bien faites pour montrer la gravité de la résection dans la coxalgie.

M. Kirmisson examine ensuite la valeur curatrice de l'opération et compare ses résultats thérapeutiques et fonctionnels avec ceux de la conservation. Il s'applique à démontrer que ces résultats sont tout à l'avantage de la conservation. Il conclut donc en préconisant, aujourd'hui comme il y a deux ans, l'emploi des méthodes conservatrices.

M. Potherat a fait un rapport sur deux observations adressées par M. Tronchet (de la Rochelle), et relatives à deux cas de **consolidation de fractures par la médication thyroïdienne.** On sait, aujourd'hui, que la glande thyroïde a une action trophique sur le système osseux. M. Potherat rappelle les faits expérimentaux et cliniques qui semblent le prouver. Les deux observations de M. Tronchet doivent s'ajouter à ces faits : dans le premier cas, il s'agissait d'une fracture comminutive de la jambe, que, ni l'immobilisation dans les appareils plâtrés, ni le massage n'étaient parvenus à consolider après quatre-vingts jours. Or, la consolidation a été obtenue après quelques jours, pendant lesquels le malade a été soumis à une dose quotidienne de 0gr50 centigrammes de thyroïdine.

Dans le second cas, il s'agit d'une fracture de côte, non encore consolidée après trente-cinq jours de traitement ordinaire. En dix jours, la consolidation a été obtenue par la thyroïdine, mais, le onzième jour, ce malade a eu une hémorragie cérébrale. Dans quelle mesure cette hémorragie doit-elle être attribuée à l'emploi de la thyroïdine ?

Il se peut qu'il n'y ait eu là qu'une simple coïncidence.

M. Potherat rappelle les faits de Quénu, de Reclus, de Follet (de Lille) qui aurait guéri une fracture en dix-sept jours, employant uniquement la thyroïdine. Tous ces faits sont évidemment très suggestifs. Mais il ne faut pas oublier, ainsi que l'ont dit MM. Potain et Lancereaux à l'Académie de médecine, que la médication thyroïdienne n'est pas sans quelques dangers. Nous nous associerons donc pleinement aux sages réserves formulées par M. Potherat.

Dans un rapport sur une observation de M. Faure, M. Guinard entretient ses collèges de la **pancréatite suppurée.**

Voici, en résumé, l'observation de M. Faure : femme de vingt-deux ans, éprouvant de violentes douleurs dans la région épigastrique, signes d'infection péritonéale, laparotomie, découverte d'une poche énorme derrière l'estomac, apparition d'un organe mou, diffluent, sphacèle, drainage, persistance d'une fistule par laquelle s'écoule du suc pancréatique.

C'était donc bien d'une pancréatite suppurée qu'il s'agissait dans ce cas.

M. Guinard rapproche de ce fait plusieurs autres faits analogues ; un de ces faits lui est personnel et a déjà été communiqué à la Société de chirurgie.

Nous avons à signaler plusieurs présentations. M. le docteur Schwartz a montré un malade auquel il a pratiqué la résection de la hanche pour une luxation pathologique. Ce malade a 8 centimètres de raccourcissement. Il marche assez bien avec une canne, mais marche très mal sans canne, ce que ne manque pas de faire remarquer M. Kirmisson.

M. Tuffier présente une jeune femme à laquelle il a pratiqué une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, après anesthésie par une injection de cocaïne dans la région de la queue de cheval.

M. Michaux montre une pièce relative à un cas de grossesse ovarienne.

L'ALCOOLISME OFFICIEL

Sous toutes ses formes, nous voyons l'alcoolisme nous menacer. Malgré les ligues, malgré les avertissements répétés, ses progrès continuent et, ce qui est plus grave, en affectant maintenant une allure *officielle*.

Il y a peu de jours, encore, M. Laborde consacrait à cette question toute d'actualité quelques pages dans la *Tribune médicale*.

Nous regrettons de n'avoir pu reproduire *in extenso* cet article, où avec sa fougue et son bon sens bien connus notre excellent confrère attirait l'attention du public médical sur le péril toujours menaçant.

Aujourd'hui, en effet, qui le croirait? C'est l'Etat, l'Etat protecteur des citoyens et de leur santé, qui se fait le complice de l'empoisonnement progressif où sombrera le genre humain !

L'Etat vient d'autoriser l'introduction sur son propre réseau de chemins de fer des wagons-bars, des « cabarets circulants » que nous avons déjà vus employés par d'autres compagnies.

Rappelons que dans ces wagons on ne donne pas à manger, mais seulement à boire.

Que les compagnies particulières acceptent et encouragent cette déplorable innovation on peut à la rigueur l'admettre, tout en le regrettant.

Mais que l'Etat se fasse le propagateur de *l'alcoolisme à la vapeur*, cette idée apparaît, malgré la veulerie qui semble tout atteindre en notre fin de siècle, comme une inimaginable monstruosité.

Il serait évidemment fort à propos de s'informer, comme le demande notre confrère M. Legrain, dans le journal l'*Alcool*, si l'État paie patente pour son petit commerce et la réclame honteuse qu'il lui consacre.

Cet exemple n'est malheureusement qu'une faible preuve des encouragements officiels que reçoit l'alcoolisme.

« Nous voyons, en effet, tous les ans, vers le 14 juillet, à chaque changement de ministres, dit l'*Alcool*, parmi le troupeau des décorables, quelques citoyens qui gardent une espérance ferme en un cœur inébranlé. Les hommes de talent ou de mérite, sans doute? Oh ! que non pas ! Mais les représentants de la grande industrie nationale, les fabricants de quinquinas variés et avariés, d'apéritifs, de digestifs, de vermouths, d'amers, de bitters et d'absinthe, tous liquides bienfaisants, oxygénés et hygiéniques. Leur heure viendra, ils le savent. Ne sont-ils pas les vrais représentants de la nation la plus alcoolisée du monde? les plus efficaces pourvoyeurs de misère, de déchéance, d'aliénation mentale et de phtisie ? Sur quelles poitrines brillerait donc plus dignement la devise : Honneur et Patrie ! »

Il n'est que trop facile de prévoir que l'exposition de 1900 marquera une ère nouvelle dans les annales de l'alcoolisme. Cinq classes différentes seront consacrées à l'empoisonne-

ment national. Quelle pluie de récompenses, et combien va augmenter le nombre des « chevaliers de l'apéritif » !

N'est-ce pas le moment pour tous ceux qui savent les dangers de l'alcoolisme de serrer leurs rangs avant que s'ouvre le xx[e] siècle, qui doit consacrer la déchéance de notre race par l'apothéose du délirium trémens?

LA CIRCONCISION CHEZ LES INDIGÈNES TUNISIENS

En Tunisie où les juifs et les Arabes forment l'élément dominant de la population, il est curieux d'étudier les pratiques religieuses communes à ces deux races pourtant si dissemblables. On sait que, dans un but avant tout hygiénique, l'islanisme, comme le judaïsme, interdit l'usage des boissons alcooliques et de certaines viandes et prescrit la circoncision. Cependant cette opération ne se fait ni au même âge, ni selon le même rite dans les deux religions. Ce sont les points particuliers à chacune d'elles : que M. Loir (de Tunis) vient d'étudier dans un article récent (1).

« Les musulmans tunisiens font la circoncision au moyen de ciseaux dont les branches sont un peu plus longues que celles des ciseaux ordinaires de grande taille.

L'opération est faite sans aucune précaution chirurgicale; le gland n'est protégé par rien, aussi est-il quelquefois intéressé dans la section.

La plaie reste à l'air, on n'y touche pas jusqu'à ce que l'hémorragie s'arrête d'elle-même. Alors le tahar, qui est un homme d'église faisant le métier de circoncire, enduit la plaie d'un ongent dans lequel entrent de la cire vierge et du tannin. La circoncision se fait à l'âge de six ans en général, et les accidents consécutifs sont rares.

Chez les juifs, la circoncision est pratiquée indifféremment par toute personne capable de faire l'opération. Il y a à Tunis environ quinze ou seize individus que l'habitude autorise à exercer cette pratique, ils appartiennent à toutes les professions, et sont représentants de commerce, négociants, revendeurs, bouchers, ou courtiers en vin.

Ce n'est pas dans un but intéressé qu'ils remplissent la fonction de circonciseurs qui n'est pas rétribuée. Ils croyent faire œuvre pie en augmentant le nombre des sujets israélites dont la circoncision est le caractère distinctif.

Si l'enfant est reconnu en état de supporter l'opération, on la fait à l'âge de huit jours, selon les prescriptions de la Bible.

Les israélites qui procèdent à la circoncision à Tunis emploient encore les procédés qu'on trouve décrits par Montaigne au xvi[e] siècle; ils ont une lame métallique, en forme de lyre, dans laquelle se trouve une rainure médiane qui la traverse presque complétement où l'on fait passer la partie du prépuce destinée à être tranchée. Cette lame en argent portant des inscriptions en langue hébraïque est placée tout contre le gland, à cheval sur le prépuce de haut en bas et d'arrière en avant. L'opérateur coupe le prépuce qu'il tient de la main gauche en suivant avec un rasoir la face supérieure de la plaque : le prépuce tombe, il rabat derrière le gland la partie de peau qui reste et déchire avec les ongles des deux pouces, la muqueuse dorsale jusqu'au sillon; puis par trois fois il prend dans sa bouche une gorgée de vin et suce la plaie la bouche remplie de liquide. On enroule ensuite la partie malade avec des bandes d'étoffe et jusqu'à la guérison on renouvelle le pansement au vin. »

Indépendamment des précautions antiseptiques que devrait prendre l'opérateur, on ne saurait passer sous silence le gros inconvénient de la méthode israélite, c'est-à-dire la succion.

Étant donné la fréquence de la syphilis en Algérie et en Tunisie, il est facile de se rendre compte des dangers que peuvent créer des opérateurs porteurs de plaques muqueuses dans la bouche. Et les plus en vogue parmi les circonciseurs font trois et quatre opérations par jour!

« Du reste, en France et en Angleterre, cette succion est tombée en désuétude; en Allemagne, elle est interdite. Elle est encore pratiquée en Pologne par quelques fervents à l'aide d'une ampoule de verre que nous employons pour les femmes qui ont le bout de sein mal conformé. Cette succion, au moyen de cet intermédiaire, ne mettant pas la bouche de l'opérateur en contact avec la plaie, n'offre aucun inconvénient. Dans tous les cas la succion n'a aucune utilité chirurgicale et peut avoir de graves inconvénients. Elle doit donc être abolie et le grand rabbin aidera certainement à tourner la difficulté, s'il s'en présente une d'ordre rituel, devant l'intérêt d'ordre hygiénique. La coutume récente des circonciseurs tunisiens consistant à se rincer la bouche avec de l'eau boriquée avant de sucer la plaie est absolument inutile et n'empêche en rien la transmission d'une maladie.

Les relations intimes existant entre les Européens et la population indigène de Tunis sont une raison suffisante pour que nous soyons intéressés par tout ce qui tend à améliorer son hygiène. »

(1) *Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, 1899, n° 8.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique de la scoliose des adolescents (1), par A. Chipault.

Malgré l'innombrable quantité de travaux publiés sur la thérapeutique de la scoliose, il semble à beaucoup que la solution de ce problème soit aussi lointaine que jamais, et que le mieux soit d'appliquer à cette affection les procédés les plus insignifiants. Tel n'est pas l'avis de l'auteur, qui, après avoir longuement fait l'historique et la critique des divers procédés employés jusqu'à ce jour, expose d'une façon précise le procédé de son choix modifié par sa technique personnelle. Cette technique, dont les résultats statistiques sont résumés par l'auteur, est celle qui paraît répondre de la manière la plus satisfaisante aux données du problème thérapeutique, si difficile, soulevé par la scoliose, problème sur lequel on aura toutes les données nécessaires après la lecture de cet ouvrage essentiellement pratique.

L'éducation rationnelle de la volonté (2), *son emploi thérapeutique*, par le docteur Paul-Emile Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface de M. le professeur Bernheim.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de montrer qu'il nous est possible de préserver de bien des atteintes notre être moral et physique et, s'il arrive quelque mal à l'un ou à l'autre, de tirer de notre propre fonds soulagement ou guérison.

Il s'agit en somme d'une éducation de la volonté, mais en spécifiant que celle-ci doit et peut agir sur les maux de notre corps comme sur ceux de notre esprit; la thérapeutique du corps par l'esprit ou thérapeutique psychique, appuyée sur l'autosugestion, peut rendre les plus grands services.

Les applications pratiques de ces procédés sont nombreuses, et M. P.-E. Lévy présente d'intéressantes observations de guérison, par cette méthode, de l'habitude de fumer, de l'insomnie, de troubles divers (par exemple somnolence, défaillances), de douleurs, de troubles oculaires, circulatoires, respiratoires, digestifs, sexuels, etc.

(1) In-18, avec 67 fig. Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.
(2) 1 vol. in-12. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 138. — MARDI 5 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 5 DÉCEMBRE 1899. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts. PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE........ 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

Paris, le 4 décembre 1899.

C'est avec un sentiment de profonde tristesse que le monde médical a appris le stupéfiant cambriolage de l'hôpital Beaujon.

A une époque où notre profession est si décriée, où tous les scandales qui l'atteignent sont annoncés avec grand tapage et accueillis avec avidité, cette tristesse est amplement justifiée. On ne peut, en effet, s'habituer à la pensée que, parmi ceux qu'on fréquente tous les jours, qui demain seront des « confrères », puissent se trouver des bandits comme ceux qui viennent de se révéler. Certes, quand le respect de toutes les choses respectables a disparu, quand on voit la lutte pour la vie devenir tous les jours plus âpre et plus cruelle, on doit s'attendre à voir augmenter le nombre des « brebis galeuses ».

Personne, cependant, n'aurait pu imaginer un acte pareil. L'administration de l'Assistance publique, elle-même, semble avoir été prise au dépourvu et on ne saurait lui faire un reproche d'avoir été trop confiante.

N'insistons donc pas. Le mal est fait, la justice recherche le ou les coupables. Nous souhaitons vivement qu'elle y réussisse, car un exemple est nécessaire.

Restent les candidats, et ce ne sont pas les moins intéressants.

Depuis quelques jours, on propose à leur sujet les combinaisons les plus variées. Chacune d'elles offre des avantages et des inconvénients, tant d'intérêts légitimes et contradictoires étant en jeu. Aucune motion n'a pu réunir une majorité parmi les membres du jury; le Conseil de surveillance de l'Assistance publique est d'ailleurs saisi. Quelle que soit la décision prise, nous devons nous attendre à ce que ce soit une demi-mesure. Celle qui paraît la moins préjudiciable à la majorité des candidats, tout en lésant cependant certains intérêts, consiste à faire reconcourir seulement les malheureux vitriolés.

Faute de mieux, le plus sage sera de s'en contenter.

SUR UN CAS DE ZONA DU NERF MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. Ch. DOPTER,
Médecin aide-major de première classe.

Le zona qui se développe dans le domaine de distribution du trijumeau, peut être, on le sait, total ou partiel. Total, il envahit le territoire innervé par les trois branches de ce nerf; partiel, deux de ces branches peuvent être intéressées, ou bien seulement l'une d'entre elles; c'est ainsi que l'on décrit les trois formes connues : 1° le zona ophtalmique, 2° le zona dépendant du nerf maxillaire supérieur, 3° enfin, le zona développé sur le trajet du nerf maxillaire inférieur. La forme la plus fréquente est la première, remarquable par ses complications particulièrement graves; elle peut s'ajouter en certains cas à la deuxième; la troisième, enfin, absolument pure et isolée, est assez peu commune, et quand elle est bilatérale, elle devient une rareté.

Au cours d'une petite épidémie, d'apparence saisonnière, qui s'est développée dans une chambrée du 12e régiment d'artillerie, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cette dernière variété, qui a présenté plusieurs points intéressants, dignes d'être signalés :

OBSERVATION. — M..., deuxième canonnier-conducteur, présente une bonne santé habituelle. Pas d'antécédents à signaler, ni syphilitiques, ni autres.

Le 20 octobre, M... se plaint de fatigue, de courbature, d'inappétence, de nausées, de constipation, et de difficulté de la déglutition. L'examen de la gorge révèle l'existence d'une *angine légère, sans enduit, sans éruption herpétique*, se manifestant seulement par de la rougeur et une légère tuméfaction des amygdales, du pharynx, de la luette et des piliers. La langue est blanche, saburrale. La température est de 37°8.

Un purgatif salin est administré, et des gargarismes antiseptiques sont ordonnés; le régime lacté est institué.

Le soir, la température atteint 38°2. Légères traces d'albumine dans les urines dont la quantité émise est normale. Pas de ganglions engorgés.

Le lendemain, les phénomènes sont identiques, la température est la même. Toujours rien d'anormal sur les amygdales, ni dans l'arrière-bouche.

Le 22 octobre, la plupart des symptômes s'amendent; reste encore un peu de rougeur de la gorge, sans éruption. Le malade s'alimente comme d'habitude.

Le 26 octobre le malade est complètement guéri, et se dispose à reprendre son service.

Le 27 octobre il revient à la visite et se plaint de souffrir de *névralgies dentaires gauches*, irradiant vers la joue et la tempe du même côté. Ces douleurs sont lancinantes, mais par instants, elles acquièrent une grande intensité; l'insomnie a été complète durant la nuit dernière. La mastication des aliments est très douloureuse. L'arrière-bouche est intacte, complètement guérie de l'inflammation dont elle était le siège, les jours précédents. Mais, dans la cavité buccale, à gauche de la ligne médiane, la muqueuse présente une rougeur diffuse qui envahit les gencives, la lèvre inférieure, le repli gingivo-labial inférieur, la face interne des joues, et la langue sur ses deux faces. Sur cette teinte uniforme, il est aisé de distinguer des plaques plus farcies, ressemblant à des îlots, irrégulièrement disséminés. Les unes sont rondes, d'autres ovalaires, il en est dont les bords sont festonnés; le fond est constitué par de riches arborisations vasculaires, nettement visibles à la loupe; leur volume le plus général est celui d'une lentille, il en est qui atteignent les dimensions d'une pièce d'argent de vingt centimes. Entre ces limites, on trouve tous les intermédiaires. Les régions atteintes sont légèrement tuméfiées et douloureuses au contact. Enfin dans la région sous-maxillaire, de chaque côté, on constate un *engorgement ganglionnaire* très net, développé surtout aux dépens des ganglions les plus antérieurs; ajoutons de suite que le malade ne possède pas de dents cariées. La température est normale. Pas de phénomènes généraux.

Traitement : gargarismes émollients, et une pilule de 0g05 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 28. Les symptômes névralgiques sont sensiblement identiques. Sur les plaques rouges érythémateuses de la veille, le plus souvent en leur centre, sont apparues des vésicules, de la dimension d'une tête d'épingle, blanches, brillantes; les unes sont isolées, les autres agglomérées sur la même plaque. Leur siège est exactement le suivant :

Les unes occupent les deux tiers antérieurs de la face dorsale de la langue, son bord libre où elles sont le plus abondantes, puis sa face inférieure; elles sont toutes situées à gauche de la ligne médiane.

D'autres sont disséminées sur les gencives de la mâchoire inférieure, sur toute leur étendue, mais plus particulièrement au niveau des petites molaires, où les plaques sont presque confluentes. Du côte droit, il n'en existe pas trace.

D'autres envahissent la face interne de la joue gauche, mais elles y sont beaucoup plus rares.

Enfin, quelques-unes siègent au niveau de la muqueuse labiale inférieure, et du sillon gingivo-labial inférieur, toujours du côté gauche.

Ces vésicules sont d'une netteté remarquable, et tranchent par l'aspect blanc nacré de leur contenu sur le fond rouge vif des plaques érythémateuses dont la coloration s'accuse davantage au contact des vésicules.

Entre les plaques constatées la veille, il s'en est développé de nouvelles dans leur intervalle, et notamment sur la lèvre inférieure gauche.

Aucune trace de semblable éruption ne se manifeste à droite, ni dans l'arrière-bouche, ni sur le tiers postérieur de la langue qui a gardé son aspect normal; on n'en constate non plus ni à la face, ni au tronc, ni aux membres, ni sur aucune autre muqueuse.

Pas de réaction fébrile. Pas de fétidité de l'haleine. Les névralgies dentaires ont peu varié, mais s'y sont adjointes des sensations pénibles de brûlure au niveau des régions atteintes. Le contact d'aliments solides provoque des douleurs intolérables, ce qui oblige le malade à ne s'alimenter qu'à l'aide du lait.

Le 29. Sur les plaques nouvellement développées, des vésicules sont apparues semblables aux précédentes. Sur les anciennes, leur nombre s'est accru, et leur confluence est devenue telle, en certains points, qu'elles se confondent les unes dans les autres, et prennent l'aspect de bulles aplaties, plus ou moins larges, et plus ou moins irrégulières.

Le 30. La muqueuse linguale, gingivale, labiale et buccale, située à droite de la ligne médiane, est recouverte à son tour de vésicules possédant le même aspect qu'à gauche, et développées sur de semblables plaques érythémateuses, qui semblent avoir pris naissance plus rapidement que celles que nous avions constatées du côté opposé, car, la veille, l'examen le plus attentif n'avait rien permis de constater qui ne fût normal. Leur siège est identiquement le même, en sorte que nous avons devant les yeux une éruption vésiculeuse, bilatérale et symétrique. Ce caractère de symétrie ne s'applique pas seulement à la topographie générale du territoire envahi, mais encore au siège des groupes éruptifs; en effet, les plaques et les vésicules, offrant le même caractère d'étendue et d'intensité, se retrouvent presque symétriquement de chacun des deux côtés. C'est ainsi que, sur le bord libre de la langue, l'un des amas vésiculeux rappelle, par sa situation, celui du côté opposé. De même, pour les gencives, au niveau des petites molaires, nous observons le même caractère de confluence; enfin, au niveau des commissures labiales, droite et gauche, les lésions de la muqueuse offrent encore la plus grande analogie par leur siège et leurs dimensions.

On ne constate toujours rien d'anormal dans l'arrière-bouche, ni sur le tiers postérieur de la langue.

L'état de notre malade reste ainsi stationnaire pendant plusieurs jours, durant lesquels les douleurs névralgiques ont diminué d'intensité, et le contenu des vésicules est devenu opalescent et jaunâtre.

Le 2 novembre. Certaines vésicules ont pris un aspect louche, jaune, et se sont flétries; sur les plaques érythémateuses, on voit alors une sorte de croûtelle jaunâtre, encore assez adhérente à la partie de la muqueuse qui lui sert de soutien; d'autres se sont ouvertes, soit d'elles-mêmes, soit accidentellement, et laissent voir, au fond de la légère ulcération ainsi produite, une muqueuse rouge vif, richement vascularisée.

Le processus de guérison se poursuit dans les jours qui suivent. Le travail de réparation se fait alors petit à petit; les croûtelles tombent, laissant au-dessous d'elles et à côté d'elles une muqueuse un peu colorée; les ulcérations se comblent peu à peu, et, le 12 novembre, le malade sort complètement guéri, et pouvant s'alimenter comme de coutume.

L'histoire de ce malade peut se résumer en peu de mots.

C'est un homme qui, après un état infectieux dont il semblait ne plus rester aucun vestige au bout de six jours, est pris de névralgie de la face, suivie d'une éruption vésiculeuse, ayant pour substratum des plaques érythémateuses disséminées sur la muqueuse de la cavité buccale, à gauche de la ligne médiane, et localisées à la face dorsale de la langue dans ses deux tiers antérieurs, à sa face inférieure, sur la face interne de la joue gauche, les gencives et la lèvre inférieure du même côté. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Trois jours après, la moitié droite de la muqueuse buccale est intéressée de la même manière, et l'éruption devient ainsi bilatérale et symétrique. Quelques jours après, les vésicules se flétrissent, d'autres se rompent et s'ulcèrent, et le travail de réparation aboutit à la guérison. Sur aucune partie du corps, il n'existe éruption semblable.

La distribution des éléments éruptifs suivant le territoire de certaines branches de divisions du nerf maxillaire inférieur, que nous énumérerons plus loin, les douleurs névralgiques qui ont précédé le stade de l'éruption érythémateuse, puis vésiculeuse, leur siège, leur acuité, enfin la nature et les caractères de l'éruption elle-même ; tous ces signes excluent l'hypothèse de l'herpès banal des muqueuses, et font admettre le diagnostic de zona. La bilatéralité de l'affection serait bien de nature à faire pencher vers l'herpès simple, mais les deux côtés ont été pris l'un après l'autre après trois jours d'intervalle, et chacun d'eux a été, en quelque sorte, intéressé indépendamment de son congénère.

L'observation précédente présente certaines particularités qui, en dehors du peu de fréquence de cas semblables, méritent d'être signalées.

Tout d'abord, la localisation même de l'éruption nous engage à soumettre les quelques réflexions, que son apparition nous a suggérées.

De prime abord, il est facile de se rendre compte que, si le nerf maxillaire inférieur est en cause dans l'évolution de notre zona, toutes ses branches de division ne sont pas intéressées; le revêtement cutané de la face, qui en est tributaire, est complètement indemne de toute éruption.

Or, ce n'est pas ce qu'on trouve habituellement en pareil cas. Les auteurs qui ont relaté des observations de zona total ou même partiel du nerf maxillaire inférieur (1) notent toujours, sur la face de leur malade, la présence de groupes éruptifs siégeant soit au menton, au niveau du trou mentonnier notamment, soit à la face externe de la joue, soit au lobule de l'oreille, soit à la tempe, soit à deux ou trois de ces régions atteintes simultanément, voire même à toutes ensemble. Deux fois seulement nous avons trouvé un zona unilatéral de la langue (2); l'éruption siégeait sur l'une des moitiés de la langue, à l'exclusion de toute autre région. Dans le fait que nous rapportons, la lésion occupe le territoire de distribution des fibres nerveuses issues des branches suivantes :

1° Le *nerf lingual*, dont les dernières ramifications sont destinées à la face dorsale de la langue dans ses deux tiers antérieurs, son bord libre et sa face inférieure ;

2° Le *nerf dentaire inférieur* n'est intéressé que partiellement : ses *filets gingivaux* innervant la muqueuse de la gencive sont en cause : il en est de même des *filets muqueux de la lèvre inférieure*, issus du nerf mentonnier, lui-même branche terminale du maxillaire inférieur ;

3° Le *nerf buccal*, dont les ramifications profondes et muqueuses seules semblent avoir déterminé la lésion.

Ce tableau de la répartition anatomique de notre zona montre avec quelle élection vraiment systématique, les groupes zostériens se sont développés. Le nerf dentaire inférieur et le nerf buccal donnent tous deux des ramifications terminales, soit cutanées, soit muqueuses, qui sont de même ordre par rapport à l'échelle des divisions successives, subies par le tronc principal, il est réellement remarquable que ce soit uniquement dans la sphère de distribution des filets destinés à la muqueuse buccale que l'éruption se soit faite; ainsi, sur la lèvre inférieure le fait est particulièrement net; la muqueuse labiale seule est le siège de la lésion, à l'exclusion de toute manifestation cutanée, qu'on aurait pu s'attendre voir naître à son niveau.

Quant au nerf lingual, on sait qu'il ne possède que des ramifications muqueuses; aussi les cas de zona unilatéral de la langue, que nous avons signalés plus haut, ne peuvent-ils être rapprochés de notre observation, car l'élection systématique des groupes éruptifs n'a pu y être constatée.

Quand nous aurons signalé la bilatéralité symétrique de l'éruption zostérienne observée chez notre malade, il nous sera permis d'établir la plus grande analogie de notre cas avec le fait de zona bucco-pharyngien que MM. Lermoyez et Barozzi (1), ont décrit, où la muqueuse buccale seule, innervée par les rameaux de la deuxième branche du trijumeau, présentait les altérations semblables aux nôtres.

Palm, en 1894, a présenté à la Société berlinoise de dermatologie un fait qui semble de prime abord être l'analogue du nôtre, mais qui pourtant en diffère totalement; d'ailleurs lui-même hésite à attribuer au zona l'éruption zostériforme qu'il a observée bilatéralement et symétriquement dans la sphère de distribution buccale du nerf maxillaire inférieur. Les groupes éruptifs seraient survenus concommitamment avec une angine folliculaire, et n'auraient mis que six heures à se développer; son malade n'a éprouvé que des picotements, pas trace de névralgie. Il est possible, comme il le dit lui-même, que la muqueuse buccale se soit enflammée par lésion de voisinage, et que l'éruption ne décèle qu'un mode de réaction de cette muqueuse, ainsi que cela se voit pour l'angine herpétique par exemple ; les deux côtés ont été atteints le même jour avec la même intensité, on n'a pas vu, en effet, les deux poussées éruptives qui ont été si nettes chez notre malade, dont la première a envahi le côté gauche d'abord, puis le côté opposé.

Notre cas reste donc le seul, à notre connaissance, où les phénomènes que nous avons décrits ont été observés.

Une dernière particularité sur laquelle nous insisterons, est l'*adénopathie sous-maxillaire* que notre malade a présentée, tout au début de l'éruption, alors qu'elle n'était encore qu'à l'état érythémateux. Des adénopathies semblables, plus généralisées même, ont été signalées dans certains cas de zona, antérieurement même à l'apparition de l'éruption, par Barthélémy, par Gilbert Hay, puis différents auteurs montrent bien que le système lymphatique a été envahi par l'infection dont le zona semble tributaire ; et, de fait, dans le cas que nous rapportons, il est indéniable que l'éruption zostérienne était bien une manifestation de l'infec-

(1) Singer. *Gaz. hebd.*, 1885, p. 638. — Picot. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, nov. 1890. — Leudet. *Arch. gén. de méd.*, 1865. — Paget. *Gaz. hebd.*, 1867.

(2) Gellé. *Tribune méd.*, 1876, n° 403, p. 216. — Després. *Gaz. des hôpit.*, 1877, n° 18.

(1) Lermoyez et Barozzi. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 fév. 1897.

tion préalable, qui s'est traduit, chez notre malade, par une angine, de la courbature, de l'embarras gastrique et des phénomènes fébriles. Ce fait ne rappelle-t-il pas celui que Barth (1) a signalé, où, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, le jour de sa sortie de l'hôpital, une femme contracte un zona lombaire ? de même celui de Potain (2), où un zona intercostal se développe quarante-deux jours après la défervescence d'une pneumonie.

Le fait semble s'affirmer davantage en ce qui concerne notre observation : le cas que nous relatons, nous l'avons dit, n'est pas isolé; deux autres ont été observés dans la même chambre où couchait notre malade; chez l'un d'eux, le début a été identique; l'éclosion du mal s'est effectuée après une angine, des phénomènes généraux, etc., et sa détermination a eu pour siège la région intercostale droite; chez le troisième ou le zona du fémoro-cutané a été atteint, à part l'angine qui manquait, le tableau prodromique a été semblable.

Devant cette petite épidémie de chambrée, ne faut-il pas envisager plus qu'une influence de nature saisonnière, admise par la plupart des auteurs? Aussi, sans vouloir exclure totalement cette dernière, sommes-nous enclin à penser qu'il faut faire intervenir l'action d'une infection localisée, qui s'est manifestée dans la suite, chez trois hommes habitant ensemble, par une éruption zostérienne occupant des sièges différents avec chacun d'eux.

La discussion de la pathogénie de pareils faits nous entraînerait trop loin et nous ferait franchir le cadre que nous nous sommes tracé. Nous avons voulu seulement signaler l'observation que nous avons recueillie et dont la rareté, constituée surtout par la *bilatéralité*, la *symétrie de l'éruption* et sa *localisation exclusive à la muqueuse buccale*, méritait, à notre sens, les quelques instants que nous lui avons consacrés.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La pneumonie franche aiguë (3).

Par M. le docteur Lévi-Sirugue, ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Chez les diabétiques, les albuminuriques, les alcooliques, chez les individus cachectisés par un cancer ou une affection chronique de la moelle, la pneumonie devient une affection *grave*.

Chez eux, comme chez le vieillard, on a pu dire que c'est une façon de mourir.

Dans ces cas, la caféine trouve son indication en injections hypodermiques (0g50 à 0g75 centigrammes); il faut relever la tension artérielle par des injections de sérum artificiel (1000 grammes par jour, en deux fois). S'il y avait menace de collapsus, on injecterait dans la peau (1 à 5 c. c. d'huile camphrée au 20e.)

La *digitale*, si elle n'est pas, comme on l'a prétendu (Pétrescu), un spécifique de la pneumonie est un médicament utile dans les formes graves, à condition que le myocarde ne soit pas altéré au point de ne plus pouvoir réagir. On peut la prescrire sous forme de teinture (x gouttes par jour), soit à dose faible, soit en une dose massive.

C'est surtout dans la *pneumonie des cardiaques* que la digitale doit être ainsi employée.

(1) Barth. Etiologie et nature du zona, *Union méd.*, nov. 1883.
(2) Potain. *Méd. moderne*, 15 sept. 1894.
(3) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1276.

On conseillera alors de prendre en une fois, pendant un seul jour, la solution suivante :

Digitaline cristallisée chloroformique	0g001 milligr.
Alcool à 90 degrés	0g90 centigr.
Glycérine	0g60 —

Chez les vieillards, on se trouvera bien de donner une petite dose de *strychnine*, soit sous forme d'un granule de 1 milligramme de sulfate de strychnine, soit sous forme de teinture de noix vomique, qu'on peut associer ainsi à la digitale :

Teinture de noix vomique... — digitale...	} *āā* 5 grammes.

x gouttes deux fois par jour.

Dans ces pneumonies graves, il y a encore à redouter la tendance à la mortification du parenchyme pulmonaire, bien que la gangrène soit plutôt consécutive à la bronchopneumonie. Cette complication, surtout à craindre chez les diabétiques, sera combattue par l'administration d'*eucalyptus* :

Alcoolature d'eucalyptus	2 grammes.
Julep diacode	120 —

A donner par cuillerées dans les vingt-quatre heures. (Bucquoy.)

Les bains froids, qui sont un moyen si merveilleux dans les formes hyperpyrétiques, chez des adultes vigoureux, ne réussiraient guère dans les cas auxquels nous faisons allusion maintenant. Chez les débilités, les malades à organisme taré, la réaction que nécessite la méthode de Brand se ferait mal. Les changements brusques de la pression sanguine qu'amène la pratique de la balnéothérapie s'accorderaient mal avec l'état du myocarde, frappé souvent de sclérose comme les vaisseaux périphériques; de là la règle prudente d'exclure le bain froid pour ces catégories de malades, qu'il s'agisse de pneumonie ou d'autres affections.

La *pneumonie grippale* est d'ordinaire une forme grave, surtout en temps d'épidémie. Mais la conduite du médecin doit, pour ces cas, être la même que pour ceux que nous venons d'étudier. L'emploi de la quinine (0g75 centigrammes de chlorhydrate ou de bromhydrate) doit être particulièrement recommandé.

On fera absorber au malade des boissons abondantes ou, s'il se refusait à les prendre, on lui donnera de grands lavements d'eau additionnée d'une cuillerée de glycérine. On peut ainsi assurer la diurèse et par là l'élimination des toxines.

Chez la *femme enceinte* on devra être sobre de médicaments. La digitale, la quinine pourraient favoriser l'avortement, on devra donc s'en abstenir. On se contentera de la révulsion locale, en couvrant la poitrine de ventouses, dont on pourra scarifier quelques-unes. Si les dangers d'asphyxie augmentaient, on serait autorisé à faire une saignée.

Chez l'enfant, la pneumonie franche rare d'ailleurs avant avant l'âge de quatre à cinq ans, est, malgré son cortège de symptômes effrayants, une maladie bénigne. Archambault disait à ses élèves : « Je vous souhaite d'avoir souvent à soigner la pneumonie de l'enfant; car il paraîtra toujours très malade et comme il guérira vous aurez l'air de l'avoir sauvé. » C'est que, chez l'enfant, le myocarde est vigoureux, le rein est normal, partant le pronostic est bon. Ce n'est pas à dire cependant que l'on doive se prononcer trop catégoriquement dans ce sens, car l'infection pneumo-

coccique peut se généraliser et produire des complications fatales, telles que péricardite ou méningite suppurées. C'est dans cette dissémination des germes pneumoniques, plus fréquente chez l'enfant, que réside surtout la gravité de la pneumonie à cet âge.

La thérapeutique n'a pas besoin d'être très active dans la pneumonie de l'enfant. A l'intérieur un peu d'acétate d'ammoniaque (4 grammes par jour dans une potion), une légère dose d'alcool (20 à 30 grammes de cognac sous forme de grog léger donné par petites cuillerées), localement des ventouses sèches, des enveloppements froids, pratiqués comme nous l'avons dit à propos de la bronchite capillaire, des bains tièdes (25 degrés) ou si la température se maintenait à 40 degrés ou au-dessus des bains froids (18 degrés) systématiquement donnés, voilà à quoi elle se résume. Si cependant l'agitation était trop vive, si l'insomnie persistait on donnerait du bromure de potassium (0g40 centigrammes à 2 grammes) ou un peu de belladone (v gouttes de teinture par année) ou encore du sirop de chloral ainsi formulé :

Eau distillée....................	40 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	20 —
Hydrate de chloral..............	0g50 centig.

A donner en 3 ou 4 fois à l'âge de cinq ans. (G. Lyon.)

Dans les formes qui se compliquent de *méningisme* et dans lesquelles le médecin doit se garder d'assombrir trop le pronostic, car la guérison n'y est pas rare, le traitement consistera surtout dans les bains froids; on donnera une petite dose de calomel (0g10 à 0g20 centigrammes), on fera de grands lavages intestinaux, on prescrira un vomitif (0g75 centigrammes à 1 gramme de poudre et 40 grammes de sirop d'ipéca).

Si au contraire le petit malade était adynamique, si l'asphyxie devenait imminente, alors on devrait recourir à la teinture de digitale (v à x gouttes par jour dans une potion) et, au besoin, aux injections hypodermiques de caféine (0g20 à 0g40 centigrammes), ou d'huile camphrée.

Généralement la convalescence est prompte et avec la chute de température se modifient brusquement les phénomènes d'auscultation. Il ne reste pas, comme cela se voit souvent chez les gens âgés, des râles sous-crépitants. Lorsque la résolution ne se fait pas, lorsqu'il persiste de la fièvre, on peut affirmer qu'il s'est fait une complication, et celle à laquelle il faut toujours penser, parce qu'elle est fréquente et latente, et parce que la vie du malade en dépend, c'est *la pleurésie purulente métapneumonique*. On devra percuter, ausculter avec soin, surtout au niveau de l'espace interlobaire, où l'on trouvera quelquefois du souffle. On sera même en droit de faire une ponction exploratrice à ce niveau et, la pleurésie purulente diagnostiquée, on ne devra pas hésiter à pratiquer l'empyème. Si l'opération est faite de bonne heure, le petit malade reviendra vite à la santé. Si elle est faite trop tardivement, il y aura à craindre la persistance d'une poche suppurante, foyer d'infection qui sécrétera *pendant longtemps*.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(1er DÉCEMBRE 1899)

Cette séance, fort intéressante d'ailleurs, fut presque exclusivement consacrée à la présentation de malades ou de pièces anatomiques :

M. Thibierge a d'abord présenté une femme âgée de quarante ans, atteinte de **pigmentations bleues consécutives à des injections de morphine.** Cette femme est morphinomane depuis vingt-quatre ans. On remarque chez elle, au niveau de la paroi thoracique antérieure, la trace d'abcès multiples avec infiltration lardacée du tégument et cicatrices nombreuses. En outre, et ce sont là les altérations les plus intéressantes, on rencontre des taches cicatricielles de 2 à 3 millimètres de diamètre, de coloration bleue analogue à celle des tatouages à l'encre de Chine. Ces taches sont dues, non à un pigment d'origine hématique, mais à l'introduction de particules charbonneuses au moment de l'injection.

MM. Thibierge et Pagniez présentent un malade atteint d'**adéno-lipomatose symétrique.** Les masses lipomateuses siègent surtout au niveau du cou, où elles forment un double collier au niveau des triangles de Scarpa, de la paroi abdominale antérieure et du thorax. L'examen du sang a montré le petit nombre de lymphocytes; le malade présente, en outre, des troubles mentaux qui ont nécessité deux fois son internement.

MM. Pierre Marie et Couvelaire apportent des pièces anatomiques qui proviennent d'un sujet mort de **neurofibromatose généralisée.** Au cours de l'évolution de la maladie se développèrent des déformations thoraciques singulières, résultant du ramollissement du tissu osseux rappelant l'ostéomalacie. Les muscles aussi furent très altérés, furent atteints d'une atrophie particulière, laquelle frappa inégalement les fibres d'un même faisceau. Au niveau de l'estomac et de l'intestin grêle se trouvaient une douzaine de petites tumeurs fibreuses, dont les plus grosses atteignirent la dimension d'une noisette. La moelle présentait uniquement un épaississement assez marqué des méninges; les nerfs sous-cutanés et les principaux troncs nerveux présentaient des chapelets de renflements fusiformes.

MM. L. Rénon et L. Devillers rapportent une observation de **bronchite membraneuse chronique aspergillaire primitive.** Il s'agit d'une malade de trente-neuf ans qui exerce une profession bizarre; elle fait des sélections de graines, et surtout de grains de blé destinés à être ensemencés dans des terrains peu fertiles. Ce travail se faisait d'abord dans une pièce très humide, où les moisissures germaient sur le plancher et sur les sacs de grains; la malade, changeant de domicile, vint habiter la partie la plus basse d'une ville recouverte souvent par les brouillards.

En 1894, elle fut prise, à diverses reprises, d'un goût de moisi dans la bouche, qui s'est continué par intervalles jusqu'en 1898, où elle expulsait sa première membrane au milieu d'un cortège de symptômes bronchitiques; depuis, l'expulsion de nouvelles membranes se fait presque à chaque époque menstruelle. Ces membranes, de couleur blanchâtre et légèrement verdâtre, ne sont point ramifiées; elles sont composées uniquement de mycélium et de spores, sans autres micro-organismes.

Les cultures donnent naissance à l'aspergillus fumigatus virulent, qui provoque la mort des animaux inoculés avec les spores, ces derniers succombent aux lésions ordinaires de l'aspergillose expérimentale.

La contamination par les graines est indiscutable, mais nous pensons qu'il faut aussi tenir grand compte de l'humidité des locaux habités par la malade et de l'état hygrométrique de l'air, facteurs dont M. Lesage nous a révélé l'importance dans la pathogénie des mycoses.

Le traitement par l'iodure de potassium, l'arsenic, les

sulfureux, les inhalations d'iode, n'a guère eu de prise jusqu'à présent sur l'affection, qui paraît très rebelle.

Ce cas de bronchite membraneuse chronique aspergillaire de l'homme se rapproche beaucoup de ceux décrits par Lucet chez l'oie et la poule faisane; il est une preuve nouvelle de l'action pathogène primitive de l'aspergillus fumigatus soutenue par l'école française, conception qui vient de recevoir encore un nouvel appui du cas de pseudo-tuberculose aspergillaire décrit récemment chez une diabétique par Colla (de Turin).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 11 AU 16 DÉCEMBRE 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 11 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Poirier, Retterer et Heim.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Delbet et Lepage.

2e (chirurgien-dentiste), *Petit amphithéâtre* : MM. Déjerine, Sébileau et Desgrez; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Legueu; — (2e série) : MM. Kirmisson, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Méry et Teissier; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 12 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Le Dentu Bonnaire et Thiéry; — (2e partie) : MM. Cornil, Charrin et Thiroloix; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Hartmann; — (2e série) : MM. Berger, Brun et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Hutinel et Achard; — M. Roger, suppléant.

MERCREDI 13 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Jalaguier, Poirier et Legueu.

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Gley et Launois.

3e (oral, 1re partie, 1re série), *Faculté, salle n° 1* : MM. Lannelongue, Tuffier et Varnier; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Pinard, Delbet et Mauclaire ; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 14 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Hartmann et Faure.

1er (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Rémy et Thiéry; — M. Broca (André), suppléant.

VENDREDI 15 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Thoinot et Teissier.

2e (chirurgien-dentiste), *Petit amphithéâtre* : MM. Brissaud, Sebileau et André; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Jalaguier et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Wurtz et Widal; — M. Delbet, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 16 DÉCEMBRE, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Rémy et Albarran.

2e (nouveau régime) : MM. Gautier, Langlois et Retterer.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Debove, Ménétrier et Dupré.

2e (chirurgien-dentiste), *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Quénu et Roger; — M. Ballet, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Faure, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — L'enquête a fait découvrir dans un caveau de l'hôpital Beaujon où est déposé habituellement le linge sale, trois bouteilles en grés à eau purgative, contenant encore quelques gouttes d'acide azotique. Des traces d'escalade ont été également retrouvées sur un des murs de l'hôpital. Grâce à ces indications, un peu vagues, le magistrat instructeur espère arriver prochainement à la découverte des coupables.

Un point cependant l'embarrasse; il se demande en vertu de quel texte il devra informer? Le crime *moral* commis n'est, en effet, pas prévu par la loi. Il restera au juge la seule ressource de poursuivre pour violation de domicile, destruction d'objets mobiliers et autres délits de moindre importance.

En attendant, un certain nombre de membres du Conseil de surveillance, les membres du jury et un représentant du préfet de la Seine, tiendront demain une réunion préparatoire. Le projet élaboré sera soumis jeudi prochain au conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Hôpitaux de province. — *Reims.* — M. le docteur Saguet, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé médecin suppléant des hôpitaux.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Le concours pour la place de chef de clinique médicale vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Henry Viaud Grand-Marais.

— *Reims.* — M. le professeur de la Marlière et M. le docteur Cordier, directeur du laboratoire de bactériologie, ont reçu les palmes académiques à l'occasion de la séance de rentrée.

Guerre. — Par décret en date du 25 novembre 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Levassor, Boularan, Iscovescu, Pineau et Bureau.

Marine. — Par décision ministérielle du 29 novembre 1899, M. Couvy, élève de l'École du service de santé de la marine, reçu docteur devant la Faculté de Bordeaux le 24 novembre, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

Par décret, en date du 30 novembre 1899, M. le docteur Mottin, du corps de santé de la marine, a été nommé médecin de première classe, en remplacement de M. Babot, décédé.

M. Laget, médecin de première classe, du cadre de Toulon, est désigné pour continuer ses services au 11e régiment d'infanterie de marine, en Cochinchine en remplacement de M. le docteur Fortoul.

Distinctions honorifiques. — Le docteur Salimbéni est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre étranger, pour son dévouement pendant la peste d'Oporto.

MM. les docteurs Prost, Lomier et Lenoble sont nommés officiers d'Académie.

M. le docteur Binet est nommé chevalier du Mérite agricole.

La médaille des épidémies est décernée à MM. les docteurs Lédé, ancien inspecteur général adjoint de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation (médaille d'or); Loubrieu et Michaux (médaille d'argent).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort prématurée de M. le docteur Gustave Marchal (de Badonviller) et de M. Lelandais, étudiant à Caen, qui a succombé aux suites d'une piqûre anatomique.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 139. — JEUDI 7 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. JEUDI 7 DÉCEMBRE 1899. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique a tenu hier une réunion préparatoire ayant pour but de régler les incidents survenus à l'hôpital Beaujon.

Contrairement à ce que les journaux politiques ont annoncé, il a été décidé qu'il y avait lieu de recommencer le concours d'Internat. Cette décision sera communiquée au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui se réunira jeudi matin avenue Victoria.

Le conseil a déjà entre les mains le rapport sommaire de l'enquête de M. le juge de Valles. Cette enquête n'a pas encore donné de résultat définitif. On ne saurait d'ailleurs s'en étonner en tenant compte du grand nombre de personnes qui doivent être interrogées.

L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 12 décembre 1899, à 3 heures, rue des Saints-Pères, 49, sous la présidence de M. Panas.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les Prix décernés en 1899, par M. le docteur Vallin, secrétaire annuel.

2° Prix proposés pour 1900, 1901 et 1902.

3° Éloge de M. H. Roger, par M. le docteur J. Bergeron, secrétaire perpétuel.

Fondation Osiris. — L'Institut de France vient de recevoir de M. Osiris le don d'un capital représentant actuellement 32,000 francs de rente.

Les arrérages de cette donation, accumulés pendant trois ans, permettront à l'Institut de France de décerner un prix triennal de 100000 francs « à la découverte ou à l'œuvre la plus remarquable qui se sera produite au cours de la période de trois ans écoulée, dans les sciences, dans les lettres, dans les arts, dans l'industrie et, généralement, dans tout ce qui peut servir l'intérêt public ».

Ce prix nous touche spécialement, car M. Osiris signale particulièrement les découvertes qui relèvent de la science *chirurgicale et médicale*. Il sera attribué à un Français, sauf aux époques où l'échéance du prix coïncidera avec une Exposition universelle. Dans ce cas, un étranger pourrait en bénéficier.

Le premier prix Osiris sera décerné à la fin du premier semestre de l'année 1903.

Marine. — M. Dubois, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer numériquement au 1er régiment d'artillerie, à Toulon, M. le docteur Abbatucci.

Nomination. — M. le docteur Henri Pottevin est nommé directeur du bureau d'hygiène et du laboratoire municipal du Havre.

Chambre des députés. — M. Jouart vient de déposer sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi modifiant l'article 10 de la loi du 10 août 1871 et décidant qu'il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de conseiller général et celles de médecin chargé d'une partie du service des épidémies, de la protection des enfants du premier âge et des vaccinations.

Un complot contre la République. — Il ne s'agit pas bien entendu du complot que juge actuellement la Haute-Cour, mais de celui des pères de famille riches qui, par restriction volontaire, diminuent chaque année les effectifs de l'armée.

On avait compté que la récolte des jeunes conscrits serait cette année de 200000 hommes. Or, il manque 40000 sur les 200000 que nous attendions. C'est un désastre effroyable, le commencement de la débâcle, dit Hugues Le Roux dans le *Petit Marseillais*.

Ces pères de famille riches (au nombre de 93000 en chiffre rond) n'ont fait qu'un enfant pour leur laisser près d'un milliard.

Voici ce que nous apprend le langage brutal de la statistique officielle :

Au cours de l'année 1898, le total des valeurs transmises par voie d'héritage direct est de *trois milliards quatre cent soixante-neuf millions sept cent quatre-vingt-onze mille sept cent soixante-dix francs*, se décomposant exactement comme il suit, en arrondissant les chiffres pour faciliter la lecture :

93580 enfants uniques se sont partagé 1072885646 francs.

Le deuxième milliard (soit exactement 1059694869 fr.) a été divisé entre 154478 héritiers (famille de deux enfants).

Le troisième milliard (exactement 1337206191 fr.) a été divisé entre 437183 héritiers (famille de trois enfants et au-dessus).

« Ces 93000 pères de famille qui ne nous ont fait qu'un enfant pour leur laisser 1 milliard, voilà ceux que la loi devrait atteindre. Ils ont trahi la patrie ! »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de séméiologie médicale, par le docteur Paul Suard, professeur à l'École de médecine navale de Toulon. Un vol. in-8° jésus avec figures. — Prix : 16 francs. — Paris, Jules Rousset, éditeur.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par Georges Dieulafoy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu. Tome III (1898-1899), un vol gr. in-8°. avec fig. en noir et en couleurs. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le sang et son troisième élément anatomique, par le professeur A. Béchamp. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Chamalet, éditeur.

Les agnoscies, la cécité physique en particulier, par le docteur V. Nodet. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Alcan, éditeur.

Pathogénie, diagnostic et traitement des arthrites à pneumocoques, par le docteur Léon Leroux. Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Jules Rousset, éditeur.

Formulaire des médicaments nouveaux, par H. Bocquillon-Limouzin, avec introduction par H. Huchard. Un vol. in-8° cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

La tuberculose est curable, moyens de la reconnaître et de la guérir; instructions pratiques à l'usage des familles, par le docteur Élisée Ribard, membre du conseil d'hygiène du XVI[e] arrondissement, attaché au service des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut, avec préface du docteur Maurice Letulle, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Boucicaut. Un vol. in-8° couronne de 170 p., avec 14 fig. dont une en couleur et pl. hors texte, broché. — Prix : 2 francs. — Paris, Georges Carré et C. Naud, éditeurs.

L'appendicite, formes et traitement, par le docteur Aug. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau. Un vol. in-16 de 88 pages, 8 fig., cart. (Actualités médicales). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

REVUE GÉNÉRALE

Les cancers du duodénum (1).

Par M. Nattan-Larrier,
Interne des hôpitaux de Paris.

III

Anatomie pathologique. — D'une façon toute schématique, on peut au point de vue macroscopique diviser les cancers du duodénum en deux groupes, les uns sont circulaires et constituent une sorte de virole autour de l'intestin ; de telle sorte, qu'une dilatation se forme en amont du néoplasme ; les autres se présentent comme des tumeurs qui sont et restent pariétales. Les cancers périampullaires appartiennent au deuxième groupe ; les cancers juxtapylorique et préjéjunal au premier. Aussi la description de ces deux types sera-t-elle nettement séparée. On doit toutefois reconnaître avec Pic que les cancers circulaires du duodénum peuvent avoir présenté au début de leur évolution une forme plus limitée.

A. Cancer juxtapylorique et préjéjunal. — A l'ouverture de l'abdomen le néoplasme apparaît parfois comme une masse dont il est difficile de délimiter les contours ; plus souvent au niveau même de la tumeur, l'intestin conserve encore son individualité. Le point où siège le cancer se montre alors au premier abord soit comme une portion rétractée et froncée de l'intestin, soit comme un sillon plus ou moins régulier.

Le péritoine est épaissi, blanchâtre, vascularisé, souvent semé de saillies irrégulières qui correspondent aux lymphatiques cancérisés. A l'ouverture de l'intestin toutes les tuniques paraissent épaissies. La surface interne est irrégulière, tomenteuse, ramollie par place, ou dure, mamelonnée et résistante; quoique la muqueuse ait entièrement disparu on n'a pas toujours alors l'impression d'une ulcération réelle. Plus rarement il existe un ulcère à fond presque régulier à bords déchiquetés, occupant la moitié ou les trois quarts de la circonférence intestinale. Lorsque le cancer succède à un ulcère, il peut se présenter comme une tumeur siégeant au centre ou à la périphérie d'une surface d'aspect cicatriciel.

La sous-muqueuse toujours épaissie et infiltrée adhère intimement à la muqueuse et à la musculaire. La musculaire elle-même semble hypertrophiée ; son épaississement n'est en réalité pas seulement dû à l'augmentation de volume de ses couches, car celles-ci sont encore traversées par une série de lignes blanchâtres, perpendiculaires à l'axe de l'intestin et formées par l'infiltration cancéreuse. Lorsque la tumeur est volumineuse, elle forme une masse épaisse souvent de 4 à 5 centimètres où il est difficile de distinguer les diverses portions des tuniques intestinales.

La tumeur s'étend parfois à presque toute la longueur du duodénum ; dans quelques cas, elle ne forme qu'une virole cancéreuse qui semblerait cicatricielle si l'infiltration des couches musculaires ne voilait à première vue son origine. Le cancer, souvent dur sur toute son étendue, peut aussi ne prendre cette consistance qu'au niveau même du point qui correspond au rétrécissement. L'envahissement de l'intestin est en effet toujours plus étendu qu'il ne le semble à première vue. Le canal rétréci ne dépasse souvent pas 2 à 4 centimètres de longueur, mais l'infiltration cancéreuse s'étend à distance. Quant au rétrécissement lui-même, son calibre est variable et si dans certains cas il admet encore le petit doigt, dans d'autres il laisse à peine passer une sonde cannelée.

Le lymphadénome du duodénum ne répond pas à cette description : il se montre sous deux aspects bien différents. Tantôt il résulte nettement d'une effraction produite par l'extension du processus qui a atteint les masses ganglionnaires du mésentère, tantôt il est formé par une tumeur qui est indépendante des ganglions. Dans ce cas le duodénum se présente comme un conduit rigide largement béant à la coupe, la paroi en est manifestement augmentée d'épaisseur et il est difficile d'en distinguer les divers éléments constitutifs, de telle sorte que les protocoles d'autopsie portent souvent que la muqueuse n'est pas ulcérée. Dans le premier cas le duodénum se perd dans une tumeur volumineuse et molle d'une coloration blanchâtre ; la coupe montre que l'intestin n'est plus représenté que par une cavité irrégulière. Ces divers caractères montrent que le lymphadénome du duodénum s'étend le plus souvent à cet intestin tout entier et qu'il n'en rétrécit pas la lumière d'une manière aussi constante que le cancer ordinaire.

Toutes les portions du tube digestif situées en amont du rétrécissement cancéreux sont en général dilatées. C'est ainsi que l'estomac distendu au maximum pourra occuper la plus grande partie de la cavité abdominale ; le pylore forcé laissera libre communication entre l'estomac et le duodénum, celui-ci même dilaté au-dessus du rétrécissement pourra prendre un volume égal à celui de l'avant-bras ; dans plusieurs cas même, sans qu'il existât d'obstacle à l'écoulement de la bile, les canaux excréteurs du foie ont été trouvés largement dilatés (Bard).

Les propagations par voisinage du cancer sont très fréquentes. La vésicule biliaire, l'épiploon, le pancréas, sont les organes les plus fréquemment atteints. « La généralisation au reste du tube digestif a été notée quatre fois (sur 12 observations), dit M. Pic, aux ganglions dans deux cas, au foie dans deux observations, au péritoine deux fois, au cœur une fois. » L'auteur ajoute que la généralisation pleuro-pulmonaire n'a pas été signalée et que la généralisation aux voies biliaires n'a été relevée que deux fois.

L'histologie du cancer du duodénum ne présente aucun caractère spécial. Le stroma est en général très abondant, parfois riche en fibres élastiques (Baillet). Les éléments cellulaires sont parfois disposés en alvéoles et semblent quelquefois nettement cylindriques (Courmont et Lannois). Mais plus souvent les cellules cancéreuses sont infiltrées et polyédriques, et c'est par place, seulement, qu'on trouve quelques cellules cylindriques rangées plus ou moins régulièrement. Le lymphadénome se présente avec son aspect habituel, infiltration diffuse et totale de petites cellules à gros noyaux, situées dans un réticulum caractéristique. A ces divers types, M. Pic a ajouté un épithélioma primitif des glandes de Brünner : cette variété rare est encore peu connue.

B. Cancer de l'ampoule de Vater. — Le cancer de l'ampoule de Vater a été successivement considéré comme un cancer pancréatique excrétoire (Bard), comme un cancer de la portion terminale du cholédoque (Rolleston et R. Durand-Fardel), comme un cancer orificiel du pylore pancréatico-biliaire (Hanot), comme un cancer intestinal. Comme chacune de ces dénominations s'appuie sur la description d'un ou deux cas, on serait donc conduit à admettre les variétés de cancer vatérien, d'après la localisation sur la partie ter-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1291.

minale du cholédoque ou du canal de Wirsung, sur la portion commune à ces deux canaux, ou sur leur orifice intestinal. Cette division ne semble pas pouvoir être maintenue. En clinique, aucune nuance ne permet de distinguer ces cancers d'après le point exact où ils se localisent. Ces distinctions subtiles indiquent, d'autre part, une étude topographique, qui est d'une extrême difficulté lorsque le cancer modifie l'aspect habituel des parties. Enfin, l'ampoule de Vater ne se trouve à l'état normal que dans un tiers environ des cas, et le schéma classique de la région ne peut être admis. En histologie, la structure du canal de Wirsung est bien différente de celle du canal cholédoque ou de celle de la muqueuse intestinale ; au contraire, la transition est graduelle entre celle-ci et la muqueuse du cholédoque. Aussi, pourrait-on retrancher de la description tous les cancers localisés au canal de Wirsung, et tous ceux qui atteignent le cholédoque au delà du point où il traverse les tuniques intestinales. Les vrais cancers de l'ampoule de Vater se trouveraient ainsi situés dans toute la région qui s'étend depuis la région péri-orificielle jusqu'à celle où le cholédoque prend sa structure propre. On comprendrait ainsi que ces tumeurs présentent à l'orifice intestinal le type des tumeurs intestinales, pour s'en écarter davantage à mesure qu'elles sont situées plus haut.

Nous distinguerons un cancer formant tumeur dans le duodénum, c'est le type le plus fréquent (Hanot, Rendu, Thomas et Noïca). La tumeur se montre comme une petite masse mamelonnée, formant un relief de 1 à 2 centimètres dans la lumière intestinale. La vascularisation des tissus est abondante, leur résistance variable. A la coupe, le néoplasme présente l'aspect d'un cancer. En général, le cholédoque semble déboucher à la partie de la tumeur la plus rapprochée du pylore; il est rétréci, mais encore perméable à sa terminaison ; plus haut, il est dilaté ; le canal de Wirsung est fréquemment intact.

Dans un deuxième groupe de faits, le cancer est situé au delà de l'orifice vatérien ; le cas de Dominici en est l'exemple le plus remarquable. A l'ouverture de l'intestin, l'ampoule faisait saillie dans le duodénum ; si on l'incisait, on voyait que le néoplasme formait un diaphragme dur, mince, à pli radié, fermant le cholédoque à sa terminaison. Dans un autre cas, l'ampoule contenait une véritable petite tumeur du volume d'une noisette, plus rarement il existe une infiltration en nappe du cholédoque (Coats et Finlayson). Ces descriptions correspondent au véritable cancer de l'ampoule de Vater. La variabilité des rapports du canal de Wirsung avec le cholédoque explique que le premier ne soit comprimé et distendu que dans la moitié environ des cas. Ce fait dépend également de la forme et du volume de la tumeur.

Le troisième groupe a pour type le cas de R. Durand-Fardel. La tumeur arrondie, de la taille d'un noyau de cerise, siège sur le cholédoque, au point où ce dernier traverse les couches musculaires de l'intestin. Situé sur la paroi du cholédoque correspondant à l'intestin, le cancer traverse toute l'épaisseur des tuniques de celui-ci, de manière à former, dans la lumière même du duodénum, une petite plaque néoplasique d'un centimètre de diamètre. Dans ces cas ordinairement, le canal de Wirsung n'est pas dilaté.

Les lésions secondaires au cancer de la région vatérienne sont, en premier lieu, celles qui résultent de la rétention biliaire et de l'angiocolite : canal cholédoque distendu, vésicule énorme, foie ictérique avec lésions d'angiocolite et souvent de cirrhose. Lorsque le canal de Wirsung est rétréci, le pancréas peut être sclérosé. L'état des ganglions a été peu étudié.

Les greffes à distance de ces cancers paraissent assez rares. Pourtant, dans quelques observations, des noyaux disséminés peu nombreux et peu volumineux ont été constatés dans le foie. Quant à l'envahissement du pancréas, s'il est fréquent dans le cas où le duodénum est largement infiltré, il est très rare dans les cancers péri-vatériens.

La structure histologique de ces tumeurs semble varier un peu suivant le groupe auquel elles appartiennent. Les cas du premier groupe sont souvent des épithéliomas cylindriques disposés sous forme de lobes et de lobules, on a même noté dans une observation que la tumeur présentait par places l'aspect d'un adénome, mais en d'autres points les cellules étaient moins régulières, les noyaux bourgeonnants et multiples, la muscularis mucosæ et la sous-muqueuse envahies. Dans la profondeur, les éléments étaient polymorphes et irrégulièrement distribués (R. Durand-Fardel).

Dans les faits du deuxième groupe, le cancer est à proprement parler vatérien. Ces cas sont rares et il est difficile d'en faire une étude complète. « Il s'agit, dit Hanot dans la description de son cas, d'un épithélioma cylindrique affectant l'aspect d'un carcinome dans la plus grande partie de son étendue .» Ce qui caractérise mieux la tumeur c'est que, développée aux dépens de la muqueuse vatérienne, elle comporte l'envahissement complet de celle-ci, tandis que le duodénum est envahi de la sous-muqueuse vers la muqueuse, qui d'ailleurs reste souvent intacte.

La description des cas du troisième groupe reproduirait à peu près celle des tumeurs du cholédoque.

IV

Diagnostic. — A. Un malade maigrit, son teint devient pâle, souvent jaunâtre, ses digestions sont un peu lentes et pénibles ; à la suite de circonstances fortuites, sans que ses douleurs gastriques deviennent plus vives, il est pris de vomissements, rares, volumineux, du type des vomissements par sténose pylorique ; à l'examen, on trouve parfois une tumeur volumineuse et irrégulière sous les fausses côtes droites ; la grande courbure de l'estomac est très abaissée, elle est le siège de contractions péristaltiques ; le matin à jeun l'estomac contient du liquide. Puis les vomissements deviennent plus fréquents, la constipation s'accentue, il existe quelquefois du melæna, la cachexie cancéreuse s'établit. Les généralisations apparaissent. La maladie semble avoir d'abord traversé une période latente, puis la tumeur est apparue et le tableau s'est complété.

Le diagnostic à la première période ne se fera guère et si la cachexie déjà menaçante indique un cancer, il sera difficile, en l'absence de tumeur et de signes fonctionnels, d'en délimiter le siège. Au moment où la maladie est nettement constituée, la dilatation, la stase gastrique, etc., indiquent un obstacle permanent à l'évacuation de l'estomac. Quel en est le siège? La constatation d'une tumeur ne sera guère utile, car les limites de celle-ci ne sont jamais très précises. L'examen du suc gastrique n'aura qu'une importance secondaire. Pourtant, suivant Hayem, « quand le liquide de rétention sera abondant et souillé de débris alimentaires grossiers facilement reconnaissables et se rapportant parfois à des aliments déglutis plusieurs jours auparavant, on devra placer le siège au niveau du pylore. » Au contraire,

la sténose serait sous-pylorique lorsque les débris alimentaires sont assez ténus pour n'être reconnus qu'au microscope. Enfin, la marche même de la maladie, l'apparition tardive des vomissements et des douleurs, l'absence d'hématémèse, la cachexie en apparence prémonitoire sont plutôt en faveur d'une lésion du duodénum. La nature du rétrécissement est d'un diagnostic le plus souvent aisé; la cachexie un peu spéciale, la constatation presque constante d'une tumeur sont des éléments de grande valeur. Cette tumeur volumineuse ne sera pas en général confondue avec la cicatrice d'un ulcère compliqué de péritonite chronique : l'empâtement est alors plus diffus; la période cachectique a été précédée à longue échéance d'une phase douloureuse. Mais nous savons que le cancer peut être une complication terminale de l'ulcère.

B. Le diagnostic du cancer sous-vatérien est souvent encore plus malaisé. Chez un malade anémié, mais qui n'a jamais souffert de l'estomac, se montrent brusquement une constipation absolue, des vomissements verdâtres, un ballonnement de la portion supérieure de l'abdomen, on pourrait penser à des accidents péritonéaux, si le faciès du malade, la température et le pouls, l'absence de toute sensibilité de l'abdomen, la dilatation de l'estomac n'attiraient l'attention d'un autre côté. Plus souvent, l'affection se traduit chez un individu déjà cachectique par une stase gastrique permanente, sans grande modification de l'acide chlorhydrique, avec liquide gastrique caractéristique, privé de levure, mais riche en débris alimentaires pris le matin à jeun, même lorsque le lavage a été fait la veille au soir.

Les vomissements constamment bilieux indiquent un obstacle siégant au-dessous de l'ampoule de Vater, la constipation avec urines peu abondantes marque un obstacle permanent au cours des matières. L'existence d'une tumeur permet rarement d'affirmer la nature cancéreuse de la maladie, mais les mélæuas ne sont qu'un indice.

C. Le cancer de la région vatérienne possède une symptomatologie purement hépatique. Un malade voit peu à peu ses forces diminuer ; depuis un an il maigrit, il éprouve parfois une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, mais rien n'attire l'attention sur l'état de son foie ou de ses voies digestives. Brusquement un ictère par rétention se produit, parfois il a l'àpparence d'un ictère catarrhal passager et récidivant, dans d'autres cas il s'installe d'emblée d'une façon définitive. La cachexie s'accentue alors, le foie se tuméfie, la vésicule biliaire se distend et la mort par épuisement des forces ou par infection survient dans un délai qui atteint rarement un an sans jamais dépasser cette durée. Pendant toute la maladie, les symptômes douloureux ont été réduits à leur moindre expression ; les coliques hépatiques n'ont pas précédé l'apparition de l'ictère et n'en ont pas accompagné l'évolution.

La lithiase biliaire est donc facile à éliminer ; le mode de début, l'absence de douleur, la distension de la vésicule biliaire possèdent la plus grande importance. A l'absence de tout signe d'infection la leucocytose pourrait fournir un argument en faveur du cancer. Mais le diagnostic devient étrangement compliqué si le malade, cas très rare d'ailleurs, est un ancien lithiasique, s'il existe de la fièvre, si la vésicule n'est pas perceptible. On sait d'ailleurs que le signe de Courvoisier-Terrier n'a pas toute la valeur qu'on lui a accordée. La vésicule biliaire n'est pas constamment rétractée dans tous les cas de calculs des voies biliaires, on a cité des cas de lithiase de l'ampoule de Vater où la vésicule biliaire était distendue, mais où l'ictère, il est vrai, n'existait pas (Griffon). Plus probants sont les cas de lithiase avec rétention biliaire et ectasie vésiculaire que Reclus a réunis. Dans ces circonstances l'analyse attentive de la nature de la douleur et de la marche de la maladie permettra seule de poser les bases d'un diagnostic.

En dehors des cas exceptionnels de lithiase avec distension vésiculaire, il reste à examiner les cancers qui primitivement ou secondairement amènent une oblitération permanente des voies biliaires. Le cancer de l'estomac avec propagation secondaire aux voies biliaires a une histoire toute différente, l'ictère est un symptôme terminal, la rétention biliaire est rarement absolue, l'existense d'une tumeur perceptible à la région épigastrique, l'absence de dilatation considérable de la vésicule biliaire sont des éléments d'une importance telle que le diagnostic ne se pose en général même pas entre les deux affections.

Le diagnostic du cancer du pancréas présente de plus grosses difficultés. On y rencontre, aussi bien que dans le cancer vatérien, un ictère chronique progressif, une dilatation énorme de la vésicule biliaire, un amaigrissement rapide. Mais ces signes n'indiquent que l'oblitération permanente des voies biliaires, au cancer du pancréas reviendraient l'extrême rapidité de la cachexie et les symptômes d'ordre secondaire, tels que la douleur profonde, le faible volume du foie, la stéarrhée, la présence de fibres musculaires striées dans les manières fécales. Enfin, d'après Thirallié, l'évolution du cancer du pancréas comprendrait toujours une période de début. Ce premier stade caractérise les phénomènes du diabète maigre, n'appartient pas au cancer de l'ampoule. C'est donc l'étude de l'évolution de la maladie qui fournira les éléments du diagnostic différentiel.

Le cancer des voies biliaires se distingue plus malaisément encore du cancer de l'ampoule de Vater. Le mode de début, l'apparition de quelques symptômes intestinaux rendraient seuls possible le diagnostic de celui-ci.

V

Données étiologiques. — Dans cette discussion, nous n'avons pas insisté sur l'étiologie du cancer du duodénum; elle ne montre, en effet, aucun caractère qui soit spécial aux tumeurs du duodénum.

Dans 10 cas sur 33, le malade était âgé de plus de soixante-dix ans; cinq observations mentionnent, au contraire, un âge inférieur à quarante ans. Le malade le plus jeune avait dix-huit ans.

Parmi les cas cités, le nombre de ceux qui se rapportent à des femmes est six fois moins grand que le nombre de ceux qui concernent des hommes. Cette statistique, peu intéressante en apparence, le devient davantage si l'on se souvient que la lithiase biliaire est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. On est donc amené à admettre que le passage des calculs biliaires ne peut prendre une bien large part dans l'étiologie de la maladie. Si la lithiase biliaire jouait un rôle important, son influence se montrerait surtout dans les cancers de la région vatérienne. Or, le cancer de cette région est aussi rare chez la femme que le cancer des autres portions du duodénum.

Cancer du duodénum et lithiase biliaire. — Nous sommes ainsi amenés à nous demander si la lithiase biliaire présente quelque rapport étiologique avec le cancer du duodénum et, en particulier, avec le cancer périvatérien. Or, parmi seize observations, on ne rencontre qu'une seule

fois (Durand-Fardel) l'existence de coliques hépatiques : encore, ces accidents précédèrent-ils de plus de vingt ans l'apparition du cancer de l'ampoule. Mais ce fait reste isolé, On ne saurait donc établir aucun lien entre le cancer de la région vatérienne et la lithiase biliaire.

Cancer du duodénum et ulcère. — L'ulcère du duodénum peut-il, comme l'ulcère de l'estomac, favoriser le développement du cancer? Assurément, les observations irréfutables sont rares, pourtant, on peut citer celles de Eichhorst, Ewald, Schrœtter, Mackenzie. Letulle a rapporté récemment un nouveau cas de ce genre. Peut-être, une étude plus attentive de l'histoire des malades montrera-t-elle que la coïncidence de l'ulcère et du cancer est plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois. Mais cette origine ne saurait guère en tous cas être invoquée que pour le cancer de la première partie du duodénum. En effet, c'est là surtout que se rencontre l'ulcère : sur 262 observations, Collin l'y trouve 242 fois, tandis qu'il n'existe que 14 fois dans la portion descendante et 6 fois dans le reste de l'étendue du duodénum.

Il serait intéressant de savoir si une modification antérieure de la muqueuse du duodénum peut y faciliter le développement du cancer. Mais on connaît mal encore les lésions cellulaires duodénales. Leur coïncidence avec les gastrites serait assez fréquente,suivant Hayem ; mais celles-ci sont rarement signalées dans les cancers du duodénum, soit que la maladie ait passé inaperçue, soit que le cancéreux n'ait réellement jamais été un dyspeptique.

VI

Il est difficile actuellement de parler du traitement des cancers du duodénum. Le traitement médical ne peut jouer qu'un rôle palliatif, car il s'adresse surtout aux signes fonctionnels, indices de la gravité de la maladie.

Le traitement chirurgical semble appelé à jouer un rôle plus important, mais une distinction importante doit être faite entre les deux types principaux du cancer duodénal. Le cancer de l'ampoule de Vater, étroitement limité, sans symptômes intestinaux, sans généralisation apparente, doit être considéré, au point de vue chirurgical, comme une simple obstruction permanente au cours de la bile, il sera donc justiciable du traitement auquel ressortit cette dernière, et l'intervention pourra être favorable.

L'intervention sera peu utile au contraire dans les cas de cancer juxtapylorique ou préjéjunal ; car l'extension de ces néoplasmes est rapide, et le diagnostic de la maladie se fait tardivement au moment où les signes fonctionnels révèlent en même temps l'existence et la gravité de la maladie.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur LESNÉ,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

VI

PNEUMOCOQUE. — Après les pyogènes vrais, le pneumocoque Talamon-Frænkel est l'un des microbes que l'on rencontre le plus fréquemment.

Historique. — Klebs en 1877 décrit le monas pulmonale ; Éberth en 1878, trouve dans le poumon d'un pneumonique des diplocoques ovalaires. Pasteur, en 1881, isole le diplocoque dans la salive, démontre sa virulence chez le lapin et l'appelle microbe de la septicémie salivaire. Mais Friedlander en 1882, note dans les crachats de pneumoniques la présence d'un diplocoque encapsulé, cultivant à la température ordinaire et inoffensif pour le lapin, c'est le pneumocoque de Friedlander dont les caractères morphologiques et biologiques sont très différents de ceux du pneumocoque vrai. Les propriétés spécifiques du pneumocoque vrai ont été bien mises en lumière par Talamon en 1883 et par Frænkel en 1886 qui a insisté sur la non-identité du pneumobacille de Friedlander et du pneumocoque. Ces travaux de Frænkel ont été confirmés par ceux de Sternberg, Netter et Weichselbaum.

Morphologie. — Si l'on examine une préparation de crachats de pneumonique en colorant par les procédés habituels, le coccus pneumoniæ apparaît en diplocoque; chaque coccus est effilé à l'une de ses extrémités d'où les comparaisons en flamme de bougie, en grain de blé, en fer de lance, etc. Le diplocoque est entouré d'une capsule très visible surtout lorsque, après l'action du colorant (bleu, violet ou ziehl), on lave à l'eau acétique à 1 p. 100. Parfois on aperçoit quelques grains isolés encapsulés, ou plus rarement une seule capsule englobant trois ou quatre éléments disposés ou non en chaînettes.

Le pneumocoque ne se décolore pas par le Gram ; il s'ensuit que pour le différencier en liquide pathologique ou dans l'intérieur des tissus, il est bon d'employer la méthode Gram-Weigert-éosine.

Culture. — C'est un *facultatif* aérobie ou anaérobie; il ne cultive pas à la température ordinaire. Pour cultiver le pneumocoque on peut, à l'aide des boîtes de Pétri ou des ensemencements en série, l'isoler de crachats ou de pus, mais il est préférable, après un examen direct sur lame ayant révélé la présence du diplocoque, d'inoculer dans le tissu cellulaire sous-cutané de la souris un crachat de pneumonique ; l'animal meurt de septicémie généralisée en douze ou vingt-quatre heures, et l'ensemencement du sang du cœur sur les différents milieux donne des cultures dont les caractères sont les suivants :

Sur *gélose*, la culture apparaît en douze heures, mais n'est complète qu'en quarante-huit heures, elle revêt l'aspect de petites *gouttes de rosée* à peine saillantes.

Sur *gélatine* pas de culture, car le pneumocoque ne cultive qu'à partir de 28 degrés, température à laquelle la gélatine est liquéfiée. On ne peut donc employer que la gélatine mêlée de gélose à 15 p. 100. Pas de *liquéfaction*. En piqûre, *culture en clou* moins épaisse que celle fournie par le microbe de Friedlander.

Le *sérum solide*, surtout le sérum de lapin, est un très bon milieu de culture; les colonies sont identiques à celles qui se développent sur gélose.

Le *bouillon alcalinisé* devient trouble en vingt-quatre heures pour s'éclaircir après quarante-huit heures, alors qu'il existe au fond du tube un dépôt pulvérulent.

Le *lait* coagule en vingt-quatre heures.

Le *sérum liquide de lapin* (Mosny) et le *sang défibriné liquide d'homme, de cheval, de chien, de lapin* (Gilbert et Fournier) sont d'excellents milieux dans lesquels le pneumocoque pousse abondamment, conserve longtemps vitalité et virulence, et *garde sa capsule contrairement à ce qui se passe* dans les autres milieux.

Ces caractères morphologiques et biologiques permettent de distinguer le pneumoque du *pneumobacille de Friedlander*, hôte habituel de la bouche, du nez et des poumons, ou associé à d'autres microbes dans des infections pharyn-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225 1254, et 1284.

gées, nasales, otiques, oculaires, broncho-pulmonaires. C'est un diplocoque encapsulé dans les liquides pathologiques, et qui donne en piqûre sur gélatine une culture en clou, sans liquéfier le milieu, mais il diffère du pneumocoque de Talamon-Frænkel par les caractères suivants :

Il pousse à la température ordinaire ;
Trouble le bouillon ;
Donne sur agar des cultures épaisses et luisantes ;
Peut revêtir en culture la forme bacillaire ;
Se décolore au Gram ;
Ne tue pas en général le lapin.

Vitalité. Virulence. — Le pneumocoque pousse entre 28 et 39 degrés, son maximum de développement est de 34 à 39 degrés ; il meurt vers 41 ou 42 degrés. Dans les milieux de culture, à part le sang défibriné, sa vitalité est très restreinte, il est nécessaire de faire un repiquage tous les deux jours, et même dans ces conditions, dès le quatrième ou cinquième ensemencement il ne pousse plus. Cette fragilité tient aux produits acides qu'il sécrète ; aussi, pour prolonger sa vitalité, est-il bon d'ajouter au bouillon un peu de carbonate de chaux.

La virulence diminue et disparaît encore plus rapidement des cultures et il est très difficile de la conserver, ou de l'exalter. Cependant elle s'affaiblit moins vite après ensemencement en milieu anaérobie, ou en milieu sanguin ou ensanglanté.

Roux conserve cette virulence durant une année en maintenant à l'étuve une pipette fermée à la lampe contenant du sang de souris morte d'infection pneumococcique.

Pour exalter la virulence, il faut recourir aux injections associées (injecter à une souris en même temps que du pneumocoque des cultures ou toxines de staphylocoques ou de proteus), on fait passer le germe à travers une série d'organismes vivants (lapin, injection sous-cutanée ou intra-péritonéale).

Inoculations aux animaux. — L'inoculation aux animaux peut se faire soit pour affirmer la présence du pneumocoque dans un liquide pathologique, soit pour exalter la virulence d'un microbe isolé. La souris est l'animal de choix et par injection sous-cutanée même d'un liquide pathologique où le pneumocoque est associé à d'autres microbes, elle meurt de septicémie en douze à vingt-quatre heures ; le sang du cœur contient à l'état de pureté des pneumocoques encapsulés. Le lapin meurt de la même façon en dix-huit à vingt-quatre heures. Quand la virulence est moins grande, on obtient, suivant les échantillons essayés, une septicémie subaiguë, un abcès au point d'inoculation, une cachexie lente ou enfin aucun effet.

L'injection intra-pulmonaire chez le chien, le mouton, animaux moins sensibles que la souris et le lapin, produit les lésions de pneumonie fibrineuse sans infection généralisée. La phagocytose est le moyen de défense de l'organisme comme l'indique la numération des leucocytes chez les animaux infectés. Lorsque chez le lapin on emploie une culture virulente, l'animal meurt en hypoleucocytose, il y a au contraire leucocytose lorsque la culture est peu virulente et que l'animal survit à l'inoculation.

La pneumotoxine est peu active, elle ne tue le lapin qu'à la dose de 30 centimètres cubes et de plus ses propriétés toxiques disparaissent par le chauffage. Injectée dans le poumon du lapin, elle peut produire toutes les variétés de pneumococcie pulmonaire (Carnot).

Pneumocoque chez l'homme. — Le pneumocoque existe *normalement* à l'état de saprophyte dans la salive, sur les amygdales d'où l'on peut l'isoler et le cultiver, mais sous des influences variables (diminution de résistance du terrain, association microbienne) ce germe devient pathogène. Il est l'agent de la pneumonie franche fibrineuse, et ici comme chez l'animal la réaction phagocytaire est un bon élément de pronostic ; la polynucléose peut atteindre 18 à 20000 dans les cas qui guérissent ; l'hyperthermie, l'acidité du suc pulmonaire et aussi la production de fibrine (Gilbert et Fournier) seraient les moyens de défense de l'organisme contre l'infection.

En dehors du poumon, le pneumocoque peut se localiser sur la plèvre, le péritoine, le péricarde, les synoviales articulaires, les méninges, les amygdales, le péricarde. Tantôt ces complications apparaissent en dehors de toute pneumonie, tantôt, et cela est surtout fréquent pour la pleurésie, elles sont métapneumoniques. L'infection peut se faire par propagation ou par généralisation, et la pneumococcie avec présence du microbe dans le sang est aujourd'hui connue. Le pneumocoque peut donc produire en pathologie humaine des lésions très variables et montrer l'agent unique de certains foyers purulents.

Le pus à pneumocoque est épais, bien lié, sans fétidité. L'action pathogène du pneumocoque dure peu dans l'organisme vivant, elle persisterait de sept à neuf jours (durée de la pneumonie) ; et cependant, dans certaines broncho-pneumonies, le pneumocoque peut conserver sa virulence pendant beaucoup plus longtemps. Les crachats desséchés sur un linge gardent leur virulence pendant un temps qui varie de vingt-cinq à soixante jours, l'action de l'air et de la lumière solaire ne l'anéantit pas rapidement, ce qui explique la contagion de la pneumonie.

Vaccination. — L'injection dans l'organisme de l'animal de substances solubles sécrétées par le pneumocoque, rend cet animal réfractaire. On a successivement employé les cultures de plus en plus virulentes, les cultures stérilisées par le chauffage ou le chloroforme, l'extrait de culture glycériné puis filtré, l'extrait glycériné, chauffé et filtré d'organes ou de sang d'animaux infectés, le sérum de ces mêmes animaux. Le *sérum des animaux vaccinés n'est pas antitoxique*, car il ne neutralise pas les toxines pneumococciques *in vitro* et *in vivo ;* il n'*est pas non plus bactéricide*, car le pneumocoque y pousse, quoique moins bien que dans un autre sérum, la culture se présente, en effet, sous forme de grumeaux et les microbes sont en chaînettes.

Le sérum des animaux vaccinés *a une action vaccinale* des plus nettes, mais son action curative est très douteuse, peut-être à cause de la pluralité des races pneumococciques.

Les essais de sérumthérapie chez l'homme ont fourni des résultats très inconstants.

Sérodiagnostic des infections à pneumocoques. — Ces recherches furent entreprises par MM. Bezançon et Griffon après la découverte du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. Cette réaction est très nette chez les animaux infectés, dont le sérum, ensemencé de pneumocoque, présente, au bout de vingt-quatre heures d'étuve, une couenne où les pneumocoques sont en amas et ont perdu leur capsule ; ce pouvoir agglutinatif persiste dans les sérums dilués.

On retrouve la réaction chez l'homme, mais à un faible degré ; le pneumocoque ensemencé dans le sérum d'homme atteint d'infection pneumococcique pousse mal, les microbes forment des amas, ou plus souvent des chaînettes, entre

lesquelles les éléments libres sont rares, et la capsule a en général disparu. Mais cette agglutination n'est constante que si l'on emploie le pneumocoque du malade dont on essaie le sérum. C'est donc là surtout un réactif permettant de séparer des races de pneumocoques très voisines.

COLOMBOPHILIE MÉDICALE

Par M. le docteur KAPLAN (de Janville).

Depuis quelque temps, différents journaux politiques ou médicaux ont fait paraître des notes sur l'emploi des pigeons voyageurs par les médecins de campagne. Toutes ces notes, d'ailleurs anonymes, ne sont que de simples échos de rédaction sans aucun détail, ni données rigoureuses.

Je ne sais s'il y a en France des médecins se servant des pigeons pour communiquer avec leurs malades, la chose est possible, mais malgré mes recherches je n'ai pu trouver aucun travail sur cette question intéressante.

Voilà plus de deux ans, j'ai eu l'idée d'utiliser les pigeons comme messagers entre les malades et le médecin.

L'an dernier, après avoir consulté des colombophiles compétents, j'ai mis mon projet à exécution.

Je viens dans ces lignes soumettre à mes confrères les résultats que j'ai obtenus.

Les conditions d'exercice de notre profession en ville et à la campagne diffèrent notablement. En ville le malade est en général près de *son* médecin ou d'*un* médecin; toute complication ou aggravation dans son état peut être promptement constatée, combattue et enrayée. Il n'en est pas de même à la campagne, où les malades sont souvent à des distances considérables de la demeure du médecin, qui peut arriver trop tard pour agir d'une façon vraiment efficace.

Vous soignez par exemple une fièvre typhoïde à 10 kilomètres, vous avez vu votre malade le matin et l'avez trouvé dans un état assez satisfaisant; vous vous éloignez continuant votre tournée; peu de temps après, une hémorragie intestinale ou toute autre complication grave se déclare; la famille se met en mesure de vous prévenir et de vous demander de venir à nouveau: il lui faut trouver cheval, voiture et conducteur, ce qui est souvent difficile à la campagne où gens et bêtes sont occupés aux travaux des champs; plusieurs heures se passent avant que vous soyez prévenu. Malgré votre bon vouloir et toute votre diligence, vous ne trouvez plus en arrivant qu'un moribond et tous vos efforts resteront vains et inutiles.

Il me serait facile de citer et de multiplier les exemples de ce genre, si je voulais narrer à ce point de vue ce que j'ai constaté pendant les onze années de pratique médicale à la campagne. Je le crois inutile, car je parle à des confrères qui l'ont certainement observé comme moi.

En comparant, au point de vue du pronostic, les résultats obtenus chez les malades du bourg que j'habite, où les conditions sont par conséquent les mêmes qu'à la ville, et ceux de la clientèle des villages et hameaux d'alentour, je suis arrivé à cette conclusion que, toutes choses égales d'ailleurs, la gravité d'une maladie est directement proportionnelle à la distance qui sépare la demeure du malade de celle du médecin.

Je suis certain que l'emploi des pigeons voyageurs peut dans beaucoup de cas améliorer cette situation.

Quelques exemples pris dans ma clientèle donneront une idée des services que les pigeons peuvent rendre.

Cette année même, depuis le mois de juin, j'ai eu à soigner, dans un village à 7 kilomètres de mon domicile, un certain nombre de typhiques.

A ma visite du matin, j'avais la précaution de laisser deux pigeons chez un des malades. Vers six à sept heures je recevais une dépêche qui me donnait des nouvelles sur chaque malade (il y en avait quelquefois 3 ou 4 en même temps): température, nombre et nature de selles, nombre de bains etc.

Selon la dépêche, je faisais ou ne faisais pas une visite le soir. Le lendemain matin, une seconde dépêche arrivait vers six heures et me donnait des nouvelles de la nuit. Je pouvais ainsi en toute connaissance de cause faire préparer et emporter les médicaments nécessaires.

Un jour, une dépêche, partie à quatre heures cinquante du matin, arrive à cinq heures et m'annonce qu'un de mes malades, peu de temps après son bain froid, a été pris d'essoufflement très violent et me réclame à grands cris. A cinq heures quarante j'étais auprès de lui; son état était alarmant: œdème pulmonaire avec dyspnée considérable, cyanose et râle trachéal, saignée, injections hypodermiques d'éther, caféine et camphre, tartre stibié par la bouche.

L'état s'est amélioré immédiatement; début de la convalescence huit jours après et guérison complète.

J'ai la conviction que ce malade n'a survécu que grâce au pigeon qui m'a permis de le secourir à temps. Deux ans avant, n'ayant pas encore de pigeons, je perdis un malade absolument analogue; quand j'arrivai près de lui malgré toute diligence, il avait déjà une dilatation considérable du cœur droit que rien ne put vaincre, et il succomba cyanosé.

Autre exemple dans la même série: femme de vingt-huit ans, fièvre typhoïde sérieuse arrivée au dix-huitième jour, température du soir 40°5; le matin 39°2 à 39°6, à ma visite du matin à huit heures l'état ne présente rien d'anormal; à une heure de l'après-midi je reçois un pigeon, parti à douze heures quarante, m'annonçant que la malade est agitée et me réclame; elle se trouve mal par moments, température 37°2; cette chute brusque de la température m'indiquait qu'une hémorragie intestinale était probablement en train de se faire. En prévision de cette complication, j'emporte le nécessaire pour une injection sous-cutanée de sérum artificiel et me rends immédiatement auprès de la malade que je trouve dans un état très grave; la température a encore baissé, elle est à 36°6; il y a eu dans l'espace de trois heures dix selles sanglantes, état syncopal, pouls très rapide et filant. Un litre de la solution salée est injecté sous la peau, opium par la bouche etc.; l'état reste grave pendant trente-six heures, mais s'améliore peu à peu et la malade guérit sans encombre.

Dans ce cas, également, grâce au pigeon qui m'a averti très rapidement de l'imminence du danger, j'ai pu arriver à temps pour le conjurer.

Encore un exemple moins dramatique, mais tout aussi démonstratif.

Le 3 septembre dernier, je suis appelé auprès d'un malade qui venait de tomber d'une meule de paille. Dans sa chute, le malheureux s'est empalé sur le manche en bois d'une fourche, appuyée contre la meule. Déchirure de la paroi antérieure du rectum, que je lave et draine à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée; pansement et pilules d'extrait thébaïque. Un pigeon est laissé chez le malade, que je quitte à quatre heures du soir. Distance du malade à mon domicile, 11 kilomètres.

Le lendemain matin, à six heures treize minutes, je reçois une dépêche, par pigeon parti à six heures: nuit assez bonne, pas de vomissements, mais le malade n'a pas uriné, ce qui le fait beaucoup souffrir; il me demande de venir au plus tôt. Je le sonde à sept heures et je retire presque un litre d'urine claire.

La rétention dure quelques jours, enfin, le cinquième jour, à six heures du soir, un pigeon m'annonce que le malade a uriné spontanément, ce qui me dispense d'y retourner ce soir-là.

Autre cas analogue. Le 6 août dernier, j'interviens pour une fistule à l'anus, chez une femme de trente-six ans, en fendant le trajet fistuleux au thermocautère. La demeure de la malade est à 9 kilomètres. La petite opération a eu lieu

à neuf heures du matin. Un pigeon laissé chez la malade me revient à sept heures du soir, m'annonce que la malade n'a pas uriné depuis le matin; on me demande instamment devenir la soulager avant la nuit, ce qui est fait à huit heures.

J'interviens chez une malade, à 11 kilomètres, pour un abcès du sein, avec symptômes généraux graves et affaiblissement marqué.

L'incision est faite le matin à neuf heures, pansement compressif. A midi, on me fait savoir par pigeon, que le pansement est inondé de sang. Une heure après, je puis panser et lier une artériole, qui s'est mise à saigner peu de temps après mon départ. Dans ce cas, le temps était précieux, l'état précaire de la malade lui aurait difficilement permis de supporter une hémorragie abondante.

J'ai cité quelques exemples; j'aurais pu en donner beaucoup d'autres. Je le crois inutile; tous mes confrères, qui exercent à la campagne, seront unanimes à dire qu'un moyen qui leur permet d'être tenu au courant de l'état de leurs malades, et cela aussi rapidement que le font ces intelligents volatiles, est réellement précieux.

D'ailleurs, les malades sont absolument ravis; ils savent qu'ils sont pour ainsi dire en communication constante avec leur médecin, qui pourra « voler à leur secours », d'où un sentiment de quiétude, remplaçant avantageusement l'angoisse et la crainte de succomber avant que le médecin ne soit arrivé.

Mais je crois que l'on peut faire davantage. On peut, et j'y suis arrivé, installer dans les différents villages que l'on dessert, des postes permanents de pigeons. En langage colombophile, cela se nomme « colombiers d'internement ». Qnelqu'un désire-t-il une visite du médecin, il n'a qu'à faire envoyer par pigeon une dépêche, en quelques minutes le médecin est prévenu.

J'ai déjà installé un certain nombre de ces postes, et cela fonctionne admirablement.

Toutes les semaines, à jour fixe, je fais parvenir dans ces postes, un ou deux pigeons, qui doivent toujours être du même sexe. Ils sont mis dans une volière placée dans un endroit un peu obscur, à l'abri des chats. Matin et soir, on leur donne quelques grains de blé ou de vesce et de l'eau à discrétion.

Le pigeon peut rester absent ainsi de son colombier, dans un de ces postes, pendant huit jours et même bien davantage, j'ai même remarqué qu'il rentre d'autant plus vite qu'il a été plus longtemps absent. Veut-on faire savoir au médecin que l'on a besoin de lui? Une dépêche est fixée à une des plumes de la queue et liberté est donnée au messager qui vient réintégrer son colombier d'origine en quelques minutes. Son arrivée est annoncée par une sonnerie électrique. Je vais décrire l'appareil récepteur-avertisseur installé dans mon colombier.

Une lucarne, de 60 centimètres de hauteur sur 30 centimètres de largeur, est partagée en deux; la partie supérieure sert d'ouverture de sortie aux pigeons; elle est munie d'une trappe en dedans qui peut être levée et baissée à volonté.

La partie inférieure sert pour l'entrée; à cette ouverture, à l'intérieur du colombier, est adaptée une boîte en bois, dont le plancher se trouve au niveau et fait suite à la planche qui fait saillie en dehors de la lucarne.

Le pigeon entre dans cette boîte ou cage, en soulevant une porte composée de tringles en fer, distantes de 5 centimètres l'une de l'autre. Le système d'ouverture et de fermeture de cette porte est semblable à celui des souricières; une fois entré dans la boîte, le pigeon ne peut plus ressortir.

La planche sur laquelle il est alors posé est suspendue sur ressorts, et son poids la faisant baisser, met en contact deux plaques métalliques; le courant s'établit et la sonnerie se fait entendre jusqu'à délivrance du prisonnier.

Si pendant huit jours les pigeons retenus dans les postes n'ont pas eu à servir, liberté leur est donnée, ils sont remplacés par d'autres. Les pigeons qui rentrent après une absence un peu prolongée ne doivent pas être utilisés avant quelque temps — six à huit jours.

Une difficulté se présente. Supposez le colombier fonctionnant; une dizaine de pigeons absents, soit chez différents malades, soit dans les postes. Un pigeon peut arriver à tout instant de la journée; il faut nécessairement que le colombier soit fermé, et les pigeons qu'il contient encore ne peuvent sortir pour prendre de l'exercice. Or, les pigeons de doivent pas être toujours enfermés; il leur faut donner la liberté de voler pendant quelques heures par jour, tout au moins; l'éducation des jeunes serait d'ailleurs impossible sans elle. J'ai résolu cette difficulté en installant un second colombier sur le toit d'un autre bâtiment (écurie, grange, communs) de ma cour.

Pour assurer le parfait fonctionnement, il est préférable d'avoir deux colombiers sur deux toits différents. Les pigeons du colombier numéro 1 travaillent huit jours, ceux du numéro 2 ayant la liberté pendant ces huit jours, et ainsi de suite alternativement. Il faut avoir dans chaque colombier une quinzaine de couples.

Les appareils récepteurs-avertisseurs des deux colombiers commandent, à l'aide de câbles, deux sonneries électriques installées dans le corridor de la maison que j'habite.

Je ne puis, dans ce court article, aborder la question de l'élevage des pigeons voyageurs en général, je vais cependant donner quelques conseils sur la façon de se monter.

On se procure quelques couples que l'on interne dans un colombier provisoire. Ils se mettent bientôt à pondre et à couver. On pourrait également monter son colombier en se procurant des jeunes pigeons mangeant seuls, mais n'ayant pas encore quitté leur colombier. Dès que les petits peuvent manger seuls on les met dans le colombier définitif.

Ils commencent à quitter le colombier au bout d'une quinzaine de jours; ils volent autour de la maison et reconnaissent les alentours.

A l'âge de trois mois environ on peut commencer à les entraîner : par bandes d'abord, un à un ensuite. Comme les distances qu'ils auront à parcourir ne dépassent pas 20 kilomètres, l'entraînement sera facile et de courte durée.

On les habitue ensuite progressivement à être retenus hors de leur colombier; un jour d'abord, puis deux, etc.

Généralement vers quatre ou cinq mois, s'ils sont de bonne race, ils peuvent travailler et on peut absolument compter sur eux.

Il faut éprouver leur intelligence en les entraînant par tous les temps et constater s'ils retrouvent leur demeure même par le brouillard.

Toute chose, si bonne qu'elle soit, a ses inconvénients : les pigeons ne volent pas la nuit. Cependant souvent à la campagne le paysan attend le soir au retour des champs pour envoyer chercher le médecin. Sachant qu'un messager ailé est à sa disposition et ne pourra servir quand il fera nuit, il s'empressera de l'utiliser pendant le jour. J'ai constaté que bien des visites de nuit me sont épargnées depuis cette organisation. Chacun y trouve donc son compte.

Dès le point du jour, à trois heures du matin en été, le pigeon reconnaît bien son chemin.

Pour conduire un colombier il faut de la patience et du tact; il faut soigner soi-même ces intelligents oiseaux afin qu'ils vous reconnaissent, que votre présence au colombier ne les effarouche pas, ils se laissent alors prendre facilement, quand ils sont habitués à la même personne, leur dressage devient facile. J'engage tous ceux de mes confrères qui exercent à la campagne et ont un rayon étendu à desservir à faire une installation analogue à la mienne, je suis convaincu qu'ils s'en trouveront bien.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(5 DÉCEMBRE 1899)

La discussion sur le **traitement prophylactique de la syphilis** et sur les modifications à apporter aux consultations hospitalières suit son cours. Dans cette séance, c'est M. Fernet qui a pris la parole pour combattre la proposition, faite par M. Fournier, d'instituer un concours spécial pour les vénéréologues. D'accord avec M. Fournier sur la nécessité de modifier les consultations hospitalières, non seulement les consultations spéciales, mais aussi les consultations générales, M. Fernet s'en sépare complètement au point de vue de la spécialisation des médecins chargés de ces consultations spéciales. Il considérerait cette mesure comme absolument contraire aux intérêts des malades, de la science et des médecins.

Nous sommes pleinement de l'avis de M. Fernet quand il insiste sur la nécessité de faire en sorte que les consultations gratuites de l'hôpital, spéciales ou non, soient uniquement réservées aux pauvres et aux indigents. Il faut prendre des mesures pour les débarrasser des nombreux parasites qui les encombrent et qui pourraient très bien aller demander cette consultation à un praticien de la ville. Il est vraiment temps que, dans ces questions, on songe un peu aux praticiens qui, si les spécialisations continuent toujours à s'accroître, ne seront bientôt plus que des agents de consultations. On ne viendra plus les consulter que sur le choix d'un spécialiste. Il faut donc savoir gré à MM. Fernet et Hallopeau d'avoir abordé ce côté de la question et d'avoir si nettement pris la défense des intérêts professionnels.

M. Hallopeau a, en effet, pris de nouveau la parole et nous paraît avoir ramené la question sur son véritable terrain en disant que les améliorations projetées doivent avoir exclusivement pour objet la prophylaxie des maladies vénériennes; les médecins chargés des consultations où elles sont traitées doivent, à ce point de vue, s'occuper uniquement des moyens propres à en empêcher la propagation en annihilant les propriétés contagieuses de leurs manifestations et en les traitant. Or, le nombre de syphilis transmissibles par contagion est restreint; il s'agit seulement des ulcérations primitives et secondaires ; on peut y ajouter les blennorragies et les chancres simples; or le traitement de ces maladies n'est-il pas de pratique courante? Le personnel médical des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance (on pourrait y ajouter celui de Saint-Lazare et du dispensaire), n'offre-t-il pas à cet égard toute garantie? Suivant lui, les consultations qui existent actuellement suffisent amplement pour ce qui est du matin : tout au plus pourrait-on ajouter à certaines d'entre elles un assistant et un infirmier plus particulièrement attachés au service des vénériens. Pour ce qui est des consultations du soir, c'est une expérience à tenter, mais ici encore, il n'y aurait pas lieu de faire une place spéciale aux vénériens; ce qu'il importe, ce n'est pas de créer de nouvelles consultations, c'est de faire venir les malades à celles qui existent actuellement. Pourquoi ne le font-ils pas? Parce qu'ils en ignorent la nécessité. M. Hallopeau insiste sur la grande utilité que présenterait l'affichage d'avis imprimés, conformément à la formule qu'il a indiquée, mardi dernier, formule suivant laquelle toute personne atteinte d'une maladie contagieuse est expressément invitée à s'abstenir de tout contact de nature à la propager ; il faudrait y ajouter : « Elle doit consulter de suite un médecin ; des consultations gratuites, avec distribution de médicaments, ont lieu, chaque jour, pour les nécessiteux, dans tous les hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance. » C'est avec intention que l'auteur ne parle que des maladies contagieuses en général, sans en spécifier la nature ; ce que l'on peut appeler la pudeur publique serait ainsi respectée et, néanmoins, les intéressés ne s'y tromperaient pas. Si nous ne nous faisons illusion, l'importance de cette mesure prophylactique serait de premier ordre: les malades n'ignoreront plus qu'il leur est nécessaire de se faire soigner, et ils sauront également où trouver des médecins et des médicaments.

M. Panas a quitté le fauteuil de la présidence pour venir appuyer M. Fournier dans toutes ses propositions et surtout dans la proposition de spécialiser les vénéréologistes comme le sont aujourd'hui les ophtalmologistes. Il demande même que la spécialisation de ses derniers soit représentée à la Faculté, non seulement par un professeur de clinique, mais aussi par des agrégés. L'accord, on le voit, est loin d'être parfait entre les membres de l'Académie sur cette question comme sur bien d'autres.

M. Gautier a fait une communication très intéressante : des nombreuses recherches qu'il a faites à l'aide de procédés nouveaux, il résulte que l'**arsenic existe à l'état naturel dans l'économie**; il l'a trouvé, à doses pondérables, dans le cerveau, dans la peau, dans le thymus et surtout dans la glande thyroïde. Dans cette dernière, il en a trouvé jusqu'à 3 milligrammes dans un kilogramme de thyroïde sèche. Si l'arsenic est un poison redoutable, on sait aussi que, dans certaines conditions, il devient un agent bienfaisant.

Dans quelle mesure cette action bienfaisante s'exerce-t-elle dans l'économie? Retenons ce fait intéressant de la communication de M. Gautier : on trouve de l'arsenic dans le cerveau, dans la thyroïde et dans la peau ; on n'en trouve aucune trace dans tous les autres organes; c'est dans la glande thyroïde qu'on en trouve le plus; or, rappelons-nous ce qui arrive quand celle-ci est altérée ou absente, rappelons-nous que le myxœdème est une affection qui porte sur le cerveau, sur la thyroïde et sur la peau. Si nous rapprochons ce fait de la découverte de M. Gautier, on conviendra que cette découverte ouvre bien des horizons nouveaux.

Mais, dira-t-on, si l'arsenic existe ainsi à l'état naturel dans l'économie, les toxicologistes, qui ont si souvent fait condamner des gens pour avoir trouvé de l'arsenic dans les autopsies vont être bourrelés de remords. Qu'ils se rassurent, les doses d'arsenic trouvées par M. Gautier ne sont pas décelables par les procédés ordinaires. Quand donc on a trouvé de l'arsenic dans l'économie par ces procédés, c'est qu'il y avait été introduit. C'est ce que n'a pas manqué de faire remarquer M. Gautier, appuyé en cela par M. Brouardel qui, mieux que personne, était en mesure de nous éclairer sur ce point.

Le **bromure de potassium** n'agit contre **l'épilepsie fonctionnelle** qu'à la condition d'être employé à hautes doses, ce qui n'est pas sans inconvénients.

M. Richet a montré que la déminéralisation de l'économie rendait les cellules avides de sels alcalins au point que 2 grammes de bromure de potassium faisaient exactement les mêmes effets que 10 et 12 grammes. M. Laborde est revenu sur cette question pour dire que, s'il était si difficile d'arriver à la tolérance pour le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie fonctionnelle, rien n'était plus simple que d'abandonner ce sel pour le remplacer par le bromure de strontium qui, suivant lui, se montre parfaitement efficace et inoffensif tout à la fois, aux doses de 4, 8, 10 et 12 grammes, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir préalablement la déminéralisation des tissus.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Apostoli sur les **applications nouvelles du courant ondulatoire en gynécologie.**

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 140. — SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 9 DECEMBRE 1899. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE....... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les fonctions du thymus, d'après la physiologie et la pathologie, par M. L.-M. BONNET, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur-adjoint du cours d'anatomie pathologique. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Les applications nouvelles du courant ondulatoire en gynécologie. — FORMULAIRE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les fonctions du thymus, d'après la physiologie et la pathologie.

Par M. L.-M. BONNET,
Interne des hôpitaux de Lyon, préparateur-adjoint du cours d'anatomie pathologique.

Malgré les travaux assez nombreux auxquels il a donné lieu, le thymus est resté un organe presque énigmatique quant à ses fonctions. Aussi a-t-on depuis longtemps multiplié les hypothèses ; quelques-unes reposent sur des observations précises, mais beaucoup ne sont que des spéculations souvent fantaisistes.

Un certain nombre d'études ont été faites ces dernières années qui sont de nature à jeter quelque jour sur cette question : expériences physiologiques, ayant pour objet soit de vérifier des idées déjà émises, soit d'établir des faits nouveaux ; observations pathologiques relatives aux causes ou aux conséquences des altérations de cette glande ; il faut enfin signaler les essais d'opothérapie thymique.

Assurément la physiologie du thymus ne peut pas être considérée comme actuellement fixée. Mais nous croyons qu'il y a quelque intérêt à grouper les notions diverses acquises sur ce sujet, à faire l'inventaire de nos connaissances sur le rôle du thymus dans l'organisme. Pour cela nous commencerons par énumérer les faits divers capables de donner des indications sur ce rôle, puis nous chercherons à les grouper pour en tirer quelques conclusions.

Celles-ci seront relatives non seulement au rôle physiologique, mais encore au rôle pathologique, car il en est du thymus comme du corps thyroïde ou des capsules surrénales dont la physiologie est inséparable de l'étude du myxœdème ou de la maladie d'Addison.

I

Données fournies par la physiologie. — Les anciens auteurs ont attaché beaucoup d'importance à l'aspect et à la constitution chimique du *suc thymique ;* cette composition chimique ne présente pas un grand intérêt, attendu qu'il ne s'agit pas là d'un véritable produit de sécrétion, mais d'un extrait comprenant d'autres choses que cette sécrétion et peut-être même ne la contenant pas à l'état exact où elle est fournie à l'organisme. Aussi nous ne rapporterons pas les analyses qui en ont été faites par de nombreux auteurs.

Nous signalerons seulement que E. Baumann a trouvé dans le thymus de la *thyroïdine.* Ce fait est intéressant parce que c'est le seul organe où Baumann l'ait trouvée, et aussi à cause des relations qui, pour beaucoup d'autres raisons, semblent exister entre le thymus et le corps thyroïde.

1° THYMUS ET NUTRITION. — Les faits indiquant des relations entre le thymus et les phénomènes de la nutrition (celle-ci étant comprise dans son sens le plus large) peuvent être divisés de la manière suivante :

a. *Influence des circonstances physiologiques sur le thymus.* — Et d'abord l'*âge.*

Le thymus augmente de volume et de poids pendant toute la vie intra-utérine et les premiers temps qui suivent la naissance, puis il s'atrophie progressivement, au moins chez les mammifères. La densité varie aussi (Haugsted) et va en diminuant. Le suc thymique devient moins abondant à mesure que l'enfant avance en âge et sa composition chimique se modifie.

Enfin la structure subit des modifications particulièrement profondes. Épithélial d'abord, il devient vers le troisième mois un organe lymphoïde n'ayant de spécial que la présence des corpuscules de Hassal et de divers débris épithéliaux ; c'est un véritable ganglion à la naissance ; l'involution est marquée par la transformation en tissu celluloadipeux.

L'époque à laquelle se fait la régression est intéressante à fixer, puisqu'elle marque le moment à partir duquel l'organe devient inutile. Elle varie beaucoup selon les espèces animales, chez les mammifères elle ne se produit qu'un certain temps après la naissance, ainsi qu'il résulte des travaux de Haugsted, Friedleben, etc. Ce dernier auteur a vu

que, chez le chat, il continue à croître pendant les six premiers mois de vie extra-utérine, subit un temps d'arrêt pendant le deuxième semestre, ne décroît par conséquent qu'à la puberté; chez le chien la croissance aurait lieu pendant les six premiers mois. Cependant Baum fait commencer quinze jours après la naissance la régression du thymus chez le chien. Chez l'homme également il continue à croître pendant les premiers temps de la vie extra-utérine (Henson Loret, Friedleben, Vierordt). Ce dernier le fait augmenter pendant les six premiers mois. Pour Friedleben, et c'est actuellement l'opinion de tous les classiques, l'arrêt de croissance du thymus n'a lieu qu'entre les deuxième et quatrième années.

On n'a pas fixé d'une manière précise jusqu'à quel moment il fonctionne. On a admis pendant longtemps que son rôle de ganglion était limité à la vie embryonnaire. Schedel et Flemming, d'après leurs recherches histologiques (signes de prolifération cellulaire), lui accordent un fonctionnement plus prolongé, sans donner une date exacte.

Chez l'adulte on croyait autrefois qu'il n'y avait plus de traces du thymus. On sait aujourd'hui que cet organe atrophié persiste constamment jusque dans la vieillesse, ainsi que Sappey le dit déjà et que l'ont définitivement démontré les recherches de Waldeyer, G. Sultan, Dwornitschenko. De même chez les mammifères la persistance constante du thymus atrophié a été constatée par His, Watney, Klein, Sussdorf. Mais il ne s'agit que de débris épars dans une masse graisseuse.

L'*influence de l'alimentation* sur le thymus est assez remarquable.

Friedleben a, chez les jeunes mammifères, noté les faits suivants. Le suc thymique augmente pendant la digestion et diminue à la suite de la privation de nourriture. Une alimentation riche en albumine, en graisse et en sels amène un accroissement du poids du thymus, tandis qu'une longue alimentation avec du beurre ou des amylacées a pour conséquence une diminution de poids et une atrophie progressive.

Divers auteurs ont fait des constatations analogues. Ver Eecke (1899) a vu très fréquemment que, « quand on soumet la grenouille d'été à l'inanition le thymus s'involue au bout de quelques jours » et subit une notable diminution de volume.

Le *travail musculaire* exagéré accélérerait la régression du thymus. Wharton et Gerber ont vu, en effet, qu'elle était plus rapide chez les jeunes bœufs employés au labour et chez les brebis soumises à de longues marches.

Signalons enfin l'*influence du genre de vie*.

Simon avait posé en loi que, parmi les vertébrés, ceux-là seuls avaient un thymus qui respiraient avec des poumons; en étaient dépourvus ceux munis de branchies, les poissons, les amphibiens aquatiques et les têtards. Ecker nia cette dépendance vis-à-vis du genre d'appareil respiratoire, et montra que le thymus existe chez les poissons cartilagineux et les batraciens anoures. Les poissons osseux en possèdent peut-être eux-mêmes si l'on considère comme tel, ainsi que le veut Leydig, leurs follicules branchiaux. Afanassiew fait quelques réserves sur ce dernier point, mais considère comme démontrée l'existence du thymus chez tous les autres vertébrés.

La persistance et le volume remarquable du thymus, chez les animaux hibernants, sont sans doute l'origine des théories attribuant à cet organe un rôle respiratoire. Il augmente de volume dans la période qui précède le sommeil hibernal (1).

Ver Eecke a fait à ce sujet des recherches très précises chez la grenouille. Pendant l'hiver son thymus diminue au moins des trois quarts : il devient si petit qu'on a de la peine à le retrouver. Histologiquement cet auteur a constaté de l'atrophie des deux substances (corticale et médullaire); les corpuscules de Hassal disparaissent presque complètement. Cette atrophie est distincte de l'atrophie due à l'âge que l'on note chez les mammifères. « Ce n'est pas une atrophie dégénératrice dont l'organe ne se relève plus, mais une atrophie fonctionnelle, temporaire, correspondant à un repos de la glande en harmonie avec le ralentissement des fonctions chez l'animal. » L'auteur ajoute : « Cette involution brusque aussitôt que l'animal a cessé de s'alimenter invite à considérer le thymus comme ayant des rapports avec la nutrition. »

b. *Effets de l'ablation du thymus*. — Friedleben a montré, il y a longtemps, que si on enlève le thymus l'animal peut vivre; mais il meurt par épuisement si on y adjoint la splénectomie. Les jeunes mammifères déthymés présentent une voracité extrême et un amaigrissement rapide avec diminution de l'acide carbonique éliminé.

Quelques auteurs ont obtenu des résultats négatifs. Tels sont Langerhans et Saveliew; ils ont enlevé le thymus à vingt-neuf jeunes lapins et à deux jeunes chiens; vingt-deux animaux survécurent à l'opération et parurent aller aussi bien que les témoins; les autres opérés moururent d'affections intestinales qui semblèrent aux auteurs ne pas dépendre de l'ablation du thymus. Tel est aussi Carbane (1897) qui a pratiqué cette opération chez de jeunes lapins; il conclut que ce n'est pas un organe indispensable à la vie, son ablation n'exerce aucune influence sur la croissance de l'animal; la légère azoturie qui suit cette ablation devrait être attribuée à l'irritation du pneumogastrique.

Mais, la plupart des expérimentateurs ont constaté comme Friedleben une altération de la nutrition.

Tarulli et Lo Monaco (1894-1897) ont noté que les chiens supportent bien la déthymation; mais ils présentent quelques troubles, notamment une augmentation de l'appétit, et cependant ils s'accroissent moins que les animaux de contrôle. Ces jeunes chiens déthymés s'attachent plus souvent et plus longuement aux mamelles de leur mère; leur poil devient rude, hérissé, et s'arrache facilement; leur poids est inférieur à la normale; les masses musculaires sont pâles et mal nourries; il se produit des anomalies dans le développement du squelette. Lorsque deux ou trois mois se sont écoulés depuis l'opération, les animaux privés de thymus augmentent considérablement de poids et recommencent à être bien nourris comme les animaux de contrôle.

Ces troubles nutritifs (ainsi que les autres phénomènes notés par ces auteurs) sont d'autant plus marqués qu'on opère des chiens plus jeunes; ils sont nuls quand il s'agit de chiens âgés déjà de trois ou quatre mois. Ces auteurs ont aussi remarqué une moindre résistance aux maladies intercurrentes.

Ambrosini (1894) dit que MM. Thiroloix et G. Bernard ont étudié, au laboratoire de M. Lancereaux, les effets consé-

---

(1) Il faut reconnaître que très souvent on a assimilé au thymus la *glande hibernale* qui en est tout à fait distincte d'après les recherches de Jacobson, Haugsted, Barkow, Ecker, Afanassiew.

cutifs à l'extirpation totale du thymus chez les jeunes lapins; ceux-ci maigrissent et meurent en trois ou quatre semaines avec de l'hypothermie.

c. *Résultats de l'ingestion de thymus et de l'injection d'extrait thymique.* — M. Charrin (1897) dit avoir, avec Ostrowsky, introduit sous la peau, pendant quatre semaines, à plusieurs chiens, 3 ou 4 grammes par jour de ce viscère sans provoquer d'importantes modifications, sauf peut-être dans un cas : « Les côtes ont paru se déformer, déformation analogue à celle que M. Bouchard a signalée chez des jeunes filles à l'heure où le thymus achève de se résorber. » Chez des lapins, il a parfois noté de l'azoturie et de la phosphaturie.

Minkowski (1898), ayant fait ingérer à des chiens du thymus de veau, a trouvé dans l'urine un acide nouveau et jusque-là inconnu, contenant de l'azote, et qu'il appelle acide urotinique. Cet acide qui, d'après sa constitution, doit être considéré comme un acide imido-pseudo-urique, provient, comme l'acide urique, de l'oxydation des bases nucléiniques, spécialement de l'adénine. Il avait jusque-là complètement échappé, quoique sa quantité dans l'urine du chien puisse parfois être vingt fois supérieure à celle de l'acide urique. Ultérieurement, le même auteur a déclaré que l'analyse chimique a montré que ce corps a la même formule et les mêmes réactions que l'allantoïne et admet donc qu'il s'agit d'allantoïne; il fait observer que Salkowski a trouvé de l'allantoïne dans l'urine des chiens, après l'ingestion d'acide urique.

A la même époque, mais indépendamment de l'auteur précédent, Th. Cohn a également constaté la présence abondante d'allantoïne dans l'urine de chiens soumis à l'alimentation thymique. Ses investigations chez l'homme ont été négatives.

Cela est à rapprocher des recherches récentes de Spitzer (1899) sur l'action exercée par les macérations d'organes divers sur les bases nucléiniques capables de fournir de l'acide urique par oxydation. La macération de thymus agissant sur la xanthine et l'hypoxanthine ne donne pas d'acide urique (ce qui a lieu au contraire avec les macérations de foie et de rate). Quant à l'action sur l'adénine et la guanine, l'extrait de thymus fournit beaucoup d'adénine, mais pas d'autres bases.

2° Rôle hématopoiétique. — Ce rôle a été depuis très longtemps assigné au thymus, sur des considérations purement anatomiques.

Hewson (1777), qui admit le premier que le thymus fabriquait des globules sanguins tout comme les ganglions, se basa sur les ressemblances entre les cellules du thymus et les globules blancs du sang.

His aboutit aux mêmes conclusions. Afanassiew (1877) nie qu'il y ait identité histologique complète; étudiant le thymus aux divers âges, il en conclut que le thymus ne fonctionne comme un ganglion lymphatique que pendant la vie intra-utérine, qu'après la naissance il ne joue plus ce rôle, n'est plus un ganglion. Il est inutile de multiplier les noms des très nombreux auteurs qui ont identifié le thymus à un ganglion lymphatique. D'autres auteurs se sont, au contraire, basés sur cette même structure pour nier que le thymus soit une glande lymphatique; tel est Gegenbaur.

Divers auteurs, et Schaffer en particulier, ont décrit dans le thymus des globules rouges à noyau, et indiqué les étapes de ce processus par lequel cette glande fabriquerait des globules rouges du sang.

Mais Ver Eecke (1899) n'a rien rencontré de démonstratif à ce sujet. « Je n'ai pas, dit-il, chez la grenouille normale, rencontré dans le thymus un seul indice de néoformation d'érythroblastes, quelque grand qu'ait été le nombre de ces petits organes que j'ai examinés. Je n'ai pas davantage retrouvé, chez les mammifères, les globules rouges nucléés ou des stades de développement de ces globules analogues à ceux qu'on trouve dans la moelle osseuse et tels que Schaffer les aurait observés dans le thymus du lapin et du chat. Je ne nie pas que le thymus ne puisse, en certaine circonstance, devenir un foyer d'hématopoïèse, mais je crains bien que les noyaux d'érythroblastes libres, que Schaffer a décrits dans des cellules géantes du thymus, ne soient que des corps tangibles dérivés de la chromatolyse du noyau de corpuscules de Hassal méconnus . »

Mais voyons ce qu'ont donné les véritables expériences physiologiques :

A. Hewson provoqua, par la *ligature* en masse, la réplétion des lymphatiques issus de la glande (chien, veau); examinant ensuite le liquide dont ces vaisseaux étaient gorgés, il y trouva en abondance des éléments identiques à ceux que renferment les follicules thymiques et les considéra comme des noyaux que la lymphe portait au sang.

B. *Ablation du thymus.* — D'après Friedleben, cette opération amène une augmentation du nombre des globules blancs et une diminution de celui des rouges. Goldscheider constate aussi de la leucocytose.

MM. Abelous et Billard ont noté chez la grenouille : diminution du nombre des globules rouges, augmentation des blancs, tendance aux hémorragies. Rappelons à ce sujet que MM. Thiroloix et Bernard auraient trouvé des foyers d'infarctus chez leurs lapins.

Tarulli et Lo Monaco ont observé, chez le chien, un état transitoire d'anémie; chez les poussins, ils ont vu une diminution notable des hématies et de l'hémoglobine, accompagnée d'augmentation des leucocytes; pendant les premiers jours qui suivaient l'extirpation, il y avait exagération du chiffre des éosinophiles. Ces auteurs font remarquer que leurs expériences sur le poussin concordent, en tout point, avec celles de MM. Abelous et Billard chez la grenouille.

M. Carbane conclue, au contraire, de ses expériences que probablement il n'exerce aucune fonction hématopoiétique, du moins pendant la vie extra-utérine.

C. *Essais d'exaltation de la fonction hématopoiétique du thymus.* — Braunschweig (1891) a cherché à stimuler les fonctions des organes hématopoiétiques, quels qu'ils soient, et a examiné alors histologiquement le thymus pour savoir si cet organe présentait des indices d'hyperfonctionnement, si par conséquent il jouait ou non un rôle dans l'hématopoïèse.

Pour provoquer une réaction des organes de l'hématopoïèse, il altérait le sang par l'un des procédés suivants : saignée, injection de poisons (toluylendiamine); ablation de la rate, seule ou suivie de saignée. Il a opéré chez des chiens, des chats, des lapins et des rats; la plupart étaient adultes; en tout cas, aucun n'était nouveau-né.

Il n'a constaté aucune modification permettant d'admettre une exaltation du fonctionnement du thymus. Sur 15 cas examinés spécialement au point de vue des mitoses, il en a trouvé 5 fois seulement et en petit nombre (quatre animaux encore jeunes et une lapine pleine). Comparant aux chiffres donnés par Schedel, il montre qu'il n'y avait pas plus de mitoses qu'à l'état normal. Il en conclut que le thymus, « à partir de son arrêt de développement dans la vie extra-

utérine, ne joue plus un rôle important dans la régénération des leucocytes. »

3° Influence sur la motilité. — Deux ordres d'expériences ont été faites :

a. *Ablation du thymus*. — MM. Abelous et Billard ont constaté que, chez la grenouille, l'ablation d'un seul lobe amène simplement une moindre résistance à la fatigue. Si l'on enlève les deux lobes, la mort, qui est fatale, est précédée de faiblesse musculaire, de parésie progressive; les mouvements sont moins vifs et moins faciles; l'animal finit par mourir paralysé.

Si, à une grenouille privée d'un ou des deux lobes du thymus, mais en bon état encore, on injecte la sérosité recueillie dans l'abdomen d'une grenouille mourant à la suite de l'extirpation du thymus, on produit de la paralysie et enfin la mort.

Chez le chien, Tarulli et Lo Monaco ont noté : moindre résistance à la fatigue, apathie, force musculaire diminuée; cela est surtout marqué dans les deux premiers mois qui suivent l'opération. Sur 18 poussins de deux à cinq jours, 15 moururent en sept ou huit jours avec : faiblesse des membres ; marche incertaine ; tremblements légers s'étendant à tout le corps, plus évidents deux ou trois jours avant la mort; torpeur.

La mort fut précédée de convulsions dans les expériences de MM. Thiroloix et Bernard.

b. *Injections d'extrait de thymus*; *greffes*. — L'injection d'extrait de thymus (de veau ou de grenouille) à une grenouille saine produit des phénomènes moteurs identiques à ceux de l'intoxication par la strychnine. L'injection à une grenouille déthymée fait disparaître transitoirement les effets de l'ablation du thymus et l'on peut ainsi prolonger la vie des grenouilles déthymées. La greffe n'a également qu'un effet transitoire (Abelous et Billard).

4° Action sur la pigmentation cutanée. — Elle n'a guère été notée que par Abelous et Billard.

A. Quelques heures après l'*ablation du thymus* on constate chez la grenouille une décoloration de la peau qui bientôt s'atténue; peu à peu la couleur revient complètement. On peut voir survenir tardivement des ulcérations et du sphacèle.

B. L'*injection d'extrait* à une grenouille saine rend la peau plus sombre. L'injection (ou la greffe) à une grenouille déthymée produit une réapparition transitoire (un jour) de la coloration ; une nouvelle greffe ramène encore la coloration.

5° Action cardio-vasculaire. — C'est principalement d'une action cardio-vasculaire que relèvent les phénomènes constatés par Svehla (1896) dans ses essais d'hyperthymisation. Il a injecté à des chiens de l'extrait aqueux de thymus d'enfant, de veau, de porc, de chien; il se produit un abaissement de la tension artérielle et une accélération des battements du cœur. Cet abaissement de la tension n'est pas empêché pas la section du pneumogastrique ou par l'atropine, non plus que par la section des planchniques, du bulbe ou l'extirpation des ganglions stellaires. Il admet que l'abaissement de pression est dû à une paralysie des vaso-constricteurs, et l'accélération du pouls à une action directe sur le cœur. A doses fortes on obtient des effets toxiques; les jeunes animaux y sont plus sensibles; ils sont plus marqués quand l'extrait provient d'un animal de même espèce. On a de l'agitation, une dyspnée intense, du collapsus et enfin la mort; on trouve à l'autopsie des ecchymoses et de l'œdème pulmonaires, signe d'une asphyxie aiguë.

6° Expériences indiquant des relations fonctionnelles entre le thymus et d'autres glandes vasculaires sanguines. — Ces organes sont :

a. *Corps thyroïde*. — Cadéac et Guinard (1894) ayant enlevé la thyroïde à 2 agneaux ont, quelques mois après, trouvé le thymus un peu plus gros que normalement; 4 chiens, auxquels ils avaient fait subir la même opération, étaient morts de suite. Ils concluent qu'il est possible que le thymus excerce une adjuvance chez les animaux dont le corps thyroïde est lésé; mais il n'y a pas suppléance suffisante pour empêcher les accidents de la thyroïdectomie, du moins chez les animaux qui y sont particulièrement sensibles.

Gley (1894) a constaté également, à la suite de thyroïdectomies chez des chiens nouveau-nés, que le thymus ne peut pas suppléer la thyroïde. Parfois, chez le lapin thyroïdectomisé, il a trouvé le thymus plus gros que normalement; mais le volume du thymus est extrêmement variable chez le lapin sain.

Chez le chien, Hofmeister a « obtenu régulièrement une hypertrophie compensatrice de la rate et surtout du thymus ».

b. *Rate*. — C'est d'après l'élude de la croissance comparée des deux organes, que l'on fut d'abord amené à admettre des analogies fonctionnelles entre la rate et le thymus.

Friedleben a déclaré qu'il y avait antagonisme dans le développement de ces viscères; il a montré que, chez les mammifères, le moment où débute l'atrophie du thymus coïncide avec une augmentation brusque de la croissance de la rate, c'est-à-dire qu'il y a balancement dans leur développement. Vierordt a donné des tableaux qui permettent de vérifier s'il en est de même chez l'homme; de leur examen, Braunschweig conclut que la loi de Friedleben n'est pas vraie depuis la naissance, mais seulement à partir du sixième mois, car dans les six premiers mois le développement des deux organes est parallèle.

Pour en finir avec les considérations anatomiques, Schaffer aurait constaté que, lorsque la rate renferme de nombreuses hématies à noyau, le thymus n'en contient pas et inversement.

Quant aux expériences des physiologistes, rappelons d'abord que Friedleben a montré que l'ablation du thymus n'est mortelle que si elle est accompagnée de splénectomie. D'autre part la voracité bien connue (Malpighi, Ruysch, Dalton, Flint, etc.) des animaux splénectomisés est à rapprocher de celle provoquée par l'ablation du thymus.

Dans les nombreuses splénectomies expérimentales, on a rarement cherché l'influence de cette opération sur le thymus. Cependant Laudenbach, qui ne cherchait pas cela, fut dans un cas frappé du volume anormal du thymus ; celui-ci, examiné au microscope, ne contenait pas de globules rouges nucléés; il s'agissait d'un tout jeune chien splénectomisé et saigné. Nous avons déjà dit que Braunschweig n'avait pas constaté de modifications ; mais, outre que ses animaux étaient déjà avancés en âge, il faut observer qu'ils mouraient quatre ou cinq jours après la splénectomie, tandis que le chien de Laudenbach avait survécu des mois.

c. *Ganglions*. — Nous en avons déjà assez parlé pour ne pas y revenir ici. Disons seulement qu'Afanassiew fait remarquer que les ganglions se développent rapidement au

moment où le thymus s'atrophie, et Landois que le thymus persiste chez les amphibiens et les reptiles qui n'ont pas de ganglions.

d. *Ovaire.* — Blondel (1897) qui, comme nous le verrons, fait jouer dans la chlorose un rôle à la fois au thymus et à l'ovaire, montre les analogies fonctionnelles entre ces deux glandes.

L'azoturie et la phosphaturie ont été obtenues par l'ingestion de thymus (Charrin) comme par l'ingestion de substance ovarique (Curatulo et Tarulli). Parlant du ramollissement des côtes noté chez le chien par Charrin à la suite de l'alimentation thymique, Blondel ajoute : « Ce fait est à rapprocher de l'action raréfiante que l'ovaire exerce pathologiquement sur le tissu osseux (ostéomalacie), action que la castration entrave merveilleusement. » Il note que les deux glandes ont un certain antagonisme avec la thyroïde. L'antagonisme entre le thymus et le corps thyroïde déjà indiqué sera étudié plus complètement plus loin; celui qui existe entre la thyroïde et l'appareil génital est bien connu : action du traitement thyroïdien sur la menstruation, effets inverses de la castration et de la thyroïdectomie sur la croissance, etc.

Il ne croit pas cependant que les sécrétions des deux glandes soient identiques; le suc ovarique favoriserait davantage les oxydations et le suc thymique les réserves nutritives. Il faut avouer d'ailleurs que l'action exacte de la sécrétion ovarique n'est pas parfaitement connue; on lui a attribué des effets absolument opposés sur l'élimination des phosphates, sur la tension artérielle, etc.

e. *Testicules.* — Ce point a été étudié par Calzolari (1898); il fait remarquer d'abord que le thymus commence à diminuer à la puberté et que la castration influe sur le développement physique. De plus, il a châtré 6 lapins, en gardant toujours un sujet de contrôle; faisant la nécropsie au bout d'un mois et demi à six mois, il a vu que le thymus était plus gros au point de vue absolu et aussi par rapport au poids du corps; il était plus charnu, de couleur plus claire; enfin l'examen histologique a montré que la régression était moins avancée.

f. *Capsules surrénales.* — Voici ce qu'a constaté Boinet (1899) :

Ayant enlevé les deux capsules à 59 rats d'égout, il a trouvé 11 fois une augmentation de volume du thymus et du corps thyroïde. Il a enlevé la rate et les deux capsules à 3 vieux rats ; 2 moururent en six jours ; le troisième ne succomba que le dixième jour et présentait une augmentation de volume du thymus. Six jeunes rats ayant subi la même opération avaient tous un thymus hypertrophié. Enfin l'injection d'extrait (musculaire, cérébral, rénal, hépatique, pulmonaire, etc.) de rats morts décapsulés, à 9 rats décapsulés récemment, amena dans la moitié des cas une hypérémie du thymus.

II

Données fournies par la pathologie. — Dans ce chapitre nous chercherons, d'une part, dans quelles circonstances étiologiques on a trouvé des modifications du thymus, et d'autre part, si celles-ci ont été accompagnées de symptômes plus ou moins spéciaux qu'on puisse lui rapporter avec quelque vraisemblance.

Nous laisserons de côté la suppuration, la syphilis, la tuberculose, les néoplasmes, car ni par leur étiologie ni par leurs symptômes ils ne sauraient actuellement nous fournir aucune donnée sur les fonctions du thymus. N'ont d'importance à notre point de vue que les modifications portant sur l'ensemble de la glande. Ces modifications ne sont guère connues actuellement que par les modifications de volume; il faut à ce sujet distinguer deux cas : modifications du volume du thymus chez l'enfant, persistance ou reviviscence chez l'adulte.

1° Étiologie des variations de volume du thymus chez l'enfant. — Cette variabilité de volume ressort des chiffres que les anatomistes assignent à son poids : 3 grammes (Sappey), 5 grammes (Testut), 16 grammes (Meckel), etc. Dahms dit qu'il est impossible de donner un poids moyen. Tous les auteurs s'accordent sur ce point. C'est précisément à cause de cette remarquable diversité qu'on a souvent refusé toute importance au volume du thymus; or cette diversité prouve non pas que ce volume n'ait aucune signification, mais seulement que celle-ci est peu ou pas connue.

C'est l'état de la *nutrition*, le régime alimentaire, la constitution, qui ont été invoqués le plus souvent et semblent en effet jouer le rôle principal.

M. Hérard conclut de ses recherches que le volume du thymus dépend de la maigreur ou de l'embonpoint de l'enfant. Friedleben note que le thymus est petit chez les enfants mal nourris ou atteints de maladies cachectisantes. L'atrophie du thymus serait, au dire de Seydel, Hansen, Farret, Mattenheimers, etc., constante chez les nourrissons morts par épuisement.

Seydel qui a le premier insisté sur ce point et sur ses conséquences médico-légales, donne cette atrophie comme le seul signe constant de la mort par alimentation insuffisante ou non appropriée. Pour lui, le thymus est un organe de réserves nutritives; quand la nutrition devient insuffisante cet organe épuisé s'atrophie. Il rapporte deux observations à l'appui. Hansen, qui adopte les idées de Seydel, a pesé le thymus chez 108 nouveau-nés : celui-ci avait un poids normal chez les enfants en bon état morts de maladies aiguës; il était petit et atrophié chez les enfants chétifs et dans les maladies chroniques.

Enfin on a parfois trouvé un thymus atrophié et scléreux (mais non tuberculeux) chez des sujets morts de tuberculose chronique (Harder, Buddæus).

Si nous cherchons maintenant quelles relations anatomo-pathologiques semble avoir eues l'hypertrophie du thymus, il faut signaler la coïncidence fréquente et bien connue avec une hyperplasie de tous les appareils lymphoïdes, coïncidence qui avait déjà été notée par les anciens auteurs (Kopp), mais sur laquelle Paltauf a particulièrement insisté. Dans cet *état lymphatique* (ou état thymique), il y a hypertrophie du thymus, de la rate, des ganglions, des amygdales, des plaques de Peyer, etc. et un trouble de la nutrition produisant une sorte de cachexie. Parfois cependant, l'hypertrophie du thymus existe indépendamment de toute hyperplasie des divers appareils lymphatiques. Tels sont les faits de MM. Marfan, Sandoz, Piédecoq, etc., et beaucoup d'autres.

Citons enfin le cas très intéressant d'Avellis (1898), d'un enfant de quatre ans n'ayant qu'une rate rudimentaire, mais dont le thymus était très volumineux (et amena même la mort); l'auteur considère cette hypertrophie du thymus comme une hypertrophie vicariante ou compensatrice causée par l'insuffisance de la rate.

2° Étiologie de la persistance ou reviviscence du thymus. — Quoique moins bien connue elle ne semble pas extrêmement rare. M. Jourdan, dans son article Thymus, du Dictionnaire en 60 volumes, montre qu'elle semble avoir été déjà connue de Ruphus d'Ephèse; Sandifort l'aurait vue aussi. Chauveau dit qu'il n'est pas de table de dissection dans un amphithéâtre où il n'ait été rencontré de thymus chez l'adulte.

Nous savons que la persistance de débris thymiques est constante; nous ne nous occuperons donc que des faits où cet organe avait un volume anormal.

Nous ne parlerons pas ici des autres mammifères, chez qui cette persistance semble rare d'ailleurs; citons seulement les faits de MM. Colin (cheval), Morot (vache), Brisot (vache). Voyons dans quelles circonstances elle a été notée chez l'homme.

a. *Goitre exophtalmique.* — C'est dans cette affection que l'on a observé le plus souvent la persistance du thymus.

Möbius (1891) insista le premier sur ce fait; M. Marie (1893) a introduit cette notion en France dans une communication bien connue à la Société médicale des hôpitaux.

Mais il faut reconnaître que cette persistance avait été signalée avant eux. Quelques-uns l'avaient notée comme « un fait accessoire et sans importance » (Lasvènes, 1891); mais d'autres y avaient déjà vu une particularité digne d'attention. C'est ainsi que M. Rendu (1883) rapporte le cas de Goodhart et dit : « A côté de ces lésions du corps thyroïde, nous croyons devoir signaler une altération du thymus qui a été notée dans quelques autopsies. » Johnstone (1884) dit également que cela avait déjà été noté. Citons enfin Hale White (1886) qui y insiste nettement : « Jusqu'à présent, dit-il, on n'avait pas fait suffisamment attention à cet état particulier du système lymphatique et à cette persistance du thymus. Actuellement nous connaissons trop peu la pathogénie de la maladie de Graves pour pouvoir apprécier la valeur de ces particularités; il serait bon que d'autres observateurs voient s'ils peuvent, ou non, confirmer cette observation. »

Depuis les communications de Möbius et de M. Marie, d'assez nombreux cas ont été publiés. Nous donnons à la fin de cette revue une liste de 29 cas de reviviscence du thymus dans la maladie de Basedow.

Actuellement, la plupart des auteurs insistent sur la fréquence de ce fait. M. Joffroy (1894) considère qu'elle est de règle et que « c'est une particularité qui paraît appartenir presque exclusivement à la maladie de Basedow». Schnitzler (1894) dit que dans les cas de maladie de Basedow traités par la thyroïdectomie on a très fréquemment constaté cet état thymique. Mackenzie et Edmunds trouvent la coïncidence trop fréquente pour être accidentelle. Gayme (1898) s'exprime ainsi : « Elle semble être constante et on a raison d'y voir autre autre chose qu'une simple coïncidence. » Murray (1899) dit que, dans tous les cas examinés récemment à ce sujet par Mackenzie, l'hypertrophie du thymus existait.

Ici encore, l'hypertrophie du thymus coïncidait dans la plupart des cas avec une hyperplasie lymphatique (cas de Goodhart, Hale White, Schnitzler, Howse, Benvenuti, etc.).

b. *Myxœdème.* — M. Marie, dans sa communication déjà citée, rapporte que Bourneville dit cette hypertrophie du thymus constante dans le myxœdème infantile. Il est probable qu'il s'agit alors de simple persistance. Mais il admet que, de même que dans la maladie de Graves, il s'agit de véritable reviviscence lorsqu'on a affaire à un myxœdème acquis de l'adulte, et il en rapporte une observation.

M. Souques, Stilling ont aussi observé la persistance du thymus dans le myxœdème.

c. *Goitre simple.* — Elle y est moins fréquente, mais a été vue cependant par plusieurs auteurs. Le fait aurait déjà été noté par M. Verdan. Gluck qui en rapporte un cas (thymus de 55 grammes) dit que Güterbrock l'a trouvée très souvent dans des autopsies de goitre.

d. *Acromégalie.* — Klebs en a vu un cas; Haskovec disait en 1893 que c'était le seul cas existant alors. M. Marie dit au contraire : « Dans l'acromégalie on a signalé d'une façon à peu près constante l'existence du thymus. »

Murray (1897) en rapporte un cas : mais il y avait en même temps un goitre exophtalmique. Dans le fait de Harlow Brooks, le corps thyroïde était aussi hypertrophié. Percy Furniwall (1897) rapportant, un cas personnel où il n'y avait pas traces du thymus, fait à ce sujet une statistique; sur 34 cas d'acromégalie, 17 fois on a examiné le thymus : 7 fois il manquait, 10 fois il existait (dont 4 fois nettement hypertrophié).

Rappelons qu'on a souvent dans l'acromégalie trouvé des lésions des ganglions lymphatiques (Marie et Marinesco, Claus et Van der Stricht).

e. *Leucémie.* — L'analogie anatomique et physiologique qui existe entre le thymus et les ganglions, le fait que son hypertrophie coexiste si souvent avec une hyperplasie lymphoïde généralisée (diathèse lymphatique), devaient faire prévoir que cette glande pourrait bien être atteinte dans la leucémie.

De fait, l'hypertrophie du thymus a été notée parfois dans la *leucémie chronique*, telle est, par exemple, l'observation de MM. Blache, Isambert et Robin (1856). Mais elle est bien plus fréquente dans la *leucémie aiguë*. Citons les cas de Guttmann, Obratzow, Hinderburg, Sellig, Bradfort et Schaw; ces derniers auteurs l'ont notée 4 fois sur 4 autopsies de leucémie aiguë.

f. L'*état thymique* ou lymphatique peut exister *indépendamment de toute autre maladie*, constituant une tare chez un individu d'ailleurs en bonne santé, ainsi que nous le verrons en parlant de la mort subite.

g. Notons en terminant, sans y insister, que la persistance du thymus a été notée dans plusieurs cas d'*inversion viscérale totale* : ce sont les cas de MM. Orcel (1888), Pic (1895), Mathieu et Sikora (1899). Dans ce dernier cas il y avait, de plus, une maladie bleue. Il peut très bien s'agir d'une simple anomalie. Pourtant Pic fait remarquer que dans son observation et dans celle de M. Orcel il y avait un goitre; peut-être était-ce là la cause d'une reviviscence du thymus.

Tout récemment, M. Lamouroux (1899) a présenté un thymus énorme provenant d'un fœtus anencéphale avec inversion viscérale.

En somme, de cette étiologie deux faits sont surtout à retenir : l'influence de la nutrition sur le volume du thymus; les connexions assez remarquables que présentent les lésions du thymus avec celles des autres glandes vasculaires sanguines et des ganglions.

3° Conséquences de l'atrophie du thymus. — Nous avons vu plus haut que chez les enfants l'état cachectique coïncidait très souvent avec une atrophie du thymus.

Il est bien difficile de savoir des deux faits quel est le primitif. Nous avons indiqué les auteurs qui attribuent l'a-

trophie du thymus au mauvais état de la nutrition. Mais d'autres, avec non moins de vraisemblance, admettent que c'est la lésion du thymus qui a pour conséquence le trouble de la nutrition; c'est l'opinion de MM. Farret, Durante, Mettenheimers. M. Durante rapporte le cas d'un enfant né à terme et bien portant; au bout de quelques jours, amaigrissement progressif et rapide, *malgré que l'appétit soit conservé* : le thymus était très petit (1gr50) et sclérosé. M. Blondel rappelle que dans divers cas d'atrophie du thymus (Demme, Jacobi), on a noté la mort par épuisement.

Nous rapprocherons de l'atrophie du thymus l'*absence de cet organe*.

Elle est rare; comme d'autre part elle coexiste parfois avec une autre anomalie incompatible avec la vie, il est difficile de savoir quelles en sont les conséquences.

Bischoff l'a observée chez un enfant mort-né parfaitement développé.

Le seul cas avec survie que nous connaissions est celui d'Alfred Clark (1896). L'enfant s'était bien porté jusqu'à six mois; à ce moment apparut de l'enflure des pieds et des mains qui augmenta progressivement d'étendue et d'intensité. L'examen clinique des divers viscères était négatif, et il n'y avait pas d'albumine.

Trois mois après le début des accidents, il se produisit dans chaque fosse sus-claviculaire une ecchymose de l'étendue d'un florin. Il mourut quelques jours après, sans autre symptôme. A l'autopsie il y avait d'un côté une anomalie du rein à laquelle l'auteur n'attribue aucun rôle pathogénique, étant donné que l'autre rein était sain. Il y avait absence complète du thymus et il n'y avait pas non plus de tissu fibreux indiquant la place de l'organe absent. L'auteur dit que ce cas prouve que cet organe n'est pas indispensable à une bonne santé et à un développement normal, au moins pour les six premiers mois. Mais il attribue les ecchymoses à l'absence de thymus. « Les ecchymoses symétriques survenant sans cause apparente concordent avec les connexions admises entre cette glande et l'hémophilie. »

Il est difficile de se prononcer sur la signification d'un fait unique.

4° CONSÉQUENCES DE L'HYPERTROPHIE DU THYMUS. — Plus loin, en comparant les données de la pathologie aux autres données, et notamment à celles de la physiologie, nous verrons quelles *suppositions* on peut faire sur le rôle du thymus en pathologie et en particulier dans la pathogénie des maladies où nous l'avons trouvé hypertrophié.

Voulant nous borner à indiquer en ce moment seulement des *faits*, nous nous contenterons de signaler les relations de l'hypertrophie du thymus avec la *mort subite*.

Nous serons d'ailleurs brefs à ce sujet car il s'agit, le plus souvent, d'accidents de compression qui n'ont guère de rapports avec les fonctions du thymus.

Tantôt cette mort a lieu *sans cause occasionnelle apparente;* cela est surtout fréquent chez les jeunes enfants et a été l'origine de nombreuses discussions sur la pathogénie du spasme glottique. Ces cas répondent, comme nous l'avons récemment montré ailleurs, à trois formes cliniques : 1° mort subite vraie; 2° asphyxie subaiguë (cas de Marfan); 3° non-établissement de la respiration (cas de Perrin de la Touche). Mais cet accident peut aussi se voir chez l'adulte, et en particulier dans le goitre exophtalmique, fait qu'aucun auteur n'avait signalé.

La mort subite dans la maladie de Basedow est très rare. Les classiques n'en disent pas un mot et Bezançon, qui en a récemment rapporté deux cas, dit n'en avoir pas trouvé d'autre dans la littérature. Il en existe cependant; sans prétendre avoir parcouru toute la littérature nous pouvons en ajouter quatre : 2 de Hale White, 1 de Codd, 1 de Markham; dans ces quatre il y avait persistance du thymus. Donc sur 6 morts subites dans la maladie de Graves nous trouvons 4 fois une hypertrophie du thymus; les deux cas négatifs sont ceux de Bezançon (et encore dans un de ces deux cas l'auteur ne dit rien du thymus).

Si maintenant nous cherchons comment sont morts nos 29 cas de persistance du thymus, nous devons défalquer les morts opératoires, les cas où la cause de la mort n'est pas indiquée ou que nous n'avons pu voir dans l'original. Il nous reste ainsi 14 cas : 4 sont morts subitement sans cause connue (les 4 cités), 10 ont succombé à des affections diverses.

Cette proportion de 4 sur 10 n'est évidemment pas très forte; mais il est évident que l'on peut mourir d'autre chose avec un gros thymus, et d'ailleurs il est facile de comprendre que cette hypertrophie suit moins nocive ici que chez l'enfant. Car tandis que chez l'enfant on ne tient naturellement compte que des cas de véritable hypertrophie, c'est-à-dire de cas où le thymus arrive à avoir un volume énorme relativement au poids de l'enfant, ici au contraire on bloque tous les cas de persistance du thymus, c'est-à-dire que l'on fait entrer dans les statistiques des cas où le thymus n'a guère que le volume d'un thymus normal de nouveau-né; on a raison de le faire, puisque cela est déjà anormal, mais on comprend qu'au point de vue spécial de la mort subite ces cas ne sont guère comparables entre eux ni comparables aux cas infantiles.

D'autres fois c'est *à l'occasion d'incidents divers* qu'a lieu la mort subite. Le plus fréquemment il s'agit de la mort survenant à la fin de l'anesthésie ou peu après l'intervention chirurgicale; pour l'étude de ces faits nous renvoyons à Kruse et Cahen, R. Paltauf, Kundrat, Bayer. Généralement il s'agit de chloroformisation; parfois cependant l'anesthésie a été faite à l'éther (cas de Hensler). Il est à remarquer que cette mort survient à la fin de l'anesthésie, qu'il ne s'agit pas de la syncope bien connue du début. La mort est dans ces cas précédée de secousses musculaires (Paltauf, Bayer).

Ces morts subites ou rapides post-opératoires sont plus fréquentes dans les goitres et dans le goitre exophtalmique en particulier. La fréquence de ce genre de mort dans les interventions pour maladie de Graves n'est pas discutable; elle ressort nettement des statistiques (Allen Starr). Elle est attribuée d'ordinaire (Poncet, Debove) à l'intoxication thyroïdienne. Surrel qui adopte cette interprétation ajoute cependant : « Il est un autre fait récemment mis en cause, auquel on attribue la mort subite, nous voulons parler de la persistance ou reviviscence du thymus. » Beaucoup d'auteurs allemands n'hésitent pas en effet à attribuer cet accident à la persistance du thymus.

Cette interprétation est assez vraisemblable si l'on rapproche la fréquence de cet accident de la fréquence de l'hypertrophie du thymus dans cet affection.

Il est difficile d'établir une statistique sur ce point car très souvent il n'y a pas d'autopsie ou celle-ci est trop sommaire. Parmi nos 29 cas, 18 fois nous avons trouvé nettement indiqué le genre de mort : 10 morts de maladies variées, 4

morts rapides post-opératoires (cas de Goodhart, Schnitzler, Debove, Ezio Benvenuti).

Comme autre cause occasionnelle, signalons des médications variées : sérum antidiphtérique (Combe, Langerhans, Escherich), applications de compresses salicylées (Escherich), etc., amenant la mort subite chez des enfants atteints d'état thymique.

Enfin on a publié une série de cas d'habiles nageurs morts subitement au sortir du bain (Nordmann, Recklinghausen, Dwornitschenko) et chez lesquels on trouva pour seule cause de mort un thymus volumineux.

Comme le fait remarquer Hoffman, tant qu'on n'aura pas trouvé une autre explication on sera bien autorisé à attribuer à l'hypertrophie du thymus ces morts subites dans lesquelles on ne trouve aucune autre lésion.

L'hypertrophie du thymus est donc une cause de mort subite; tantôt celle-ci survient spontanément, au moins en apparence, tantôt la lésion thymique ne semble qu'avoir placé l'individu en *imminence de mort subite*.

Quant au mécanisme de cet accident, nous le discuterons plus loin, parce qu'il y a lieu d'invoquer les notions fournies par la physiologie. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(6 DÉCEMBRE 1899)

La séance a été presque entièrement occupée par la discussion sur le **traitement de la coxalgie par la résection de la hanche.** M. Schwartz a communiqué trois cas de résection dont un avec résultat merveilleux et deux avec résultat médiocre. L'un de ces opérés, qui avait subi une résection de 12 centimètres, ne présente plus aujourd'hui que 4 centimètres de raccourcissement et jouit de mouvements tels qu'il peut faire de longues courses à pied et à bicyclette. Il arrive à faire facilement et couramment 80 à 100 kilomètres, dans sa journée, à bicyclette. C'est là, on en conviendra, un résultat de la résection de la hanche assez inattendu. Chez un autre malade, le résultat fut moins heureux. Après seize mois d'immobilisation sans le moindre succès, M. Schwartz se décida à la résection; il trouva une articulation complètement démolie; une tête fémorale rongée par la tuberculose, un abcès profond, des fusées purulentes diffuses; le résultat ne fut pas brillant; cet opéré a encore des fistules et il n'a pas retiré de l'opération les bénéfices qu'on était en droit d'espérer.

Mais ainsi que le fait justement observer M. Schwartz, la résection de la hanche appliquée au traitement de la coxalgie n'a été jusqu'ici que l'*ultima ratio*, que la ressource dernière appliquée aux cas désespérés. Les faits très intéressants apportés par M. Nélaton, ceux de M. Schwartz et d'autres encore semblent prouver que, lorsque les chirurgiens se décideront à y recourir plus tôt, avant d'attendre que les lésions soient très étendues, on obtiendra de meilleurs résultats. Aussi, dans l'avenir, M. Schwartz est-il décidé à suivre la conduite indiquée dans ce sens par M. Nélaton.

M. Delorme estime que, dans cette question, il faut avant tout séparer les cas de coxalgie chez l'enfant de ceux qui se présentent chez l'adulte. Il ne veut s'occuper que de ces derniers. Voyons donc ce qui se passe dans l'armée au point de vue de la coxalgie. Quand celle-ci est traitée dès le début par l'immobilisation prolongée pendant de longs mois, on voit cesser les accidents et les malades revenir à une apparence de guérison. M. Delorme dit apparence de guérison, puisqu'il ne lui a pas été donné de suivre assez longtemps ses malades et qu'il ne se dissimule pas la possibilité des rechutes. Ayant eu affaire à des coxalgiques adultes avec abcès et fistules, deux fois M. Delorme se décida à intervenir par la résection. Ces deux malades sont morts, l'un de shock, l'autre d'ostéomyélite. Aussi M. Delorme a-t-il, dès lors, renoncé à recourir à cette opération.

Les faits de M. Nélaton et ceux de M. Félizet le porteront peut-être à changer d'avis et, dans les cas où l'insuffisance des méthodes conservatrices lui sera démontrée notoirement insuffisante, il se déciderait alors à recourir à la résection en employant le flambage de la plaie préconisé par M. Félizet.

Jusqu'ici l'accord semble devoir se faire; mais cela ne dure pas et une discussion très vive s'élève entre M. Félizet et M. Kirmisson; le premier fait connaître en détail la ligne de conduite qu'il suit en présence des différents cas de coxalgie chez l'enfant : tant qu'il n'y a qu'un peu de douleurs, de gonflement et quelques-uns seulement des symptômes de la coxalgie, M. Félizet s'en tient au repos, à l'alimentation et au grand air; quand il y a un abcès, il l'ouvre; si, après l'ouverture de l'abcès, l'enfant va mieux, conserve l'appétit, il continue le traitement conservateur. Jusqu'ici M. Félizet se croit d'accord avec M. Kirmisson. Quand la coxalgie devient franchement suppurée et fistuledse, M. Kirmisson a recours aux injections d'éther iodoformé. Mais quand ce traitement réussit, il demande des mois et des années pour mener l'enfant à la guérison.

Aussi quand la coxalgie devient grave, suppurée, douloureuse; quand elle affaiblit l'enfant au point que son état général s'aggrave, alors M. Félizet estime qu'il faut faire ce qu'il appelle le *déblayage*, c'est-à-dire enlever tout ce qui est douloureux, tout ce qui est malade dans l'articulation. C'est là, dit-il, besogne de déblayage et d'assainissement, c'est la vraie chirurgie conservatrice en ce sens qu'elle conserve l'existence des enfants.

A l'appui de cette opinion, M. Félizet montre des pièces dans lesquelles il s'agit de lésions graves et étendues et il demande à M. Kirmisson et à ses collègues ce que les injections d'éther iodoformé pourraient faire contre de pareilles lésions.

A cela M. Kirmisson répond, assez vivement, qu'il se trouve en désaccord absolu avec M. Félizet; jamais il n'a ouvert un abcès de coxalgie; il ne traite ces abcès par des injections médicamenteuses; sa pratique, d'ailleurs, est tout à fait dissemblable de celle de M. Félizet. M. Kirmisson estime qu'il n'existe qu'un traitement rationnel de la coxalgie, c'est le traitement conservateur basé sur les soins antiseptiques qu'on connaît aujourd'hui.

Il rapporte une observation assez intéressante; c'est celle d'un enfant ayant eu une coxalgie grave et qui avait parfaitement guéri par l'immobilisation. Deux ans après, cet enfant lui est ramené en très mauvais état avec une attitude horriblement vicieuse.

Que s'était-il passé? La mère avait conduit cet enfant à un charlatan que tout le monde connaît, et M. Kirmisson est heureux de profiter de cette occasion pour dire ce qu'il pense de ce charlatan. Nous aurions tous des cas analogues à présenter et il serait bien utile que ces faits fussent portés à la connaissance du public, dans d'autres organes que les nôtres qui ne peuvent prêcher que des convertis.

SUR LES APPLICATIONS NOUVELLES DU COURANT ONDULATOIRE EN GYNÉCOLOGIE

Par le docteur G. Apostoli (1).

Le courant ondulatoire, dont les propriétés physiques et physiologiques nous ont été révélées par le professeur d'Arsonval, présente le double avantage de supposer aux effets du courant continu ceux d'un courant variable, qui, comparé au courant faradique, présente une courbe plus régulière, moins brusque, et à forme sinusoïdale.

L'absence de tout renversement et de toute alternance lui permet de surajouter à l'action oscillatoire, l'action électrolytique d'un courant constant, et lui assure ainsi une place importante dans l'échelle des différents modes électriques appliqués à la médecine.

Expérimenté pour la première fois en 1896, à la clinique du docteur Apostoli, il a été, depuis lors, appliqué à un grand nombre de malades, et au total, jusqu'au 1er juillet 1899, pour la gynécologie seulement, 4232 fois sur 308 malades.

Voici les résultats de son application gynécologique :

1° La caractéristique dominale du courant ondulatoire consiste dans une action analgésique plus ou moins rapide qui entraîne la diminution, puis la disparition fréquente des phénomènes douloureux.

Qu'il s'agisse de douleurs intermenstruelles, ou de dysménorrée, proprement dite, il agit très puissamment pour atténuer ou faire disparaître l'élément douleur, sans toutefois pouvoir supplanter constamment soit la faradisation, soit la statique.

2° Sans action marquée contre la leucorrée d'origine infectieuse, il peut rendre parfois des services contre les troubles circulatoires congestifs voisins de l'état puerpéral et diminuer ainsi quelques écoulements leucorréiques et souvent rebelles.

3° Sans avoir la possibilité d'exercer en général contre les hémorragies une action aussi rapidement efficace que celle du courant continu appliqué à haute dose à l'aide d'une électrode non oxydable en platine, il peut toutefois être utilisé avec fruit contre les hémorragies liées à une métrite congestive ou à un arrêt d'involution utérine.

4° Agissant par un processus analogue et souvent supérieur à celui du massage abdominal, il peut combattre avantageusement certaines constipations rebelles et certaines aménorrées réfractaires à la galvanocaustique.

5° Sans action trophique directe contre l'évolution des fibromes, il doit céder le pas aux galvanocaustiques dans la cure des néoplasmes bénins, mais il peut faire disparaître certains phénomènes congestifs douloureux liés à leur évolution.

6° Impuissant pour corriger directement les ptoses et les vices de situation génitale, il peut cependant en décongestionnant le bassin et en activant la contractilité musculaire, rendre dans ces cas de réels services symptomatiques.

7° Très puissant contre les lésions péri-utérines congestives et exsudatives (non suppurées) par l'association de son action analgésique à ses effets stimulants, il aide à la résorption des exsudats et constitue une de leurs meilleures médications conservatrices.

En résumé, les nombreuses applications du courant ondulatoire faites depuis trois ans à la clinique du docteur Apostoli, lui permettent d'affirmer que ce courant, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante, mérite de prendre rang dans la thérapeutique de la gynécologie conservatrice par l'association de ses deux actions prépondérantes :

Analgésique d'un côté, et résolutive ou décongestionnante de l'autre.

Si ce courant est moins actif que la galvanocaustique chimique contre le fibrome en général, contre l'endométrite infectieuse, contre la métrite parenchymateuse, et pour arrêter une hémorragie rebelle, il conserve, d'autre part, une préséance marquée dans le traitement de la subinvolution utérine et toutes les fois qu'il s'agit de résoudre plus ou moins rapidement des phénomènes douloureux ou congestifs.

Au point de vue symptomatique, comme au point de vue anatomique, les applications intra-utérines du courant ondulatoire paraissent plus énergiques et plus résolutives que les applications similaires faites dans le vagin.

Ainsi le courant ondulatoire, qui possède les qualités associées du courant faradique et du courant galvanique, constitue, d'après le docteur Apostoli, une acquisition précieuse pour la thérapeutique gynécologique conservatrice, et, sans vouloir supplanter aucun des autres modes électriques déjà connus, il mérite d'occuper une place de choix en électrothérapie.

(1) Communication à l'Académie de médecine.

FORMULAIRE

Lotion parasiticide contre le phtirius pubis.

Bichlorure d'hydrargyre	0g25 centig.
Essence de térébenthine......	30 grammes.
Glycérine...................	40 —
Alcool de lavande	175 —

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'analyse des eaux potables [2e édit.] (1), par Zune et Bonjean.

Au premier rang des opérations qui intéressent l'hygiéniste, se trouve la question des eaux potables : n'est-il pas établi aujourd'hui que certaines infections, telles que le choléra, la fièvre typhoïde, la dysenterie, ont surtout une origine hydrique, à tel point que l'on a pu dire (Brouardel) que « la fièvre typhoïde est le réactif de l'eau fournie à une ville » ou encore (Thoinot), que la fièvre typhoïde, dans une ville, est fonction directe de la qualité de l'eau qui sert à son alimentation. Les infections pyocyaniques n'auraient-elles pas souvent le même mode de propagation?

Aussi doit-on louer M. Bonjean de nous donner une deuxième édition de l'excellent traité de Zune. Par une pratique datant de plus de dix années, par sa situation de chef du laboratoire du comité consultatif d'hygiène de France, M. Bonjean était mieux qualifié que tout autre pour reprendre cette étude dont l'intérêt est tout d'actualité.

Dans le volume qu'il nous offre aujourd'hui, l'analyse des eaux potables est traitée d'une façon claire et complète au triple point de vue de l'analyse chimique, de l'examen microscopique et des recherches bactériologiques. Grâce à cette consciencieuse étude, le praticien pourra se renseigner sur la nature chimique d'une eau, sur les micro-organismes qu'elle renferme, sur sa richesse plus ou moins grande en bactéries, et par conséquent se prononcer en toute connaissance de cause sur la valeur de cette eau au point de vue hygiénique.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Jules Rousset, 36, r. Serpente.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Voici la note officielle qui nous est communiquée :

« Le Conseil de surveillance s'est réuni hier matin, 7 décembre, à neuf heures et demie, sous la présidence de M. le préfet de la Seine. . . . .

M. le conseiller Voisin, vice-président du Conseil de surveillance, a donné lecture du mémoire de M. le docteur Napias, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, puis de son rapport personnel au nom d'une sous-commission qui, dès mardi soir, avait étudié la question sous toutes ses faces.

Conformément au rapport de M. Voisin et aux conclusions de la sous-commission, le Conseil a émis l'avis :

1° Qu'il y avait lieu de demander à l'administration de faire diligence auprès de M. le ministre de l'Intérieur pour obtenir un avis du Conseil d'État.

2° Que les différentes solutions proposées par M. le directeur seraient transmises, avec la demande d'avis du Conseil d'État, et avec l'indication de la préférence du Conseil de surveillance, pour telle ou telle des solutions proposées.

3° Que le Conseil de surveillance, en ce qui le concerne, était d'avis qu'il y avait lieu d'annuler les opérations du concours et de le recommencer dans les conditions où il se présentait à la date du 30 septembre.

Enfin, le Conseil a examiné une autre question ayant un caractère général et a été d'avis, conformément à la demande de M. le Directeur, que la publicité des séances, prévue par le règlement, devait s'entendre uniquement de la lecture des compositions et des épreuves orales, c'est-à-dire de tous les cas où le public était en situation de juger en même temps que les juges, et que le tirage au sort de la question de la composition écrite devait, dans l'avenir, avoir lieu en présence des seuls candidats, le public ne devant pas avoir accès dans la salle où la question serait tirée au sort et la composition faite. »

Rappelons que le 30 septembre dernier, le registre d'inscription au concours était clos. Le jury devait être tiré au sort le lendemain.

Cette décision admet donc au nouveau concours et devant de nouveaux juges, *tous* les candidats inscrits il y a trois mois.

Les malfaiteurs de Beaujon n'en demandaient pas davantage.

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la limite d'âge du professeur Terrier et de la mort de M. A. Marchand, le mouvement suivant aura lieu le 25 décembre dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris.

M. Berger passe à l'hôpital Beaujon; M. Michaux passe de l'hôpital Broussais à l'hôpital Bichat; M. Chaput, de l'hôpital Tenon à l'hôpital Broussais; M. Lejars, de la Maison de santé à Tenon; M. Potherat, de Bicêtre à la Maison de santé; M. Guinard, d'Ivry à Bicêtre; M. Hartmann, du Bureau central à l'hospice d'Ivry.

Légion d'honneur. — Le médecin de première classe Emily, qui faisait partie de la mission Marchand, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 29 novembre 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. Willigens, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Defos du Rau, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Lardennois et Muller, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. de Burine et Mourier, démissionnaires.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. Bories, Belohous, Bruneau, Cazade, Mongin, Gourdon, Boucard, Lombard, Lathuray-Viollet, Bigeard, Bérard, Acquaviva, Chabriac, Abd el Nour, Deshayes, Legry, Tanchon, Bousquet, Pierrot, Fassina, Milian, Chailan, de Lara, Delebecque, Roques, Philippe, Gaumerais, Fortunet, Allard, Brun, Payen, Chartier, Girard, Jung, Goy, Saqui, Fournier, Lefer, Bisquera, Caffarel, Pellegrin, Salvador, Weill, Calbat, Cuzin, Martel, Benoit, Esperandieu, Lahaye, Horveno, Helouin, Camiade, Vial, Ceccaldi, Morard, Gilbert, Bricard, Lapeyre, Dousset, Bosvieux, Lacrosaz, Caizergues, Guex, Bottone, Boutron, Ricoux, Etterien, Pamart.

— Par décision ministérielle du 7 décembre 1899, ont été nommés pour les postes ci-après désignés, MM. les médecins aides-majors de première classe Sabatier, pour le 141e d'infanterie; — Dehoey, pour le 83e d'infanterie; — Rieux, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Delahaye, pour le 1er régiment de spahis; — Seguinaud, pour le 15e dragons; — Pelissié, pour le 3e tirailleurs.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rouvillois, pour le 11e d'artillerie; — Humbel, pour le 5e d'infanterie; — Pigeon, pour le 6e chasseurs à cheval; — Vergne, pour le 114e d'infanterie; — Hochwelker, pour le 95e d'infanterie; — Gueytat, pour le 10e dragons; — Delbru, pour le 3e d'artillerie; — Beaujeu, pour le 33e d'infanterie; — Sorel, pour le 5e d'artillerie; — Humbert, pour le 18e d'infanterie; — Caillon, pour le 12e chasseurs à cheval; — Munaret, pour le 95e d'infanterie; — Suttel, pour le 86e d'infanterie.

Marine. — M. Rigaud, médecin de deuxième classe, du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, sur la *Bretagne*, M. le docteur Mottin promu de première classe.

M. Mottin, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, actuellement embarqué sur la *Bretagne* et nouvellement promu médecin de première classe est affecté au cadre de Cherbourg.

Commission parlementaire d'hygiène publique. — Sur la proposition de M. Dubois et d'un certain nombre de ses collègues, la Chambre des députés, dans sa séance de lundi, a décidé la création d'une grande commission de trente-trois membres qui sera chargée d'étudier les questions d'hygiène générale.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 48e semaine 913 décès, chiffre un peu supérieur à celui de la semaine précédente.

La fièvre typhoïde a causé 12 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et qui dépasse encore un peu la moyenne (6). Le nombre des cas nouveaux dénoncés par les médecins continue à décroître (54 cas nouveaux au lieu de 65 pendant la semaine précédente et de 84 pendant la semaine antérieure; ce chiffre atteignait et dépassait 200 il y a quatre mois).

Les autres maladies épidémiques continuent à être rares.

La rougeole n'a causé que 2 décès; la scarlatine, 4; la coqueluche, 4; la diphtérie, 5. Ces chiffres sont voisins de la moyenne.

Cours de physiologie générale. — M. N. Gréhant, professeur, commencera ce cours le lundi 11 décembre 1899, à trois heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, dans son laboratoire, quai Saint-Bernard. — Exercices pratiques tous les vendredis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique d'hygiène, à l'usage des médecins et des étudiants, par le docteur Guiraud, professeur d'hygiène à la Faculté de Toulouse. Un vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Steinheil, éditeur.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 141. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 12 DÉCEMBRE 1899. — Nº 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE.	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

Paris, le 11 décembre 1899.

Une commission du Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'était prononcée, à la majorité de 8 voix sur 10, pour l'annulation du concours de l'Internat interrompu par cet acte de lâche cambriolage que chacun connaît.

Le Conseil de surveillance, se rangeant au vœu de sa commission, a décidé de soumettre ce litige au Conseil d'État, mais sans oublier toutefois de lui indiquer que la solution qui lui paraît la meilleure (1) serait le recommencement intégral du concours au point où il se trouvait le 30 septembre. Ce petit ajouté, qui n'a l'air de rien, ne serait-il pas en réalité le nœud de la question?

Pourquoi le 30 septembre? Tout simplement parce qu'ainsi on élimine le jury qui a été tiré au sort le 1er octobre, mais qu'on réintègre *tous* les candidats blackboulés et ayant filé, parmi lesquels se trouvent, sans nul doute, le ou les cambrioleurs. Une telle mesure ne tendrait-elle pas à donner consistance aux soupçons qui couvent, à savoir que les cambrioleurs sont fort bien en cour, qu'ils ont l'influence puissante et touchent de près aux hautes sphères gouvernementales?

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1330

N'a-t-on pas vu, depuis quelques jours, surgir une série d'insinuations sur ce concours malhonnête, s'il en fut — « ce pelé, ce galeux, d'où venait tout le mal! » — ce concours vicié dès son début par des candidats indélicats, des chefs de conférence sans scrupules!

Il n'est pas jusqu'à la question écrite qui n'ait été la dernière des dernières parmi les questions à choisir! Aussi le fait-on bien voir au jury, en le remerciant sans façon. Ne lisait-on pas dans un journal du matin, que les deux copies d'un candidat étaient d'écriture différente et n'étaient évidemment pas de la même main! Ceci a été dit, et imprimé. Il eût semblé logique de faire sur ce point une enquête sérieuse et de disqualifier publiquement le faussaire. Mais on n'en a rien fait; et dans la presse à qui on donne le mot, dans l'administration qui le reçoit peut-être, on ne parle que de fraudes, que d'irrégularités, — et de cambriolage il n'en est que peu ou pas question. Cette façon de brouiller les cartes est peut-être fort habile, mais elle ne paraît pas s'inspirer de la banale honnêteté. Par une pente naturelle et insensible, on est ainsi amené, par on ne sait qui, sinon à applaudir du moins à plaider les circonstances atténuantes pour cet acte de bandit qui en quelques minutes a pu anéantir le fruit de longues et pénibles veillées de l'élite de nos étudiants.

N'est-ce pas la morale qui paraît se dégager des décisions soumises à l'avis du Conseil d'État? Jamais cambriolage ne fut mieux réussi ni mieux encouragé.

La faute en est un peu à tous ces braves candidats, confiants dans leurs droits acquis, dans les notes qu'ils ont reçues et qui leur appartiennent; tranquillisés par la conscience que la justice devait sauvegarder leurs légitimes intérêts, ils n'ont pas bougé. Mais depuis que l'acide nitrique a endommagé le tapis du directeur de Beaujon, certains blackboulés du concours ont remué ciel et terre! Pensez donc, quelle aubaine! Ce concours, le dernier pour beaucoup, pouvait se recommencer! On pouvait leur donner une chance nouvelle, passer l'éponge sur la mauvaise copie, sur le filage avant la séance! Les amis influents se mirent en campagne, on intrigua, promit, menaça même; bref, du silence des uns, des menées clandestines des autres, est sortie cette proposition monstrueuse de l'annulation du concours.

Parmi toutes les solutions boiteuses entre lesquelles le Conseil de surveillance avait le choix, il a mis la main sur la moins équitable. Si le cambrioleur n'a pas agi sans motif, pourrait-on dire qu'en ne tenant aucun compte des droits

acquis par plusieurs centaines de candidats, le Conseil de surveillance a agi sans raison?

La fin de ce criminel attentat est presque aussi pénible que l'acte lui-même. On a peine à croire que toute l'habileté d'un juge d'instruction, doublée de la perspicacité d'un des meilleurs agents de la Sûreté, n'ait pu mettre la main sur les coupables! Ce «non-lieu» final, cette annulation du concours qui couronne l'attentat d'une apothéose inattendue, nous remettent en mémoire cette triste parole d'Hamlet: « Décidément, il y a quelque chose de pourri dans le royaume de Danemark. »

TRAUMATISME DE LA PAROI ORBITAIRE INTERNE
SINUSITE SPHÉNOÏDALE CATARRHALE CONSÉCUTIVE OPÉRATION, GUÉRISON

PAR

le docteur Wilhelm, Médecin de l'hospice de Lassalle à Pompey. et le docteur Jacques, Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Nous avons eu l'occasion de procéder à la trépanation du sinus sphénoïdal dans des conditions si exceptionnelles, qu'il nous a paru intéressant de rapporter cette opération que nous avons été les premiers à pratiquer dans notre modeste hôpital.

M. S. H..., âgé de quarante-sept ans, fut victime, le 7 avril 1899, d'une explosion survenue dans les mines de fer de Pompey.

Transporté à l'hospice de Lassalle, je fis les constatations suivantes: fracture ouverte du tiers interne de la clavicule droite, plaies en séton et incrustations de fragments de minerai au niveau de la paroi latérale droite du thorax, implantation d'un morceau de minerai dans la cavité orbitaire gauche.

Cette dernière lésion seule nous occupera; les autres ayant évolué normalement vers la guérison.

Le morceau de minerai qui s'était logé dans la cavité orbitaire gauche en remplissait toute cette cavité, il était situé à une profondeur telle qu'il faillit me faire commettre une terrible méprise. J'allais à la recherche de l'œil gauche pour procéder à l'énucléation de ses débris, lorsque la pince me fit découvrir le corps étranger, tant son enclavement était profond. Il remplissait toute la cavité orbitaire, et pour s'y loger, il avait fracturé l'apophyse orbitaire externe, l'os planum et la paroi interne de la voûte.

Les tractions avec la pince furent inutiles; il ne fallait pas songer à fragmenter le morceau de minerai; j'essayai de faire levier en prenant point d'appui sur le rebord inférieur de l'orbite, mais toutes ces tentatives furent sans succès. Je pus enfin, grâce au davier de Farabeuf, extraire le morceau de minerai dont voici la description. Sa forme générale est celle d'un prisme triangulaire dont le sommet correspondait à l'apophyse orbitaire externe, la base à la paroi interne de l'orbite, la partie postérieure est légèrement concave et porte l'empreinte du forêt qui avait servi à faire le trou le mine. Le diamètre transversal mesurait 5 centimètres, le diamètre vertical mesurait 3 centimètres et demi, le diamètre antéro-postérieur mesurait 2 centimètres. Le poids total du minerai était de 72 grammes. Deux petits fragments de minerai étaient logés derrière le premier et ils pesaient tous les deux 10 grammes.

Après antisepsie rigoureuse de la cavité orbitaire, je la tamponnai à la gaze iodoformée.

Les jours suivants je disséquai les débris sphacélés des membranes de l'œil et j'assurai le drainage de la plaie. Lors de l'accident, il s'était produit une épistaxis abondante, qui se reproduisit pendant quelques jours et qui nécessita un tamponnement antérieur de la narine gauche.

La guérison de la plaie de l'orbite s'obtint sans aucun incident, mais le blessé accusait des douleurs assez vives du côté de la nuque et du côté de la base du crâne. Ces douleurs assez difficiles à localiser dès leur apparition pouvaient être attribuées aux attritions multiples subies par le blessé avec d'autant plus de raison que les douleurs disparaissaient au fur et à mesure que la guérison s'opérait du côté de la voûte orbitaire et du côté de la clavicule. Aussi à sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 10 mai 1899, le blessé était complètement guéri et n'accusait plus aucune douleur du côté de la tête.

Je le considérais comme entièrement guéri, lorsqu'il revint dans les premiers jours de juin, accusant des céphalées à type continu et à localisation occipitale avec irradiations orbitaires. D'abord légers, ces maux de tête augmentaient rapidement d'intensité; il se produisit en même temps, au dire du malade, un écoulement de pus fétide dans la gorge, le tout sans réaction fébrile bien marquée.

Le traitement médical restant sans effet, je dus chercher une cause à ces douleurs. J'adressai mon patient à mon excellent ami le professeur Jacques et le priai de procéder à l'examen de mon blessé, soupçonnant qu'une lésion quelconque avait dû se produire soit du côté des sinus, soit peut-être même du côté de la base du crâne.

Un examen rhinoscopique, pratiqué par le professeur Jacques à cette époque, montra les sinus frontaux et maxillaire indemnes de toute inflammation suppurative; on apercevait sur le naso-pharynx quelques mucosités catarrhales sans odeur. Malgré l'institution d'un traitement antiphlogistique, les céphalées subirent une exacerbation croissante, au point de ne laisser au blessé aucun répit et de faire naître chez lui des idées de suicide. Le caractère des douleurs, leur localisation invariable permettaient de penser à une sinusite avec rétention dans la cavité sphénoïdale ou ethmoïdale postérieure. Aussi une intervention demandée par le malade avec insistance parut seule susceptible d'atteindre le mal à son origine. Cette opération était d'autant plus légitimée que des complications ultérieures et une éventualité telle, que la méningite ou le suicide étaient à redouter.

Fixée au 9 juillet 1899, l'intervention fut pratiquée à l'hospice de Pompey. Après anesthésie chloroformique et tamponnement de la choane gauche, une incision fut pratiquée suivant la méthode de Grünwald, le long du rebord supérieur et interne de l'orbite et descendant jusqu'à la commissure caronculaire. Hémostase provisoire; incision et décollement du périoste.

Immédiatement après, on rencontre, à la face interne de l'apophyse nasale du frontal des productions ostéophytiques, indice du traumatisme osseux; on les abat d'un coup de gouge sans pénétrer dans le sinus frontal qui est trouvé entièrement clos du côté de son plancher. En s'avançant vers la profondeur, la dénudation de l'os devient de plus en plus difficile par suite des adhérences inflammatoires qui se sont établies dans cette région. La rugine chemine à travers des masses fibreuses, noirâtres par place, colorées qu'elles sont par l'inclusion de particules de minerai. On pénètre ainsi d'emblée à travers l'os planum perforé dans le labyrinthe ethmoïdal à travers lequel on chemine d'avant en arrière à la rencontre du sinus sphénoïdal jusqu'à une profondeur de trois centimètres environ. A ce moment la sonde canelée, poussée horizontalement à travers la région la plus externe du labyrinthe, pénètre, après avoir vaincu une faible résistance membraneuse, dans une cavité profonde où elle perd pied en même temps qu'un flot de liquide séreux, hématique, brunâtre, de la valeur d'une cuillerée à potage, monte subitement des profondeurs de la plaie.

Le liquide étanché ne se reproduit pas, mais l'introduc-

tion nouvelle de la sonde dans la même direction, donne issue à une quantité de sérosité semblable et de même volume que la première. La totalité du liquide séreux peut être évaluée à 30 centimètres cubes environ.

Étant donné la modification profonde apportée par le traumatisme à l'anatomie de la région, il nous était impossible d'affirmer si la pénétration de la sonde avait eu lieu, soit dans un sinus hydropique, soit dans un kyste sous-dural, soit même dans la cavité sous-arachnoïdienne.

Nous nous contentons par prudence d'assurer l'hémostase, et de faire la toilette de la plaie. L'angle externe de l'incision cutanée est réuni par deux points; un crin de Florence ferme l'angle inférieur ; une mèche de gaze iodoformée est introduite dans la plaie et y est laissée pour faire fonction de drain.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Apyrexie complète, la plaie opératoire se ferme sans aucun incident. Je profite de l'anesthésie où était encore plongé l'opéré pour fermer complètement la cavité orbitaire en suturant par un surjet, après avivement, ce qui restait des paupières.

Des constations faites au cours de l'opération, il résulte que le traumatisme du 7 avril 1899, en défonçant la cavité orbitaire, avait aussi profondément modifié la structure du système cavitaire spuéno-ethmoïdal, fait qu'explique l'hémorragie nasale observée aussitôt après l'accident.

Par suite des progrès de la cicatrisation, l'étroit orifice qui met en communication le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales postérieures avec le nez, s'est progressivement obstrué. D'où rétention des sécrétions inflammatoires dans l'épaisseur de l'os de la base du crâne, et phénomènes douloureux d'intensité croissante au fur et à mesure que cette compression augmentait. L'ouverture opératoire des cavités accidentellement fermées et le rétablissement de leur communication naturelle avec les fosses nasales eut pour résultat de supprimer la cause des douleurs, en écartant toute imminence de complication méningée ou encéphalique. Nous n'aurons plus à redouter l'amaurose de l'œil du côté opposé ; ne sait-on pas, en effet, que le chiasma des nerfs optiques peut faire saillie dans la cavité des sinus, la paroi qui l'en sépare peut être très incomplète, d'où propagation facile des sinusites. Nous n'aurons pas à craindre les hémorragies de la carotide ou du sinus caverneux à la suite de la nécrose possible des parois du sinus qui aurait pu avoir lieu dans la suite. Notre blessé a été radicalement guéri et la guérison reste confirmée aujourd'hui.

En résumé nous avons eu affaire dans notre cas à une sinusite traumatique secondaire à l'obstruction accidentelle de l'orifice normal du sinus sphénoïdal et peut-être des cellules ethmoïdales postérieures.

Cette sinusite à ceci de remarquable qu'elle appartient à la catégorie des sinusites séreuses ou mucocèles. Ce fait est absolument exceptionnel : les cas de sinusite sphénoïdale traumatique signalés jusqu'alors ne concernent que des sinusites suppurées primitives ; déterminées par la pénétration directe de corps étrangers dans ces cavités. C'est ainsi que Foucher (1) rapporte un traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal.

Dans notre cas, la pathogénie de cette forme de sinusite peut s'expliquer de la façon suivante : comme toute cavité muqueuse normalement en communication avec l'air extérieur, les annexes du nez, lorsqu'elles perdent cette relation par suite d'une obstruction soit temporaire, soit définitive, de leur orifice de communication, voient un abaissement rapide de la pression atmosphérique dans leur intérieur ; de là, une hyperémie ex vacuo de leur revêtement muqueux que ne tarde pas à suivre un épanchement séreux de plus en plus abondant. La présence de cette sérosité devenant une cause d'irritation constante pour la muqueuse, l'inflammation succède à l'hyperémie primitive, et l'exsudation devenant de plus en plus intense, amène tantôt la replétion complète de la cavité et la compression des filets nerveux qui la tapissent. Les mêmes faits se produisent dans la caisse du tympan quand, par suite de la turgescence de la muqueuse, la trompe d'Eustache s'oblitère momentanément.

A la dépression tympanique que l'on observe tout d'abord succède, peu de temps après, une exsudation catarrhale qui ne tarde pas à repousser le tympan à l'extérieur ; et du reste la cavité du tympan n'est-elle pas aussi une cavité annexe du nez? En conséquence n'est-il pas logique d'appliquer aux sinus des lois semblables à celles qui régissent la cavité tympanique.

Telle est, à notre humble avis, l'explication la plus plausible de la formation de la sinusite sphénoïdale traumatique qu'il nous a été donné d'observer et de guérir.

(1) Foucher. *Union méd. du Canada*, vol. II, n° 2, fév. 1897; — *Rev. de laryngol. et d'otol.*, t. I, 1897, p. 744.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(6 décembre 1899)

J'aurais vivement désiré publier aujourd'hui *in extenso* le remarquable rapport (1) sur l'alcoolisme, lu à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, par M. Jacquet. Ce rapport, très long, merveilleusement documenté, d'une forme impeccable, mérite non seulement d'être lu par tout médecin soucieux de son rôle, il mérite d'être médité, et, je dirais volontiers, d'être appris par cœur. Il est temps que les médecins entrent résolument en campagne et luttent contre l'alcoolisation sans cesse croissante de notre malheureux pays. Beaucoup parmi nos confrères haussent encore les épaules quand, devant eux, on parle des ravages de l'alcoolisme ; d'autres n'ignorent pas, sans doute, les déplorables effets de l'alcool, mais, par indifférence ou scepticisme, ils laissent faire, pensant, à tort, que leur intervention n'avancerait pas à grand'chose.

C'est une erreur déplorable, car le médecin, mieux que quiconque, est placé pour combattre l'alcoolisme. En clientèle, à l'hôpital, partout sa parole peut être utile ; mais il faut qu'il se souvienne qu'il n'arrivera à un résultat qu'en frappant à coups redoublés et incessamment. C'est une question sur laquelle nous reviendrons à loisir plus tard dans la *Gazette*. Essayons d'extraire du rapport de M. Jacquet les points les plus intéressants :

« Messieurs,

La lutte contre l'alcoolisme est le premier devoir social de ce temps. Pour notre pays, de population stationnaire, et aujourd'hui le plus alcoolisé du globe, il s'agit là, à échéance brève, d'une question de vie ou de mort : tous ici nous le sentons. Et pour contribuer à cette lutte, qu'il faut engager sous toutes les formes dans la France entière, vous nous avez chargés d'étudier les moyens propres à faire de nos hôpitaux un centre d'enseignement et de préservation.

Notre intervention, certes, est déjà ancienne ; nous avons

(1) Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux, sur l'alcoolisme dans les hôpitaux parisiens, au nom d'une commission composée de MM. Debove, président; Béclère, Courtois-Suffit, Joffroy, Le Gendre, Marie, Siredey, Triboulet, et L. Jacquet, rapporteur.

pu nous tromper sur la valeur alimentaire et thérapeutique de l'alcool, mais depuis longtemps déjà nous exposons individuellement à nos malades les dangers de l'alcoolisation forte ou moyenne : trop faibles avis qu'a balayés la passion alcoolique, déchaînée au paroxysme, par des lois folles.

A l'heure actuelle, il s'agit d'action non pas seulement personnelle et timide, mais collective et hardie. A l'hôpital, plus de colloques discrets, où l'on parle à mots couverts d'intoxication et « d'éthylisme », mais des protestations claires contre l'empoisonnement et les empoisonneurs. Rappelons-nous que les beaux travaux d'un confrère suédois, Magnus Hüss, ont puissamment servi la cause, aujourd'hui victorieuse, de l'anti-alcoolisme en Suède et en Norwège, et ainsi contribué à l'affranchissement et à la régénération d'une belle race. Parlons et surtout agissons ; il en est temps encore. »

Après avoir détruit cette conviction qui court les rues et qu'il est si difficile d'arracher, même de l'esprit des gens les plus cultivés, que l'alcool « donne de la force », M. Jacquet aborde l'étude de l'alcoolisme dans les hôpitaux parisiens :

« Dans l'ensemble, notre étude a porté sur 4 744 malades répartis en 23 services : ceux de MM. Achard, Ballet, Béclère, Chauffard, Debove, Dreyfus-Brisac, Florand, de Gennes, Giraudeau, Guinon, Hayem, Jacquet, Joffroy, Le Gendre, Letulle, Lion, Marie, Mathieu, Rénon, Raymond, Siredey, Triboulet, Widal.

Ces divers services font partie des hôpitaux suivants, situés aux points les plus divers de Paris : Hôtel-Dieu, Sainte-Anne, Laënnec, Cochin, Tenon, Saint-Louis, Andral, Boucicaut, Saint-Antoine, Beaujon, la Salpêtrière, la Maison de santé, Lariboisière et Bicêtre.

Ils peuvent donc être considérés comme représentant, au point de vue morbide, l'ensemble de la population parisienne.

Parmi nos 4744 malades, nous comptons : 1° 3416 consultants ; 2° 1 328 hospitalisés.

Envisageons d'abord le sexe pour n'y plus revenir.

Le total général, 4744, comprend 1 541 femmes parmi lesquelles nous trouvons 147 alcoolisées et alcooliques, soit 9,53 p. 100. C'est peu, dira-t-on. C'est fort au-dessous de la vérité, dirons-nous; une enquête de ce genre, dans le sexe féminin, se heurte à d'insurmontables difficultés. Là, il faut se borner à la constatation trompeuse des stigmates; la puissance négatrice de ce sexe est remarquable ; nuls aveux : des ivrognesses notoires, de fieffées pochardes, affirment avec sérénité n'avoir jamais bu que de l'eau. En réalité, l'alcoolisation féminine, faible jusqu'à ces dernières années, progresse rapidement, grâce surtout, comme l'a dit Brunon (de Rouen), à la liberté du commerce des boissons, qui, à côté des cabarets où les femmes allaient peu, a fait de tout épicier, fruitier, charbonnier, etc., bref, de la plupart des fournisseurs, autant de centres pour l'empoisonnement des femmes. Indiquons ici, au passage, le coin le plus sombre peut-être de ce sujet, que notre étude ne pouvait malheureusement aborder : l'alcoolisme infantile. Lui aussi, librement, il progresse : ce n'est point assez que de léguer aux enfants un sang brûlé d'alcool ; de créer pour l'athrepsie, la tuberculose et la méningite ; des parents inconscients et stupides dressent leurs enfants à boire, donnent aux tout petits la becquée alcoolique.

Abordons maintenant l'étude successive de nos deux classes de malades :

La première comprend 3416 consultants, parmi lesquels 795 alcoolisés et alcooliques, soit 23,27 p. 100.

La deuxième comprend 1 328 hospitalisés, parmi lesquels 610 alcoolisés et alcooliques, soit 45,93 p. 100.

Et déjà l'écart de ces deux pourcentages est significatif.

Chacun correspond en son ensemble à une catégorie de cas différant beaucoup en gravité, puisque la première est compatible avec la vie active ; que la seconde au contraire exige l'hospitalisation ; or, celle-ci nous fournit un pourcentage alcoolique fort supérieur — ce qui nous est une bonne preuve de l'action pathogène de l'alcool.

Notre collègue Triboulet a poussé très à fond, dans sa statistique personnelle, l'étude de cette classe de malades. Je ne puis malheureusement reproduire le détail de son étude; je me borne à ces deux mentions d'importance :

1° C'est entre vingt et quarante ans que se place le maximum d'alcoolisation, c'est-à-dire à l'âge où socialement, par la reproduction, les êtres sont utiles — ou nuisibles — à la communauté ;

2° Sur l'ensemble des 820 malades hommes examinés par lui, notre collègue en considère 123 comme alcooliques à un fort degré, soit 15 p. 100, constituant un « déchet social absolu, un lot d'épaves. »

Comment combattre l'alcoolisme, à l'hôpital au moins? Écoutez les conseils fort sages de l'auteur :

« Rayons de nos prescriptions toutes préparations alcoolisées que nous ne jugeons pas strictement indispensables. Empêchons de toutes nos forces la diffusion, énorme aujourd'hui, des vins soi-disant « médicamenteux », dont la consommation constituera bientôt, en dehors de l'hôpital, la seule médecine populaire. Néfaste au malade, dont le penchant à l'alcoolisation se trouve ainsi accru, elle n'est point avantageuse à nombre de nos confrères, qui, comme l'a dit spirituellement l'un d'eux, tournent ainsi aux « distributeurs automatiques de vins ». Et ce rouage, tôt reconnu inutile, disparaîtra sous peu, au grand dam de la santé publique, au grand dommage aussi de notre niveau professionnel; car tout se tient : à quoi bon les études ardues, la recherche des causes, l'observation patiente des malades, si tout doit aboutir en définitive à la « distribution automatique » de tel vin de quinquina, de coca, de kola, de phosphates, que chacun aura bientôt fait d'apprendre à choisir selon ses goûts? Les médecins ont créé cette tendance, le public l'accepte avec joie et la généralise; les pharmaciens ne la combattent point. Il est temps de réagir...

Voici maintenant les mesures que nous pourrions réaliser dès maintenant, de concert avec l'administration de l'Assistance publique :

1° L'ignorance étant, sans contestation possible, l'une des causes du mal, nous croyons très utile de délivrer à chaque sortant, homme ou femme, un ou plusieurs exemplaires d'un « memento » succinct des dangers de l'alcool. Nous vous proposons d'adopter les suivants, reproduction à peine modifiée de ceux que nous devons à la très heureuse initiative de nos collègues Le Gendre et Triboulet (1)...

2° Nous croyons indispensable de réclamer pour nos infirmiers une réforme spéciale : ces dévoués serviteurs sont trop souvent victime de la phtisie, que leur vaut la double influence de la contagion professionnelle et de l'alcoolisation.

Nous voudrions qu'en chaque hôpital ils aient un lieu de réunion convenable, avec des jeux, des journaux, des livres; local où ils puissent se distraire aux heures de loisir, et leur permettant d'échapper à la tyrannie du cabaret.

Cette réforme nous paraît d'autant plus désirable que nos infirmiers n'ont pas de chambre, et couchent en un dortoir commun. Les malades, ne l'oublions pas, bénéficieront de tout ce qui est de nature à élever le niveau social des infirmiers.

3° Il nous paraît utile de constituer, à titre permanent, une commission dite de « l'alcoolisme », qui, au cours de

(1) Ces avis ont été publiés dans la *Gazette des hôpitaux* (1898, p. 1341 et 1342).

l'année, étudierait plus spécialement les questions afférentes, veillerait à la bonne exécution des premières réformes adoptées sous votre influence, en étudierait de nouvelles, vous adresserait un rapport annuel sur ces divers points, bref, assurerait l'harmonie, la continuité et la progression de vos efforts.

Telles sont, messieurs, les réformes modestes que nous vous proposons de réaliser. »

Ce n'est, fort malheureusement, qu'un aperçu très résumé du rapport de M. Jacquet. Nous espérons que ces quelques lignes donneront à nos lecteurs le désir de le lire en entier.

Dans cette même séance, que la question de l'alcoolisme a remplie presque en entier, M. Petit a rapporté une observation de **parotidite saturnine**; M. Aviragnet une observation d'**appendicite** et d'**obstruction intestinale.**

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La colique hépatique.

Par M. C. Bacaloglu, interne des hôpitaux de Paris.

De tous les accidents de la lithiase biliaire, la colique hépatique est celui sur lequel le médecin a le plus de moyens d'action.

Comme elle est souvent le premier accident de l'affection calculeuse, une fois l'accès douloureux combattu, il reste encore à surveiller le malade et, par un régime sévère, par une hygiène convenable, à empêcher la formation de nouveaux calculs. A la thérapeutique symptomatique devra donc succéder la thérapeutique rationnelle.

Avec les années les doctrines évoluent. La lithiase biliaire a été longtemps considérée comme le résultat d'un ralentissement de la nutrition, comme faisant partie de la grande famille des manifestations arthritiques ou herpétiques, avec la colique néphrétique, la migraine, les hémorroïdes, les éruptions eczémateuses, etc. Actuellement, après les travaux de Galippe, Gilbert et Fournier, Mignot, il est certain que l'infection biliaire est la première en date. La présence des micro-organismes dans les noyaux des calculs, de même que la reproduction expérimentale des calculs, grâce à une légére infection vésiculaire (Mignot), prouvent que, dans la formation des concrétions calculeuses, le facteur infectieux est le plus important à envisager.

Nous verrons que ces notions n'ont pas sensiblement changé la thérapeutique du lithiasique.

On est appelé près d'un malade, généralement d'âge moyen; c'est souvent une femme enceinte, ou bien, un arthritique légèrement obèse. Deux ou trois heures après le repas, il a été pris d'une douleur dans le côté droit, et il a eu de suite, ou quelque temps après, des vomissements, d'abord alimentaires, ensuite verdâtres, bilieux.

Le siège de cette douleur est la région hépatique, ou bien l'épigastre, avec irradiations dans la cavité abdominale et, l'épaule droite. On établit nettement le diagnostic de colique hépatique, après avoir éliminé les causes d'erreur, les crises néphrétiques, les coliques de plomb, la crise appendiculaire.

Deux cas alors peuvent se présenter :

La douleur est vive, mais supportable; quelquefois même elle simule seulement des crampes de l'estomac (forme gastralgique).

La piqûre de morphine peut être évitée. On prescrit des suppositoires d'opium et de belladone qu'on formule ainsi :

Extrait de belladone........	} *ââ* 0gr02 centigr.
Extrait d'opium...........	
Beurre de cacao...........	Q. S.

Pour un suppositoire n° 4.

On en emploie trois ou quatre, qu'on renouvelle toutes les demi-heures pour les deux premiers, toutes les heures pour les suivants.

On applique en même temps un bon cataplasme de farine de lin laudanisé sur la région du foie, et, grâce à ces moyens, on peut voir la cessation des douleurs.

Les médicaments qu'on administre par la voie stomacale sont presque infailliblement rejetés par les vomissements. Il est donc le plus souvent inutile d'y avoir recours; pourtant, si les vomissements sont violents et durent trop longtemps, on prescrit l'eau chloroformée, le sirop d'éther (Lemoine), qui est en même temps un bon antispasmodique, ou bien la potion de Rivière, qui se compose d'une solution alcaline :

Bicarbonate de soude........	4	grammes.
Eau distillée...............	100	—
Sirop de sucre..............	30	—

et d'une solution acide :

Acide citrique..............	4	grammes.
Eau distillée...............	100	—
Sirop citrique aromatisé.....	30	—

On fait prendre alternativement une cuillerée d'une solution et de l'autre, tous les quarts d'heure, suivant les besoins. On peut mettre les bouteilles dans de la glace, et on fera prendre au malade des boissons froides, du lait ou une eau alcaline (Vals ou Vichy). Le patient doit boire à petites gorgées.

Nous avons envisagé le cas d'une colique hépatique d'intensité moyenne. Mais il arrive souvent, surtout chez les personnes nerveuses, que la douleur soit excessive. On voit le malade souffrir horriblement, changer de position dans son lit, se promener dans la chambre; un moment d'accalmie survient, puis de nouveau le paroxysme douloureux se fait ressentir, et on a vu survenir dans certains cas de la lipothymie et la syncope.

L'indication capitale est de supprimer la douleur. En même temps que sur la douleur on agit également sur l'élément spasmodique. Il est certain que la migration du calcul provoque un spasme d'origine réflexe, qui empêche sa marche et l'immobilise sur place, dans les voies biliaires (Lancereaux). L'injection de morphine est le meilleur moyen de dissiper à la fois la douleur et la contracture des voies biliaires. On injecte 5 miligrammes (une demi-seringue de Pravaz) ou 1 centigramme (une seringue) de chlorhydrate de morphine.

Lancereaux n'hésite pas, dans les cas où la douleur n'est pas jugulée par cette dose, à l'augmenter d'un ou même deux centigrammes. Mais il faut toujours tâter la susceptibilité du sujet, et procéder avec prudence, en commençant par une demi-seringue de Pravaz, de la solution au centième :

Chlorhydrate de morphine	10 centigrammes.
Eau bouillie............	10 grammes.

On peut employer une solution qui contient en même temps de l'atropine; de la sorte on empêche l'action vomitive de la morphine :

Chlorhydrate de morphine	10 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine.	10 milligrammes.
Eau bouillie............	20 grammes.

Si le malade présente une tendance syncopale, il faut recourir à l'injection sous-cutanée de caféine :

Caféine..................... } ââ 2g50 centigr.
Benzoate de soude..........
Eau bouillie.................. 10 grammes.

On a encore employé pour soulager la douleur, les injections sous-cutanées d'antipyrine; mais elles sont beaucoup moins efficaces que la morphine :

Antipyrine...................... 5 grammes.
Eau bouillie....................... 10 —

2-4 seringues de Pravaz.

Nous avons déjà parlé de la médication locale; nous insistons de nouveau sur l'utilité du vieux cataplasme de farine de lin, qui rend bien des services. Il faut qu'il soit très large, bien recouvert d'une couche d'ouate, et d'un morceau de taffetas gommé. On l'applique très chaud, et on le renouvelle toutes les demi-heures. A la campagne, on peut employer pour cette révulsion locale, si on n'a pas de farine de lin sous la main, une brique chaude enveloppée d'un linge, ou bien des serviettes chaudes (Lemoine).

J'ai vu employer avec succès, dans le service de A. Robin, des compresses froides, bien recouvertes de taffetas gommé, et par-dessus une large bande de flanelle; on les renouvelle souvent. Encore un excellent moyen, c'est la fomentation laudanisée (Fernet) : on verse dans de l'eau chaude du laudanum; on trempe une compresse pliée en quatre, on l'exprime et on l'applique sur la région douloureuse.

Les pommades et les liniments donnent des résultats moins bons. G. Lyon recommande le liniment suivant :

Alcoolat de menthe ......
Baume de Fioraventi.....
Glycérine.................. } ââ 25 grammes.
Chloroforme ....

Parmi les médicaments employés avec succès il faut mettre en première ligne l'huile d'olive. Ce remède populaire peut être prescrit soit au moment de la crise (200, 300 et même 400 grammes), en une seule fois, soit comme médicament contre l'affection calculeuse. Une fois la crise passée, le malade doit absorber pendant quelques jours 100 grammes d'huile d'olive, le matin à jeun, ou bien le soir avant de se coucher (Chauffard).

Comment agit l'huile d'olive? On n'en sait absolument rien; les concrétions graisseuses qu'on retrouve dans les selles après l'administration du médicament, et qui avaient été prises pour des calculs biliaires, ne sont que des produits de décomposition de l'huile (Villejean).

Ce qui est certain, c'est que la crise douloureuse est enrayée par l'ingestion d'huile d'olive.

Il y a encore un excellent moyen qu'on peut employer dans les crises très douloureuses et prolongées : c'est le bain chaud à 35 degrés. On peut le répéter toutes les trois heures jusqu'à la sédation de la souffrance.

La crise douloureuse vient de passer; le calme renaît comme par enchantement; pourtant la colique a laissé sa signature : le malade a les urines un peu rouges, urobilinuriques, les conjonctives sont un peu ictériques. C'est le moment d'employer les cholagogues et les antiseptiques intestinaux. Parmi ceux-là, le meilleur est le salicylate de soude, dans la formule suivante :

Benzoate de soude............ 10 grammes.
Salicylate de soude............ 20 —

pour vingt cachets. Deux par jour. (Chauffard.)

Parmi les antiseptiques intestinaux, on peut choisir le naphtol β, associé au bicarbonate de soude :

Naphtol β.......................... 0g50 centigr.
Bicarbonate de soude.......... 0g25 —

pour un cachet nº 10; deux par jour.

Tout est rentré dans l'ordre; la teinte subictérique s'efface, l'appétit est bon, il n'y a plus de sensibilité dans le flanc droit.

Alors on doit insister auprès du malade pour qu'il suive un régime convenable. Il faut faire une large part, dans son alimentation, au lait, aux œufs, aux légumes. Éviter les graisses, le gibier, et surtout l'alcool sous toutes ses formes: vins, liqueurs, apéritifs, etc. L'alcool est le poison du foie, de l'estomac; par la dyspepsie qu'il provoque, il favorise l'infection biliaire et le dépôt des calculs.

Il faut que le malade fasse journellement un exercice modéré, sans arriver jusqu'à la sensation de fatigue. Sa nutrition est languissante; et le meilleur moyen de l'activer est l'emploi des applications froides, de l'hydrothérapie. Tous les matins, il faut qu'il fasse une friction, sur tout le corps, avec de l'eau à la température de la chambre, aromatisée de vinaigre ou d'eau de Cologne. Ou bien, encore mieux, prendre tous les jours une douche froide, en jet brisé, sur tout le corps excepté la tête, de trente secondes. Il est bon de prescrire un peu d'exercice avant et après la douche.

Enfin il nous reste à dire quelques mots de la cure thermale alcaline, qui donne le plus souvent d'excellents résultats. Il est certain que, dans ces guérisons, il faut faire intervenir le repos au milieu de la belle nature, l'absence des soucis et du surmenage.

En résumé, pour prévenir le retour des accidents lithiasiques, il faut vivre d'une vie active et suivre un régime sévère; par conséquent rompre avec les habitudes de sédentarité et quelquefois d'intempérance qui ont précédé l'accès de colique hépatique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 18 au 23 décembre 1899)

Examens de doctorat.

LUNDI 18 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre :* MM. Ch. Richet, André et Launois.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle nº 1* (1re série): MM. Lannelongue, Varnier et Walther; — (2e série) : MM. Jalaguier, Broca (Aug.) et Lepage.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle nº 2* : MM. Pinard, Kirmisson et Mauclaire ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Sébileau; — (2e série) : MM. Terrier, Tuffier et Delbet; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et Méry; — M. Teissier, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Dijon.*—Par arrêté en date du 9 décembre 1899, un concours s'ouvrira le 11 juin 1900 devant l'École de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 décembre 1899, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 5 janvier 1900.

Le Directeur-gérant : François Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE....... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

SOMMAIRE. — SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Prix décernés pour 1899 et prix proposés pour 1900, 1901 et 1902. — LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (VII). Colibacille ou bacille d'Escherich, par M. le docteur LESNÉ. — HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — On fait circuler, depuis quelques jours, dans les hôpitaux, une liste de protestation contre les fraudes qui se seraient produites au concours de l'Internat.

Cette protestation part d'un sentiment trop louable pour que nous songions à la blâmer. Regrettons seulement qu'elle ne vienne pas à son heure et que, par hasard bien évidemment, elle détourne l'attention du cambriolage de Beaujon.

Lorsque les coupables seront pris, il sera bien temps de songer aux modifications à apporter au concours.

Mais si l'on continue à crier haro sur lui, nous ne serons pas étonnés de voir bientôt les malfaiteurs de Beaujon venir ouvertement revendiquer l'honneur d'avoir été les premiers artisans de la réforme.

Ils auront, en effet, bien mérité le thermocautère d'honneur que ne manqueront pas de leur offrir les nombreux candidats qui bénéficient actuellement de leur acte de courage et d'indépendance !

Hôpitaux de province. — *Montpellier.* — Le concours d'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Dufoise, Bousquet, Gaillard, internes titulaires, et de MM. Pagès, Abadie, Calmettes, Godleski, Grégoire, Rouvière, Triole, internes provisoires.

Marine. — M. Laurent, médecin principal du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer au 10e régiment d'infanterie de marine en Annam, M. le docteur Négadelle.

M. Denis, médecin de première classe détaché à Cherbourg, rejoindra Lorient, son port d'attache.

M. Guibaud, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Caravane*, en remplacement de M. le docteur Aldebert.

M. Briend, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur l'*Alcyon* (station locale du Congo), en remplacement de M. le docteur Durand.

M. Aurégau, médecin aide-major de deuxième classe au 1er d'infanterie de marine à Cherbourg, sera affecté au service général à Brest, à compter du 23 décembre courant.

M. Guilland, médecin de deuxième classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer au 2e d'infanterie de marine, à Brest, M. le docteur Charuel.

M. Masurel, médecin de première classe du cadre de Rochefort, qui doit prochainement débarquer du *Lavoisier*, passe, sur demande, au cadre de Toulon.

MM. Lucciardi, Bessières et Condé, médecins de deuxième classe, rentrant des colonies, actuellement en congé et sans affectation, sont appelés en service, les deux premiers à Toulon, le troisième à Brest.

MM. les médecins de deuxième classe Douarre, en service au 5e dépôt à Toulon, et Crozet, en service à l'école de pyrotechnie au même port, sont autorisés à permuter.

M. Négadelle, médecin principal, est affecté au port de Cherbourg.

Par décision ministérielle, en date du 12 décembre 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, les élèves de l'école du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, le 6 décembre 1899 : MM. Viala, Bernard et Brochard.

Épidémie. — On signale à Marseille une épidémie d'influenza et de variole. La mairie prend les mesures nécessaires pour enrayer l'épidémie de variole. Un avis officiel prévient le public que le personnel médical se transportera dans les usines et dans les chantiers pour vacciner gratuitement toutes les personnes qui le désireront. En outre, on vaccine deux fois par semaine dans les divers quartiers de la ville. La tâche est difficile, car la population italienne, évaluée à environ 100000 âmes, serait hostile à la vaccine.

Le vaisseau-hôpital *Princess-of-Wales*, est parti aujourd'hui pour le sud de l'Afrique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baudron (d'Ouzouer-le-Marché); Chevalier (de Baugé); Nicolas Ebrard, ancien médecin en chef de l'hospice général à Nîmes, décédé à l'âge de quatre-vingt-treize ans; et Rougès (de Saint-Loubès).

Hôpital Cochin. — M. Chauffard reprendra ses leçons de clinique médicale le samedi 10 décembre, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu hier, sous la présidence de M. le professeur Panas, sa séance solennelle. M. le docteur Vallin, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1899. Nos lecteurs trouveront plus loin les noms des lauréats; puis la parole est donnée à M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel, pour prononcer l'éloge de M. H. Roger, que nous résumerons dans notre prochain numéro.

Séance annuelle du 12 décembre 1899. — Présidence de M. Panas.

RAPPORT

M. Vallin, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1899.

PRIX DE 1899

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Physiologie et pathologie de la glande thyroïde.* — L'Académie décerne un prix de 600 francs, à M. Marcel Garnier, interne des hôpitaux (de Paris); un prix de 400 francs, à MM. les docteurs Enriquez et Lamy (de Paris); une mention honorable à M. le docteur Gauthier (de Charolles).

Prix Alvarenga (800 francs). — Le prix est décerné à M. L. Ombredanne, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Amussat (1000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 400 francs à MM. les docteurs G. Carrière et J. Vanverts (de Lille); 200 francs à M. Lardennois, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux de Reims.

Prix d'Argenteuil (6800 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1500 à MM. les docteurs Bazy, chirurgien des hôpitaux, Chailloux (de Paris) et J. Escat (de Marseille); 1500 francs à MM. les docteurs Poncet, professeur, et X. Delore, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon; 700 francs à MM. les docteurs Wassermann et N. Hallé (de Paris); 700 francs à M. le docteur E. Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris ; 700 francs à M. le docteur O. Pasteau (de Paris). L'Académie accorde, en outre, des encouragements de : 450 francs à M. le docteur L. Imbert (de Montpellier) ; 450 francs à M. le docteur B. Motz (de Paris).

Prix François-Joseph Audiffred (Un titre de 24000 francs de rente). — Les travaux sur ce sujet, présentés à l'Académie, n'ont pas obtenu de récompenses.

Prix Barbier (2000 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 1500 francs à M. le docteur P.-L. Simond, médecin principal du corps de santé des colonies, directeur du laboratoire de bactériologie de Saïgon; 2° un prix de 500 francs à M. Auché, pharmacien de 2e classe de la marine; des mentions honorables sont accordées à M. le docteur G. Carrière, (de Lille); M. P. Cozette, médecin-vétérinaire à Noyon (Oise).

Prix Mathieu Bourceret (1200 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 900 francs à M. le docteur Maurice Doyon (de Lyon); 2° un prix de 300 francs à M. le docteur X. Delore (de Lyon); des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Fernand Bousquet (de Paris); M. le docteur J. Jolly (de Paris).

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Barthélemy et Oudin (de Paris).

Prix Capuron (1400 francs). — Question : *Des modifications du placenta et des membranes de l'œuf retenus dans l'utérus.* — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Ségall et Weinberg (de Paris); une mention honorable est accordée à M. le docteur Jean Fabre (de Lyon).

Prix Chevillon (1500 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Un encouragement de 500 francs est accordé à M. le docteur Urbain Guinard (de Paris).

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Du nervosisme.* — Le prix n'est pas décerné. Une récompense de 500 francs est accordée à MM. les docteurs A. Marie et A. Vigouroux (de Dun-sur-Auron).

Prix Clarens (400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur G. Sersiron (de Paris). — Des mentions honorables sont accordées à : MM. Lévy, adjoint à l'intendance militaire, et le docteur Talayrac, médecin-major de deuxième classe, au 4e bataillon d'artillerie à pied à Verdun; M. le docteur J. Casteret, médecin aide-major de première classe au 126e d'infanterie, à Toulouse.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Du lymphadénome.* — Le prix n'est pas décerné. — Un encouragement, avec une somme de 800 francs, est accordé à MM. les docteurs Fernand Bezançon et Marcel Labbé (de Paris). — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Leredde (de Paris) et M. Emile Weil, interne de l'hôpital de la Pitié.

Prix Desportes (1300 francs). — L'Académie accorde un prix de 1000 francs à MM. les docteurs E. Schoull, médecin en chef de l'hôpital civil français de Tunis, et P. Remlinger, médecin aide-major de première classe, chef du laboratoire militaire de bactériologie de Tunis. — Une mention très honorable avec une somme de 300 francs, à M. le docteur G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau à Paris. — Des mentions honorables à MM. les docteurs Paul Carnot (de Paris) et H. Leroy-Dupré (de Paris).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a versé, en 1899, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 2500 fr. à M. Faure, pour sa mission à Néris et son rapport sur Saint-Sauveur ; 2° 1750 francs à M. Cadol, pour sa mission à Gréoulx et son rapport sur Molitg et Le Vernet.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — L'Académie décerne un prix de 800 francs à M. le docteur G. Potel (de Lille). — Une récompense de 200 francs à M. le docteur J. Escat (de Marseille).

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur P. Janet (de Paris). — Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Ardin-Delteil (de Montpellier) et à M. Maurice Faure, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Laborie (5000 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 1500 francs à M. le docteur Henri Delagénière (du Mans) ; 2° un prix de 1500 francs à M. le docteur Jeannel (de Toulouse) ; 3° un prix de 1000 francs à M. le docteur E. Cestan (de Toulouse). — Deux récompenses de 500 francs à MM. les docteurs Letulle et Weinberg (de Paris) ; M. le docteur Ed. Loison, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs M. Peraire et F. Mally (de Paris) ; M. le docteur Z. Samfiresco (de Jassy) ; M. le docteur Ad. Sechehaye (de Genève).

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur G.-A. Reynaud, médecin en chef des colonies. — Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs O. Arnaud, médecin-major de deuxième classe à la direction du service du 12e corps d'armée, et P. Lafeuille, médecin aide-major de premième classe, au 63e d'infanterie, à Limoges.

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. François-Joseph Mallet, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre (1800 francs). — Question : *De la mélancolie.* — Le prix n'est pas décerné. — Une récompense de 1000 fr. est accordée à MM. les docteurs H. Dufour et Roques de Fursac (de Paris).

Prix Henri Lorquet (300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur P. Tissié (de Bordeaux). — Une mention très honorable est accordée à M. le docteur P. Dheur (d'Ivry-sur-Seine).

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : des encouragements de 1000 francs à : 1° M. le docteur B. Scrini (de Paris); 2° M. le docteur de Brudzewski (de Lemberg) [Autriche]. — Des mentions honorables à MM. les docteurs E. Nicolas, vétérinaire en second au 6e hussards, et C. Fromaget (de Bordeaux); M. le docteur E. Rollet (de Lyon).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — L'Académie partage le prix entre M. J. Lignières, chef des travaux de police sanitaire de l'École d'Alfort, en mission à Buenos-Ayres, et M. le docteur R. Wurtz (de Paris). — Elle accorde en outre une mention honorable à M. le docteur M. Cognacq, médecin de première classe des colonies.

Prix Nativelle (300 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. A.-E. Lesné, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.* — L'Académie n'ayant pas reçu de travail pour ce prix remet la question au concours en 1902.

Prix Pourat (700 francs). — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.* — Le prix n'est pas décerné. La même question est remise au concours pour 1902.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — L'Académie partage le prix par parties égales entre MM. les docteurs Edmond Fournier et L. Jullien.

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie partage le prix entre M. le docteur Dudard, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon, et M. Ed. Imbeaux, ingénieur des ponts et chaussées, directeur du service municipal de Nancy. — Des mentions honorables sont accordées à : 1° MM. le docteur Boinet (de Marseille), et Huon, vétérinaire, inspecteur général du service des viandes aux abattoirs de Marseille; 2° M. le docteur A. Morel, vétérinaire sanitaire aux abattoirs de Vaugirard, Paris; 3° M. le docteur L. Chastang, médecin de première classe de la marine; 4° M. le docteur A. Chuquet (de Cannes); 5° M. le docteur Emile Mauchamp (de Chalon-sur-Saône); 6° M. le docteur Pecker [de Maule (Seine-et-Oise)].

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1897 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Adolphe Carnot, membre de l'Institut.

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Senac-Lagrange, médecin consultant à Cauterets.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bénard, médecin consultant à Saint-Christau; Félix Bernard, médecin consultant à Plombières ; Fiquet, médecin consultant à Aix-les-Bains; Niepce, médecin consultant à Allevard ; Pessez, médecin consultant à Châtel-Guyon.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Censier, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne ; Chiaïs, médecin consultant à Évian; Dresch, médecin consultant à Ax; Duhourcau, médecin consultant à Cauterets; Forestier, médecin consultant à Aix-les-Bains; Morice, médecin consultant à Néris ; Royer, médecin consultant à Challes; Verdenal, médecin consultant aux Eaux-Chaudes.

5° *Rappel de médaille de bronze à :* M. le docteur Poulain, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne.

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1898 :

1° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur G. Pennetier (de Rouen).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Boquin (d'Autun) ; Delacour (de Rennes) ; Jules Ollé (de Saint-Gaudens).

3° *Rappels de médailles de vermeil à* : MM. les docteurs Balestre (de Nice); Vergely (de Bordeaux).

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs L. Baudin, médecin-directeur du bureau municipal d'hygiène, à Besançon ; Hoël (de Reims); E. Legrain (de Bougie); Legros (de Rochefort) ; A. Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis; Ambr. Mordret (du Mans).

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Cavaillon (de Carpentras); Jaubert, médecin-major de deuxième classe au 123e d'infanterie, à Saint-Martin-de-Ré; Lesueur (de Bernay); Magnant (de Gondrecourt); Mantel (de Saint-Omer); Marty, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire de Belfort; Reumaux (de Dunkerque); J. Rouget, médecin-major de deuxième classe, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital du Dey, à Alger.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Alibrol (du Puy); Aubry (de Sétif); Billet (de Lons-le-Saunier); Bruncher (de Batna); Courtade [d'Outarville (Loiret)]; Crévecœur (de Calais); Descosse, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Sfax (Tunisie) ; Deumier, médecin-major de deuxième classe au 62e d'infanterie, à Lorient; Féraud (de Philippeville); Ficatier (de Bar-le-Duc); Joly, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Teuliet-El-Haad (Algérie); Lagrange (de Chalon-sur-Saône) ; Lestocquoy (d'Arras); Misset (de Dijon) ; Mougeot [de Saïgon (Cochinchine)]; G. Peltier (de Sedan); Pillet (de Niort); Piquet (de Constantine); Quenouille (de Sens) ; Québé (de Guingamp) ; Schwartz, médecin de colonisation à Arris (Constantine).

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bergasse, médecin-major de deuxième classe au 1er hussards, à Valence ; Dezautière, médecin des usines du Creusot, aux mines de la Machine (Nièvre); Gauthier (de Charolles); Al. Pâris, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; Provendier, médecin-major de deuxième classe au 48e d'infanterie, à Guingamp ; Emile Tartier, médecin-major de première classe, médecin de la place de Lyon.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Barthès, inspecteur départemental d'Eure-et-Loir, à Chartres.

2° *Médailles de vermeil à :* M. Audoin, inspecteur départemental de la Dordogne, à Périgueux ; M. le docteur Bauzon, médecin de la protection de l'enfance, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire) ; M. Tourneur, inspecteur départemental de la Loire, à Saint-Etienne.

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les médecins de la protection de l'enfance A. Baratier, à Jeugny (Aube); Brallet, au Tillot (Vosges); Delobel, à Noyon (Oise); Denizet, à Château-Landon (Seine-et-Marne); Dermigny, à Saint-Simon (Aisne) ; Durand, à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher); Gaudeffroy, à Vatan (Indre); Girat fils, à Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre); Grosjean, à Montmirail (Marne); E.-D. Jenot, à Dercy (Aisne); Joly, à Fauquembergues (Pas-de-Calais) ; Arm. Lauth, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise); Lebault, à Saint-Vit (Doubs); J. Lemoine (de Paris); Pelvet, à Vire (Calvados); Regnoul, à Villeneuve-la-Guyard (Yonne) ; Serrès, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers ; E. Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs A. Chavanon, inspecteur départemental de la Charente-Inférieure, à La Rochelle; Clary, inspecteur départemental du Lot, à Cahors; H. Courtade, médecin de la protection de l'enfance, à Outarville (Loiret); de Welling, président de la Société protectrice de l'enfance de Rouen; Spiridion Zavitziano, à Constantinople; Meige, inspecteur départemental des Deux-Sèvres, à Niort; Roche, inspecteur départemental de l'Isère, à Grenoble; Rouveyre, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Bec, inspecteur départemental de Vaucluse, à Avignon; Bouju, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Frémicourt, médecin de la protection de l'enfance, à Jaulgonne; Laurent, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Saulge; J. Bouceiran, inspecteur départemeutal de la Charente, à Angoulême; Geay, sous-inspecteur des enfants assistés, à Rennes; Martin-Dupont, inspecteur départemental de l'Hérault, à Montpellier.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs G. Benoist, inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes; Corneau, médecin de la protection de l'enfance, à Authon (Eure-et-Loir); Cosson, inspecteur départemental des Vosges, à Epinal; Danvin, à Koléa (Algérie); Al. Faidherbe, à Roubaix (Nord); J. Gignoux, à Lyon; E. Gloppe, à Roanne (Loire); Gomot, médecin de la protection de l'enfance, à Guéret (Creuze); Guillemant, médecin de la protection de l'enfance, à Bourlon (Pas-de-Calais); Hamel, inspecteur départemental des Côtes-du-Nord, à Saint-Brieuc; A. Joly, médecin aide-major de première classe au 95e d'infanterie, à Bourges (Cher); Loridant, médecin de la protection de l'enfance, à Brou (Eure-et-Loir); H. Moufflier, à Villers-Cotterets (Aisne); Ruffié, à Gardanne (Bouches-du-Rhône); E. Sellier, inspecteur départemental de Seine-et-Oise, à Versailles; L. Servas, à Bourg (Ain); A. Subercaze, médecin de la protection de l'enfance, à La Ferté-Alais (Seine-et-Oise); Vérette, médecin de la protection de l'enfance, à Besançon (Doubs); L. Boureau, inspecteur départemental de la Somme, à Amiens; A. Cazo, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; G. Denos, secrétaire de la Commission locale de la protection des enfants du premier âge, à Chartres; Girardot, inspecteur départemental de la Vienne, à Poitiers; L. Louis, inspecteur départemental des Vosges, à Epinal; Milleret, inspecteur départemental de Tarn-et-Garonne, à Montauban; L. Prat, secrétaire de l'état civil, à Chalon-sur-Saône; Rebuffel, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon.

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les médecins de la protection de l'enfance Chabenat, à La Châtre (Indre); Delavalle, à Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais); Heurteau, à Fay-aux-Loges (Loiret), et de Maisoncelle, inspecteur départemental, à Auch (Gers).

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

I. *Un prix de* 1000 *francs*, à partager entre les docteurs dont les noms suivent : 1° 500 francs à M. le docteur Ernest Crimail, chirurgien de la maternité des hôpitaux de Nantes; 2° 500 francs à M. le docteur Léon Schwartz, médecin de colonisation de la commune mixte de l'Aurès, à Arris (Constantine).

II. *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs J. Casteret, médecin aide-major de première classe au 126e d'infanterie, à Toulouse; A. Drouineau, médecin aide-major de première classe, au 29e bataillon de chasseurs à pied, à Vincennes; Gèghre à Mascara (Algérie); J. Rouget, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire du Dey à Alger.

III. *Des rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Cassedebat, médecin-major de première classe au 86e d'infanterie, au Puy; Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); P.-A. Lop (de Marseille); P.-L. Simon, médecin principal des colonies, directeur de l'Institut Pasteur à Saïgon.

IV. *Des médailles de vermeil à :* MM. les docteurs A. Augry, médecin-major de deuxième classe, au 136e d'infanterie à Querqueville; A. Bossion, à la Medjana (Constantine); Carpot, à Saint-Louis (Sénégal); Cognacq, médecin de première classe des colonies, à Saïgon; Coste, à Marseille; Crozes à Aïn-Beida (Constantine); Faidherbe, à Roubaix; Tédeschi, médecin de deuxième classe des colonies, à Nam-Dinh (Tonkin); Henri-Camille Vergoz, médecin principal du corps de santé des colonies, et à Mme Laborde, sage-femme à Bergerac.

V. *Des rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Paul Bernhard, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment étranger, à Géryville; Duvernet (de Paris); Fuzet du Pouget (de Casteljau); E. Laffage (de Dra-El-Mizan); Lagarde (de Montauban); Mougeot, (de Saïgon); J. Poujol, ex-médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Fort-National à Alger; Trolard, directeur de l'Institut Pasteur à Alger; Welling (de Rouen) et Mme Jauze, sage-femme à Tarascon-sur-Ariège.

VI. *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Barbier (de Paris); A. Bardot, médecin-major de deuxième classe au 1er zouaves, à Fort-National (Alger); Bichon (de Blain); Bindé (d'Ancenis); Blesson (de Montreuil-sous-Bois); Bonnecaze (de Courbevoie); Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve); Calton (de Paris); Carpentier-Méricourt (de Paris); Challiot, médecin aide-major de première classe, au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, à Laghouat; Charrier (de Nort); Colldecarréra (de Bages); Conil (de Paris); Courgey (d'Ivry); H. Courtade (d'Outarville); Delarue (de Paris); Domeck (de Crémieu); Dourlens (de Bruay); Doury (de Paris); Dubousquet (de Saint-Ouen); Durand (d'Arcueil-Cachan); Duronéa (d'Ustaritz); Gagnères (de Bourgoin); Ganivet-Desgraviers (de Mansle); Gardette (de Saint-Genest-Malifaux); Gaupillat (de Troyes); Gérard (de Paris); Gaurichon (de Paris); Hamaide (de Paris); Hervey (de Troyes); Hotchkiss, médecin aide-major de première classe, chargé du service médical du poste d'Ouargla; Isnel (de Vizille); Laurent (de Paris); Le Doze (de Clohars-Carouët); Le Gallic (de Bauvalec); Leniez, médecin aide-major de première classe des hôpitaux militaires de la division d'Alger; Le Port (de Lanildut); A. Lucas (de Paris); Magnin (de Paris); Michaux (d'Aubervilliers); Montignac (de Paris); H. Mouflier (de Villers-Cotterets); Nicole (de Lambézellec); Orval (de Paris); Rouffignac, médecin-major de deuxième classe, à El-Goléa; Sage (de la Tour-du-Pin); Salmon (de Paris); Saussol (de Montpellier); Tagnard (de La Mure); Tariote (de Levallois-Perret); P. Terrasse, médecin aide-major de première classe de l'hôpital militaire de Bou-Saâda; Tolédano (de Paris); Vallat (de Vincennes); Weil (de Paris); Yvon (de Paris); Zibelin (de Paris).

MM. les internes des hôpitaux Bertherand et Nobécourt.

Mmes les sages-femmes : Beauchet (de Luçay-le-Mâle); Burelier (de Roanne); Carbonne (de Tarascon); Déplanche (d'Oyonnax); Fontaine-Accart (d'Arras); Geneste (de Tombebœuf); Grenier (de Lauzun); Labadie (de Lavardac); Lasserre (de Bône); Legrand (de Pau); Marini (d'Ajaccio); Maupoix (de Triaucourt); Minaret (de Belley); Mongenot (de Saint-Ouen); Parrot (de Miramont); Pottier (de Lassigny); Rémond (de Corbonod).

VII. *Des rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Baratier (de Jeugny); Bardy (de Belfort); Bascou (de Bouisse); Boquin (d'Autun); Bouzol (du Cheylard); Boyt (de Lamastre); Breucq (de Bayonne); Chabaud (de Nieigles); Chalvet (de Lavigerie); Colin (de Quimper); Corson (de Guingamp); Courteneuve (de Saint-Claud); Denizet (de Château-Landon); Dorain (de Nantes); Frémicourt (de Jaulgonne);

Gaillardon (d'Aubeterre); A. Gounand (de Besançon); Grias (de Pont-Aven); Gustin (de Noirmoutier); Hellet (de Clichy); Jenot (de Dercy); Lacaze (de Montauban); Lafite (d'Épinal); Le Guével (de Pont-Labbé); Marty, médecin aide-major de première classe à Djelfa; Massina (du Boulou); Morvan (de Pleyben); Néis (de Pont-Croix); Pethiot (du Conquet); Pilet, médecin-major première classe au 129e d'infanterie, au Havre; Piot (d'Aiguebelle); Plantard (de Chantenay); Quéré (de Callac); Reisser (d'Oued-Fodda); Sahut (de Gannat); Sanquer (de Morlaix); Vivier (d'Angoulême).

M. le médecin-vétérinaire Pourquier (de Montpellier).

Mmes les sages-femmes Aussourd (de Vierzon); Baudoin (de Vannes); Buckhardt (du Havre); Carré (de Châteaulin); Caumel (de Monflanquin); Chauffour (de Miramont); Debord (de Bourges); Dinard (de Bourges); Gally (de Saint-André); Hanicot, sage-femme en chef de la clinique Tarnier à Paris; Klein (de Sos); Lafitte (de Salies-de-Béarn); Le Bloaz (de Rostrenen); Louis (de Ploëmeur); Mathieu (de Villeneuve-sur-Lot); Médicis (de Saint-Jean-de-Monts); Oustry (de Graissessac); Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque à Paris; Tarraube (de Tonneins); Thierry, sage-femme en chef de la Maternité, à Rouen; Treillon (de Fumel).

VIII. *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Alexandre (d'Arques); Camino (de Saint-Jean-de-Luz); Carrière (de Saint-Ybars); Casedevant (de Saint-Jean-Pied-de-Port); Chapoulot (de Buxières-les-Mines); Chevreuil (de Sucé); Delaurier (de Chevagnes); Faur (d'Ercé); Favre (d'Annemasse); Forest (de Troyes); Georgiadès (de Jaulgonne); Koziell (d'Oued-Marsa); Malafosse, médecin-major de deuxième classe au 13e d'infanterie, à Decize; Pellerin (de Neuilly-le-Réat); Sigaud (de La Chambre); Wrisez (de Capendu).

Mmes les sages-femmes Cobigo (de Josselin); Dubernat (du Mas-d'Agenais); Hardouin (de Lorient); Jacomin (de Draguignan); Mazon (de Monflanquin); Philippe (d'Hennebont); Roux (de Monflanquin); Serceau (du Mans); Soubiran (de Nérac).

IX. *Des rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bégusseau (de Secondigny); Daguet (de Plumelec); Dermigny (de Saint-Simon); Fodéré (de Saint-Jean de Maurienne); Geffroy (de Carhaix); Luquet (de Toulon-sur-Arroux); Roudouly (de Caussade); Tisserand (de Saint-Jean-de-Losne).

Mmes les sages-femmes Couillard (de Vierzon); Escudé (de Mont-de-Marsan); Lapeyre (de Saint-Gaudens); Pelous (de Narbonne).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1900

(Les concours seront clos fin février 1900.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la médication par les sucs organiques.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2000 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1200 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Campbell Dupierris. — 2300 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du traitement hydrominéral des albuminuries.*

Prix Marie Chevalier. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Les délires dans la paralysie générale.*

Prix Clarens. — 400 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires.*

Prix Desportes. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 700 francs. (Biennal.) — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. — Leur traitement.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 2000 francs. (Biennal.) — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.* — « Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. — Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. » — (Extrait du testament.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Perron. — 3800 francs. (Quinquennal.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Saint-Lager. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saintour. — 4400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1901

(Les Concours seront clos fin février 1901.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Barbier. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est causée par le cancer et par les corps fibreux.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.*

Prix Clarens. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du sein.*

Prix Desportes. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1901. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1902. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Hugo. — 1000 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Huguier. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Jacquemier. — 1700 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. — Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix du baron Larrey. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. — Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Louis. — 3000 francs. (Triennal.) — Question : *Des médications thyroïdiennes.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux, causées par la toxine tétanique.*

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1902

(Les Concours seront clos fin février 1902.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des toxines en pathologie.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Amussat. — 1000 francs. (Triennal.) — Ce prix, qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour les prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Baillarger. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Barbier. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Charles Boullard. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Campbell Dupierris. — 2300 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Capuron. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Rapport des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des diverses formes de la démence.*

Prix Clarens. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Les travaux adressés pour ce concours devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Falret. — 900 francs. (Biennal.) — Question : *Des somnambulismes.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif du tétanos.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix du baron Larrey. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1346.)

Prix Lefèvre. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

Prix Saintour. — 4400 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Stanski. — 1400 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1347.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin. En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Th. Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Saint-Lager, Saintour, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier et Roger.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur Lesné,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

VII

Colibacille ou bacille d'Escherich. — Escherich, en 1884, le découvrit dans les selles du nouveau-né, où il apparaît quelques heures après la naissance. Il fut aussi étudié par Baginsky, Bienstock, Nothnagel, Damaschino et Clado. Nous verrons, chemin faisant, que de nombreux travaux ont été publiés sur des espèces très voisines et sur les caractères qui distinguent le bactérium coli du bacille d'Eberth.

C'est un saprophyte que l'on trouve dans toute la longueur du tractus intestinal, et qui, dans certaines conditions, peut acquérir une virulence variable ; il peut aussi se disséminer dans l'organisme, soit pendant la vie, soit après la mort, quand elle est due à une affection intestinale.

Il pullule dans l'eau au contact de nombreux saprophytes.

Morphologie. — Bacille court, qui, dans certains cas, n'est plus qu'un coccus allongé; il peut même, cultivé à 46 degrés, revêtir la forme d'un diplocoque; dans les cultures anciennes, il peut donner, au contraire, de véritables filaments de 10 à 15 μ de longueur, alors que, normalement, il n'en a que 2 à 3; le repiquage lui rend, du reste, sa morphologie habituelle.

Il présente parfois en son milieu un espace clair, ou à ses extrémités un renflement ressemblant à une spore, mais qui en diffère en ce qu'il ne résiste ni à la chaleur, ni à la dessiccation.

Le bactérium coli se colore par toutes les couleurs basiques, surtout par le Ziehl.

Se décolore par le Gram.

Examiné sans coloration, il est ou non mobile suivant les variétés, et ce caractère est immuable pour chaque variété. Ces mouvements se font sur place ou en totalité, et sont dus à des *cils vibratiles*, au nombre de quatre à chaque extrémité (on les met en évidence par les procédés de coloration indiqués antérieurement).

Cultures. — Doué d'une très grande vitalité, il se développe très rapidement, à tel point qu'ensemencé avec d'autres microbes, il masque la culture de ces derniers.

Anaérobie facultatif. La *gélatine* est le meilleur milieu, surtout en plaques. On ensemence le milieu encore liquide, et par solidification on obtient des cultures profondes et superficielles. Les premières sont constituées par de petits points arrondis blanc jaunâtre.

Les colonies superficielles se présentent sous trois aspects : elles peuvent être translucides, gris bleuâtre, papuleuses; ou bien opaques (variété de Laruelle), la colonie est blanc mat, souvent avec mamelon central (en cocarde). La troisième variété est typhimorphe (Wurtz et Hermann), blanc luisant avec crevasses (aspect de mer de glace); cette variété est rare, et ses caractères disparaissent à la deuxième ou troisième génération.

Ensemencé par piqûre, le bactérium coli donne une traînée d'un blanc gris sale à bords dentelés. A la surface du tube : bande gris sale à bords festonnés, s'étendant rapidement.

Pas de liquéfaction de la gélatine.

Sur *gélose* portée à 37 degrés, la culture est d'abord blanchâtre à bords festonnés, elle couvre rapidement toute la surface.

Sur *pomme de terre*, culture abondante et rapide, jaune claire, saillante, humide.

En *bouillon*, trouble rapide, et amas floconneux au fond du tube; à la surface, voile blanc grisâtre, irisé à jour frisant.

Ne pousse pas dans le bouillon phéniqué (Chantemesse et Widal) ainsi composé : v gouttes de solution phéniquée à 5 p. 100 pour 10 centimètres cubes de bouillon.

Le lait est coagulé et les milieux lactosés à 2 p. 100 fermentent par suite des sécrétions acides du bactérium coli, de même *il fait virer au rouge les milieux tournesolés* et rend sa couleur à la fuschine acide incorporée à un milieu et décolorée.

Sur *milieu d'Elsner* (gélatine additionnée de KI à 1 p. 100) il donne, en vingt-quatre heures, des cultures épaisses, noirâtres.

Enfin, il donne la réaction de l'*indol*. (Ajouter à 10 centimètres cubes de culture en bouillon de quinze jours, 1 centimètre cube de solution de nitrite de potasse à 1/10, puis laisser tomber v à vi gouttes d'acide sulfurique, il se produit une coloration rouge très nette.)

Le bacille d'Éberth ne présente pas tous ces caractères.

Espèces coliformes. — Avec certains échantillons de bactérium coli, une ou deux des trois propriétés suivantes :

Coagulation du lait;
Fermentation de la lactose;
Réaction de l'indol;

peuvent manquer et chacun des échantillons a une variété mobile ou immobile; ces caractères sont fixes pour chaque espèce. Il n'y aurait donc que deux propriétés constantes communes à tous les coli :

Décoloration par le Gram;
Pas de liquéfaction de la gélatine.

On assimile le bactérium coli à la bactérie septique de Clado, à la bactérie pyogène de Hallé et Albarran, au bacille napolitain d'Emmerich, au pyogenes fetidus de Passet, au bacillus endocarditis de Gilbert, au bacillus griseus de Weichselbaum, au bacillus enteriditis de Gaertner, au bacille de la dysenterie de Chantemesse et Widal.

Vitalité. — Commence à pousser à 15 degrés. Pousse bien à 37 degrés. Cesse de pousser à 45 degrés. Meurt à 65 degrés.

La lumière solaire le tue en une heure ou deux. Une culture desséchée peut rester vivante plusieurs mois dans l'obscurité.

Inoculations aux animaux. Virulence. — Lesage et Macaigne ont montré que le bactérium coli isolé des selles d'un nouveau-né nourri au sein et bien portant était dénué de virulence (1 centimètre cube de culture de quarante-huit heures) pour le lapin, le cobaye ou la souris, mais les animaux meurent si on emploie « gros comme un pois » de culture sèche délayée dans du bouillon, quel que soit le mode d'injection.

La dose de 1 centimètre cube de culture en bouillon est au contraire mortelle, quand le microbe a été isolé d'un intestin atteint de diarrhée, et souvent d'un intestin d'adulte normal.

Suivant la virulence, le coli est septicémique ou pyogène. Gilbert a montré que, si on injecte à un animal des doses insuffisantes pour le tuer, l'animal maigrit et présente après un certain temps de la paraplégie du train postérieur due à une myélite centrale de la région lombaire. Ce fait est à

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225 1254, 1284 et 1314.

rapprocher des paraplégies qu'on constate chez les urinaires.

La virulence en culture persiste environ deux mois; elle dure moins si la culture est exposée à la lumière. Les associations microbiennes, le passage par plusieurs organismes exaltent cette virulence. L'injection intra-péritonéale chez le cobaye est le meilleur procédé pour essayer la virulence.

Toxines. — Les cultures filtrées du bactérium coli sont très peu toxiques. Gilbert a montré que la dose mortelle par kilogramme de lapin est de 37 à 94 centimètres cubes. Les symptômes sont absolument les mêmes que ceux produits par l'injection d'urine.

Quelle que soit la voie d'introduction, l'*hypothermie* est constante. L'extrait glycériné de culture (Cesare Demel et Orlandi), injecté à des animaux leur donne l'immunité, et le sérum de ces animaux, possède des propriétés vaccinales. (Ce sérum, d'après les auteurs, vaccinerait même contre l'injection de bacille d'Eberth.)

Colibacillose humaine. — Saprophyte du tractus intestinal, le bactérium coli peut se rencontrer dans un grand nombre de manifestations pathologiques de cet appareil. On a signalé sa présence dans le liquide des hernies étranglées, le pus fétide des abcès péri-intestinaux, le liquide des péritonites par perforation, les selles de malades atteints de choléra nostras ou d'entérites. Il peut, par infection ascendante, devenir l'agent d'angiocholite, d'hépatites (forme apyrétique d'ictère grave), d'abcès du foie. Le bactérium coli est susceptible de constituer une septicémie généralisée. Il jouerait un grand rôle dans les infections urinaires ascendantes. On l'a aussi signalé dans certaines formes de puerpéralité, dans certaines salpingites. Plus rarement, il peut être l'agent de congestions pulmonaires, pleurésie purulente, endocardite, méningite, thyroïdite, etc.

On a fort discuté, depuis quelque temps, le rôle du bactérium coli dans la pathogénie des gastro-entérites des jeunes enfants. Nobécourt a montré que le microbe, isolé dans ces circonstances, n'est pas toujours pathogène; son association à d'autres germes, surtout au streptocoque, exalte sa virulence, mais actuellement encore l'influence du bactérium coli, dans ces infections, n'est pas démontrée d'une façon péremptoire.

L'agglutination du bactérium coli par le sérum d'infecté ou d'intoxiqué est constante chez l'animal, quand on emploie l'échantillon qui a servi à l'inoculation; elle est très inconstante en pathologie humaine et ne paraît avoir aucune valeur au point de vue du diagnostic des colibacilloses humaines.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

L'une des commissions d'examen des pétitions adressées à la Chambre des députés, vient de renvoyer au ministre de l'Intérieur en « la recommandant à toute sa bienveillance » la requête d'une dame Roy-Duc (Marie), de Kergloff (Finistère), relative à un procédé d'allaitement des enfants par le lait de truie.

D'après le rapporteur, M. Edmond Blanc, la pétitionnaire s'est demandé s'il ne serait pas possible d'atténuer les accidents, souvent mortels, occasionnés chez les nouveau-nés par l'allaitement artificiel au lait de vache, et est arrivée, par déduction, à conclure — suivant les avis, cités par elle, de plusieurs professeurs de Facultés de médecine — que le lait de truie était celui qui serait le mieux assimilé et le mieux toléré par les jeunes enfants qui ne peuvent être élevés au sein.

Manquant d'éléments techniques pour apprécier la valeur de la relation de la dame Roy-Duc, mais la jugeant digne d'attention, car elle intéresse l'enfance et touche à une question depuis lontemps étudiée par les Facultés de médecine, la commission demande au ministre de l'Intérieur de faire procéder à une instruction complémentaire par le conseil d'hygiène. (*Le Matin.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 18 AU 23 DÉCEMBRE 1899)

Examens de doctorat.

MARDI 19 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Broca (André) et Langlois.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Hutinel, Ballet et Roger.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Thoinot et Vaquez; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Brun et Albarran; — (2e série) : MM. Quénu, Hartmann et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Marfan; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 20 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Terrier et Delbet.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Ch. Richet, Rémy et Weiss.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Blanchard, Joffroy et Letulle; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Walther; — (2e série) : MM. Tuffier, Poirier et Mauclaire; — M. Wurtz, suppléant.

JEUDI 21 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Hartmann et Thiéry.

2e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Mathias-Duval, Rémy et Gley.

3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Wallich et Faure; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Wurtz et Thiroloix.

4e : MM. Hanriot, Ménétrier et Charrin; — M. Broca (André), suppléant.

VENDREDI 22 DÉCEMBRE, à une heure. — 1er (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Poirier, Retterer et Sebileau.

3e (2e partie) : MM. Potain, Widal et Teissier.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Landouzy, Thoinot et Wurtz; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Legueu; — (2e série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 23 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (oral, 1re partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Mathias-Duval, Poirier et Retterer; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Letulle et Vaquez; — (2e série) : MM. Debove, Roger et Achard; — M. Albarran, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Ballet et Thiroloix; — (2e série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Dupré; — M. Hartmann, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Wallich et Bonnaire.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 143. — SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1899. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

REVUE GÉNÉRALE

Les fonctions du thymus, d'après la physiologie et la pathologie (1).

Par M. L.-M. BONNET,
Interne des hôpitaux de Lyon, préparateur-adjoint du cours d'anatomie pathologique.

III

Données fournies par la thérapeutique. — L'opothérapie thymique a été employée dans un assez grand nombre d'affections, parfois avec succès.

1° GOITRE EXOPHTALMIQUE. — C'est dans cette affection qu'elle a été utilisée en premier lieu et le plus souvent. Les auteurs ont été surtout guidés par des considérations théoriques, se basant sur l'hypertrophie fréquente du thymus dans la maladie de Basedow.

David Owen publiait en 1893 l'observation d'une malade atteinte de goitre exophtalmique depuis vingt ans, et qui avait été améliorée par l'ingestion de glande thyroïde. Mais en réalité, par suite d'une erreur du boucher, c'était du thymus qu'elle avait ingéré, ainsi que le même auteur le raconta deux ans plus tard ; l'amélioration s'étant arrêtée lorsqu'on avait cessé le traitement, on reprit, sciemment cette fois, le traitement thymique, et de nouveau les symptômes s'amendèrent, au point qu'il put considérer la malade comme guérie. Depuis, il a rapporté deux autres cas avec résultat également favorable.

Mickulicz (de Breslau) avait en 1895, avant que les résultats d'Owen aient été publiés, essayé également le traitement thymique, se basant sur les analogies embryologiques et physiologiques que cette glande semble avoir avec le corps thyroïde. Il l'employa dans plusieurs cas de goitre simple et un goitre exophtalmique ; la malade avait été amenée pour être trachéotomisée et cette opération devint inutile ; tous les symptômes s'amendèrent rapidement, sauf le goitre qui diminua peu. Il avait donné du thymus frais de mouton ; 3 doses par semaine (10 grammes, puis 75 grammes).

Cunningham obtint une amélioration marquée dans quatre cas. Edes en rapporte six exemples favorables ; dans un le traitement thyroïdien avait échoué. Un cas heureux de Voisin.

Solis-Cohen conclut de ses observations personnelles que l'extrait de thymus dans le goitre exophtalmique, améliore la nutrition, mitige les troubles nerveux, réduit le goitre et l'exophtalmie, modère les battements cardiaques et restaure le tonus vasculaire. Charles Todd publie également un cas très remarquable ; le pouls tomba de 156 à 72, devint régulier ; l'exophtalmie disparut presque. Amélioration très notable dans quatre cas de Maude ; l'amélioration porta sur les phénomènes cardiaques, gastro-intestinaux, le tremblement, la faiblesse musculaire, les troubles mentaux ; elle fut faible ou nulle sur le goitre et l'exophtalmie ; l'auteur ne donne pas ce traitement comme spécifique, mais il dit qu'aucune autre médication ne lui a donné de meilleurs résultats.

Les résultats furent également favorables dans quatre observations de Rushton Parker (il vit disparaître l'exophtalmie) ; à citer encore les cas de Nammak, Galdi, etc. Boisvert (1899) a vu une amélioration rapide de tous les symptômes : au bout de dix-sept semaines, il ne restait qu'une légère tuméfaction de la thyroïde, tout le reste avait disparu.

En revanche, quelques auteurs, bien moins nombreux il est vrai, ont eu des échecs.

Taty et Guérin ont échoué dans un cas ; Mackenzie, dans vingt cas, n'a obtenu qu'une amélioration de l'état général ; Kinnicut et Bertram Abrahams disent ce traitement inefficace.

Mais un point sur lequel tous les auteurs s'accordent, c'est que ce traitement ne produit jamais d'accidents ; on sait qu'il n'en est pas de même pour le traitement thyroïdien.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1321.

On a employé soit du thymus frais, soit des extraits. D'après Owen, Mickulicz, Renaut, le thymus de veau doit être préféré à celui de mouton à cause de l'âge. Owen rapporte à ce sujet un fait très démonstratif.

2° Goitre simple. — Mickulicz l'employa dans dix cas; il fut sans effet dans un seulement; dans les autres le goitre diminua : il disparut même complètement en quinze jours chez une jeune fille de quatorze ans. Parfois, l'amélioration fut assez rapide pour rendre inutile la trachéotomie pour laquelle les malades avaient été envoyés.

Reinbach rapporte 30 cas de goitres traités par l'ingestion de thymus : 3 guérisons complètes (enfants) entre autres dans un cas où le traitement thyroïdien avait échoué; 18 améliorations considérables. Il conclut qu'on obtient à peu près les mêmes résultats qu'avec le traitement thyroïdien, mais avec cet avantage qu'on n'a jamais d'intoxication.

Kinnicut, Bertram Abrahams, qui ont échoué dans la maladie de Basedow, disent qu'il donne ici de bons résultats, supérieurs à ceux du traitement thyroïdien. Galdi, qui a obtenu des résultats variables, dit qu'il agit surtout quand ce sont des sujets jeunes porteurs de goitres récents non kystiques.

3° Myxoedème, crétinisme. — Von Eiselsberg a fait deux fois, sans résultat, le traitement par ingestion de thymus; c'était par erreur, voulant donner du corps thyroïde.

J. Thompson, B. Bramwell ont obtenu de bons effets dans le crétinisme.

4° Chlorose. — Ce traitement a été employé par Blondel dans trois cas. « Dans le cas le plus grave, la bouffissure de la face avait disparu au bout d'une semaine. Au bout de deux à trois semaines, la pâleur de la face faisait place au retour des couleurs; les forces renaissaient. Chez une des jeunes filles les règles apparurent, peu abondantes d'ailleurs, mais sans douleur. Je n'ai noté aucun trouble spécial, ni fièvre, ni réaction violente comme avec l'ovarine. Les urines étaient riches en phosphates. Ces faits me paraissent assez encourageants pour être poursuivis. »

Burghart (1899) l'a cependant essayé sans succès dans l'anémie et la chlorose à la clinique de Leyden.

5° Athrepsie, rachitisme. — Stopato (1897) a obtenu de bons résultats de l'ingestion de thymus chez dix enfants athrepsiques de un à deux ans; il débutait par 2 grammes de thymus de veau frais, puis donnait 20 à 40 grammes : amélioration notable de l'état général; le développement physique se fait mieux. Le même auteur a échoué dans quatre cas de rachitisme et un de scrofulose abdominale.

6° Myopathies. — Macalister (1893) avait fait ingérer tous les jours, pendant un mois, à un adolescent atteint de myopathie pseudo-hypertrophique, un lobe de thymus de mouton frais; il avait eu un bon résultat. Pitres (1899) répéta cet essai, mais échoua; il attribue cet échec, soit à ce que le traitement ne fut pas assez prolongé, soit à ce que la maladie était trop ancienne.

7° Affections diverses. — Résultats variables, généralement négatifs, dans le stridor congénital (Avellis), la coqueluche, les maladies mentales (Macphail), la paralysie agitante, etc.

En résumé, le traitement thymique, complètement inoffensif, agit constamment sur la nutrition qui est généralement améliorée. Si l'on prend les maladies en particulier, les observations ne sont en nombre suffisant que pour le goitre et surtout le goitre exophtalmique : les effets obtenus sont assez encourageants.

IV

Conclusions sur le rôle physiologique du thymus. — Passons rapidement en revue les diverses fonctions attribuées au thymus.

1° Respiration. — Aucun des faits que nous avons indiqués n'autorise à penser que le thymus joue un rôle dans cette fonction. Les hypothèses émises sur ce sujet ne reposent sur aucune donnée précise. Nous ne ferons donc que les citer rapidement.

Les uns en ont fait un organe de remplissage pour le thorax empêchant le développement trop rapide du poumon (Pozzi, Sénac, etc.). D'autres lui ont même attribué un rôle direct dans l'hématose (Morgagni, Meckel, etc.). On connaît la bizarre hypothèse de Rayney : il servirait à résorber, au moment de la naissance, une substance semi-fluide qui maintenait dilatées les alvéoles du fœtus.

2° Digestion et nutrition. — A. Cooper pensait qu'il séparait du sang de la mère un fluide qu'il versait dans la jugulaire du fœtus auquel il servait de chyle. M. Petit faisait déverser ce liquide dans la trachée. Quelques-uns (Wrisberg, Blancard), lui ont assigné une fonction élaboratrice vis-à-vis du liquide amniotique, d'autres vis-à-vis du sang maternel (Bœckler) ou fœtal (Vercelloni). Youatt admettait qu'il déversait par le canal parotidien un suc qui allait préparer le tube digestif aux fonctions qu'il aura à remplir après la naissance. Mais ce sont là des hypothèses basées sur des données anatomiques fausses; voyons ce que nous pouvons conclure des faits divers rapportés plus haut.

a. *Le thymus joue un rôle dans la nutrition.* — Depuis les travaux si intéressants de Friedleben, cela a été admis par la plupart des physiologistes (Béclard, etc.); ce rôle ne paraît pas contestable.

L'*anatomie* nous montre les relations spéciales de l'évolution de cette glande avec le développement de l'individu.

Les données *physiologiques* sont plus démonstratives. Une alimentation abondante augmente le poids du thymus et l'inanition amène son atrophie; la nature des aliments a elle-même une influence. L'organe s'atrophie pendant le sommeil hibernal. L'ablation du thymus trouble gravement la nutrition : amaigrissement rapide, altération des divers tissus, modifications des excreta, abaissement de la température, et cela avec une augmentation de l'appétit. L'ingestion de thymus altère parfois le squelette; son action sur l'assimilation et la désassimilation est prouvée par les modifications urinaires.

La *clinique* nous montre que son volume est en rapport avec l'état de la nutrition et de l'alimentation, qu'il est atrophié dans l'inanition et les cachexies.

L'*opothérapie* thymique influe cosntamment sur la nutrition. Elle améliore l'état général des Basedowiens, favorise le développement des athrepsiques, etc., et modifie l'élimination urinaire.

b. *En quoi consiste ce rôle?* Pour les uns il joue un *rôle de réserve pour les matériaux nutritifs.* Cette opinion a été émise par Seydel. Pour lui, cet organe est chargé de constituer une réserve de matériaux nutritifs, réserve qui est consommée soit lorsque l'apport alimentaire est insuffisant (inanition, alimentation non appropriée), soit lorsque la consommation est exagérée (maladies consomptives) : telle serait la cause de cette atrophie du thymus que l'auteur dit cons-

tante chez les enfants morts d'inanition. Cette opinion est adoptée par Hansen.

Pour d'autres, il *a par sa sécrétion interne une action régulatrice sur les échanges nutritifs*. C'est ainsi que Durante, voyant se cachectiser un enfant à thymus peu développé, se demande si ce n'est pas là une conséquence de l'insuffisance thymique, si le thymus n'a pas une sécrétion interne agissant sur l'assimilation des aliments. L'hypothèse d'une sécrétion interne réglant la nutrition explique tout aussi bien les faits que la théorie de Seydel; elle rend seule compte des effets de l'ingestion et de la greffe de thymus. L'histologie est favorable à cette idée. « Ces organes, dit M. Duval, n'ont et ne peuvent avoir qu'une sécrétion interne. »

Les phénomènes histologiques accompagnant cette sécrétion ont été étudiés par Ver Ecke (1899). Cet auteur décrit longuement les modifications cellulaires qu'il a constatées dans le thymus de la grenouille, modifications qu'il donne comme liées à la sécrétion. « La vitalité des éléments épithéliaux du thymus présente donc deux périodes : une période d'augmentation, dont le corpuscule de Hassall parfait représente le fastigium, et une période de déclin, dont le terme est la résorption de la cellule. J'envisage cette évolution, et plus spécialement la deuxième phase de ce cycle métamorphique comme ayant la signification d'une sécrétion. » Les cellules épithéliales du thymus « jouent le rôle de véritables glandes olocrines ». Le produit de sécrétion est résorbé par les lymphatiques; cette résorption se fait non seulement par osmose, mais encore par expression, grâce aux fibres musculaires contenues dans la trame conjonctive de l'organe. Et il ajoute : « Le thymus se révèle anatomiquement comme une véritable glande à sécrétion interne. »

Cette sécrétion agit-elle en favorisant l'assimilation (Durante), ou en modérant la désassimilation (Owen)? Exerce-t-elle cette influence par action directe sur les tissus, ou en neutralisant un suc à action inverse, celui-ci provenant soit d'une autre glande soit des échanges nutritifs eux-mêmes? Voilà des points que l'on ne peut trancher actuellement.

En tout cas, ce rôle nutritif a ceci de spécial qu'il ne s'exerce que pendant une période très limitée de la vie, période qui doit donc être le théâtre de phénomènes nutritifs spéciaux. Ceux-ci sont-ils liés à la croissance? Cela est possible : mais il faut reconnaître que le thymus change complètement de structure dans le cours de cette croissance et s'atrophie bien avant qu'elle soit achevée, que par conséquent il ne saurait y avoir de subordination directe de l'une à l'autre.

3° Hématopoièse. — Quelques auteurs ont attribué au thymus un rôle purement chimique dans l'élaboration du sang (J. Simon, Ecker), mais la plupart lui ont fait fabriquer des globules sanguins.

C'est W. Hewson qui émit le premier cette idée, qui fut admise ensuite par Adelon, Bischoff, Friedleben, etc. His pense que les cellules propres des acini thymiques passent dans les lymphatiques et y forment des globules blancs de la lymphe. L'opinion d'après laquelle le thymus serait comme un ganglion du fœtus et aurait les mêmes propriétés au point de vue de la fabrication de globules, est professée par un très grand nombre d'auteurs actuels (Hermann, Landois, Brücke). C'est Bischoff qui a le premier émis l'hypothèse que le thymus jouait chez le fœtus le rôle hématopoiétique dont la rate est chargée chez l'adulte.

a. *Le thymus a un rôle hématopoïétique.* — L'*anatomie* fournit les arguments suivants en faveur de ce rôle. Le développement montre un balancement dans la croissance du thymus et d'autres organes certainement hématopoiétiques, les ganglions et la rate. La structure de cette glande étant, d'avis unanime, identique pendant une certaine période à celle des ganglions, elle doit à ce moment avoir des propriétés identiques vis-à-vis des globules blancs (Funke-Gründhagen). Rappelons les recherches de Schäffer et de Ver Eecke.

Presque tous les *physiologistes* ont vu l'ablation de l'organe amener une diminution du nombre des hématies et une augmentation de celui des globules blancs. On a noté fréquemment des ecchymoses et des apoplexies, soit à la suite de cette ablation, soit par intoxication thymique.

La *pathologie* montre que le thymus réagit le plus souvent en même temps que les appareils lymphatiques (diathèse lymphatique, leucémie aiguë). Clark a vu l'absence de thymus amener des ecchymoses.

Enfin l'*opothérapie* a donné quelques résultats dans la chlorose.

b. *Quand joue-t-il ce rôle et vis-à-vis de quels globules?* — Cette fonction est naturellement limitée aux premiers temps de la vie : aussi a-t-on souvent répété à la suite de Bischoff que le thymus était au fœtus ce que la rate est à l'adulte. Tandis que Afanassiew limite à la vie intra-utérine l'action hématopoiétique du thymus, Schedel et Flemming le font durer un peu plus longtemps. La persistance de cette action après la naissance, résulte nettement des modifications sanguines produites par l'ablation de cette glande. Mais les expériences de Braunschweig montrent que ce rôle s'arrête dès que le thymus entre en régression.

La simple structure histologique suffit à prouver la fabrication de globules blancs. L'élaboration de globules rouges est discutée par les anatomistes, puisque les faits avancés par Schaffer sont contestés par Ver Eecke. Il est juste d'ajouter que celui-ci fait quelques réserves. « Je ne nie pas, dit-il, que le thymus ne puisse, en certaine circonstance, devenir un foyer d'hématopoïèse. » Mais les expériences physiologiques prouvent incontestablement l'action du thymus dans la formation des globules rouges, du moins chez les nouveau-nés.

4° Actions nerveuses diverses. — Nous groupons ici quelques rôles moins importants ou moins bien précisés, que semble remplir encore la sécrétion interne du thymus.

L'*action sur la motricité* est assez bien établie. L'ablation du thymus produit de l'apathie, de la paresse et même de la paralysie; il y a parfois du tremblement, plus rarement des convulsions. L'extrait thymique, qui fait disparaître ces accidents, produit à dose élevée des effets semblables à ceux de la strychnine. Le thymus semble agir ici par destruction d'un poison, puisque la sérosité d'une grenouille déthymée produit de la paralysie, comme la déthymation elle-même. Rappelons la fréquence des secousses musculaires précédant la mort subite attribuée au thymus; la disparition du tremblement et de l'asthénie chez les Basedowiens traités par l'ingestion de thymus.

L'action si curieuse sur la *pigmentation cutanée* n'a été notée que par Abelous et Billard.

L'influence *cardiaque et vaso-motrice* ne repose guère que sur les expériences de Svehla, mais elles sont suffisamment démonstratives. On peut en rapprocher l'amélioration des

phénomènes cardio-vasculaires que produit chez les Basedowiens l'opothérapie thymique.

5° CONNEXIONS PHYSIOLOGIQUES AVEC LES AUTRES GLANDES VASCULAIRES SANGUINES. — Les relations avec le *corps thyroïde* ont été entrevues les premières et sont les mieux établies. L'ablation du thyroïde chez les jeunes animaux amène une hypertrophie du thymus. La pathologie montre combien souvent les altérations du corps thyroïde amènent une reviviscence de cet organe, et l'opothérapie thymique a le plus souvent une action nette sur le goitre simple et sur le goitre exophtalmique.

En quoi consistent ces relations? La première idée qui se présente à l'esprit est que ces deux organes ont des fonctions semblables ; quand l'un est supprimé (expérimentalement ou par un processus pathologique), l'autre subit une hypertrophie compensatrice ; en tout cas, la suppléance n'est pas parfaite, puisqu'elle n'empêche pas les accidents. D'autres admettent, au contraire, une sorte d'antagonisme. Pour Owen, tandis que le corps thyroïde est un excitant des fonctions cérébrale et sexuelle, augmente les échanges, etc., le thymus a une action opposée ; il cite à l'appui le développement prépondérant du thymus chez les jeunes sujets et les animaux hibernants ; la reviviscence du thymus dans la maladie de Basedow serait destinée à contrebalancer l'excès de la sécrétion antagoniste. Il est probable que la vérité n'est ni d'un côté ni de l'autre : comment expliquer que le thymus s'hypertrophie aussi bien dans le myxœdème que dans le goitre exophtalmique? Il est possible qu'à côté les modifications quantitatives des sécrétions internes, il faille faire intervenir des modifications qualitatives. Il est possible aussi que ces hypertrophies vicariantes ne répondent ni à un travail de compensation, ni à une réaction de défense contre une intoxication opposée, mais résultent d'une action propre et spéciale, par laquelle telle glande régit le développement ou le fonctionnement de telle ou telle autre glande, sans qu'il soit nécessaire que ces deux glandes aient une sécrétion semblable ou opposée.

Nous n'avons rien à ajouter ici sur les relations avec l'*hypophyse*, les *testicules*, l'*ovaire*, les *capsules surrénales* : les observations diverses ne sont pas assez nombreuses pour permettre des conclusions fermes.

Pour la *rate*, l'observation d'Avellis (thymus hypertrophié dans un cas de rate rudimentaire) est à rapprocher du balancement dans le développement de ces deux organes, dans le nombre d'hématies nucléées, contenues dans chacun d'eux, etc. Il existe donc des connexions nettes entre ces deux glandes ; ces connexions doivent porter à la fois sur la sécrétion interne et sur l'hématopoïèse.

V

Conclusions sur le rôle du thymus en pathologie. — 1° LES LÉSIONS DU THYMUS SONT CAUSE DE CERTAINS ACCIDENTS. — Nous avons suffisamment parlé de la *dénutrition* pour ne pas y revenir ici.

Arnodt, ayant trouvé un gros thymus chez deux épileptiques, se demande s'il ne pourrait pas s'agir d'*épilepsie symptomatique*, provoquée par de l'asthme thymique.

Quant à la *mort subite* que nous avons vue être si fréquente dans le cas d'hypertrophie du thymus, on peut se demander si elle résulte de cette lésion du thymus, ou bien si ce sont deux effets d'une même cause, idée qui est en somme la conclusion de la théorie de A. et R. Paltauf. Pour eux, en effet, l'hypertrophie du thymus n'est qu'un des éléments d'une hyperplasie générale du système lymphatique : le fait primitif est un trouble de la nutrition générale amenant une dégénérescence des centres cardiaques, d'où production d'un équilibre instable, dans lequel la moindre cause occasionnelle provoque une syncope mortelle.

Cette théorie n'explique pas l'ensemble des faits, car il existe des cas de mort subite avec hypertrophie du thymus, mais sans état lymphatique. Elle est, de plus, en opposition avec ce double fait : la mort subite frappe, dans l'immense majorité des cas, des sujets ni cachectiques ni lymphatiques (Piédecoq) ; les enfants cachectiques ont un thymus, non pas hypertrophié mais atrophié (Farret). L'hypertrophie du thymus, considérée en elle-même, doit donc plutôt être mise en cause que la diathèse lymphatique, puisqu'elle est plus constante.

Le plus souvent cet accident est dû à la compression de la trachée, des vaisseaux ou des nerfs du cou. Mais il est bien probable que le thymus agit aussi dans ces cas par sa sécrétion interne sur les centres nerveux. Svehla n'hésite pas à admettre la mort par la seule hyperthymisation, et Escherrich pense que cette hyperthymisation produit dans les centres nerveux un état d'excitation, tel que la moindre cause occasionnelle (spasme glottique, chloroformisation, etc.) provoque une syncope réflexe.

2° ELLES JOUENT PEUT-ÊTRE UN RÔLE DANS LA PATHOGÉNIE DE CERTAINES MALADIES SPÉCIALES. — a. *Spasme glottique, asthme thymique.* — Nous ne voulons pas faire ici la discussion de la pathogénie du spasme glottique. Nous rappellerons seulement que certains auteurs récents (Svehla) sont arrivés à l'attribuer à une hyperthymisation. L'opinion d'Escherich nous paraît préférable : elle ne cause pas le spasme, mais le rend mortel.

Nous ne parlerons pas du « stridor inspiratoire congénital », dû certainement à une trachéosténose thymique.

b. *Acromégalie.* — Klebs, frappé par l'existence du thymus dans son cas, a fait de la maladie une angiomatose thymique. Le thymus fabriquerait des cellules vaso-formatives, allant se fixer dans les vaisseaux périphériques : d'où prolifération vasculaire, hypernutrition, augmentation de volume des parties terminales où le sang est le plus ralenti. On a objecté que le thymus ne semble pas avoir d'action vaso-formative, et que l'excès de vascularisation existe dans toutes les autres hypertrophies.

L'inconstance de la reviviscence du thymus dans cette affection, montre que là n'est pas la cause première ; on s'accorde à la placer dans une lésion de l'hypophyse. L'hypertrophie du thymus est plutôt considérée comme un phénomène de compensation (Marie). Mais la pathogénie de cette maladie et la physiologie de l'hypophyse ne sont pas si bien connues qu'il ne soit pas permis de se demander si le thymus ne peut pas intervenir dans la production de certains symptômes.

c. *Goitre exophtalmique.* — Nous insisterons davantage sur cette affection, étant donné le grand nombre d'auteurs qui ont constaté la reviviscence du thymus et l'influence de l'opothérapie thymique.

1° Quelle est la cause de cette hypertrophie ?

Pour quelques-uns, tout d'abord il ne s'agit pas d'une véritable hypertrophie glandulaire, mais *simplement de l'hyperplasie des éléments lymphoïdes contenus dans la glande* ; c'est ce qu'admet Paltauf, pour toutes les hypertrophies thymi-

ques d'ailleurs. Pour les autres, et c'est dans ce cas que cette hypertrophie devient intéressante, *le thymus est bien augmenté de volume en tant que glande* (Marie). Il y aurait une véritable reviviscence, c'est-à-dire que les débris thymiques inclus dans l'amas graisseux, marquant chez l'adulte la place du thymus de l'enfant, se mettraient à proliférer, de façon à reconstituer un thymus pouvant atteindre ou même dépasser le volume du thymus primitif.

La structure de ces thymus atteints de reviviscence est assez favorable à cette idée. Dans la plupart des cas (Spencer, Hektoen, Mackenzie, Edmunds, etc.), le thymus présente la structure qu'il a normalement chez le nouveau-né, c'est-à-dire à une époque où son activité glandulaire n'est pas contestable. A vrai dire, cette structure s'accorderait tout aussi bien avec l'idée d'une simple persistance qu'avec celle de la reviviscence. Mais la persistance n'est guère admissible.

Car alors, ou bien il y aurait simple coïncidence de cette persistance et de la maladie de Basedow, ce que l'on ne peut accepter, étant donné que le fait est trop habituel et trop spécial; ou bien il faudrait admettre que l'individu qui doit présenter plus tard un goitre exophtalmique en possède dès l'enfance certaines lésions anatomiques, ce qui n'est pas vraisemblable. D'ailleurs dans quelques cas l'hyperplasie secondaire était évidente, celui de Soupault par exemple, dans lequel il y avait prolifération épithéliale, en plusieurs points. « On peut invoquer ce fait anatomique, dit Soupault, pour admettre que l'hypertrophie du thymus est due plutôt à la reviviscence de la glande atrophiée après la naissance, qu'à sa croissance régulière et ininterrompue. »

Quant à la cause provoquant cette reviviscence, on ne peut faire que des hypothèses. Pour quelques-uns (Edmunds), elle fait partie des lésions du goitre exophtalmique au même titre que l'hypertrophie de la thyroïde : elle résulte, tout comme cette dernière, de la cause première inconnue (nerveuse, trouble primitif de la nutrition, etc.), de la maladie de Basedow. Pour d'autres au contraire (Marie) cela est secondaire à la lésion du corps thyroïde (que celle-ci soit primitive ou résulte elle-même d'une cause première). Elle représenterait alors une lésion compensatrice de celle de la thyroïde, c'est-à-dire résulterait de l'effort de l'organisme pour lutter contre l'intoxication due au trouble de la sécrétion thyroïdienne.

Cette idée, qui a pour elle le fait que cette hypertrophie se voit aussi, quoique moins fréquemment, dans les autres lésions du corps thyroïde (goitre simple, etc.) est admise par Marie, par Joffroy. Haskovec ne l'accepte pas, Gayme la critique ainsi : « Nous ne voyons point pourquoi un organe s'hypertrophierait pour suppléer un corps thyroïde hypertrophié aussi, et surtout si on a des raisons pour suspecter son hyperfonctionnement. Qu'est-ce que le thymus suppléerait donc? » Mais en supposant qu'il y ait hypersécrétion thyroïdienne dans le goitre exophtalmique, celle-ci peut très bien provoquer comme réaction défensive une hypersécrétion thymique, si celle-ci a des propriétés antagonistes, ce que beaucoup admettent. D'autre part on tend à croire que dans la maladie de Basedow la sécrétion thyroïdienne est plutôt modifiée qualitativement que simplement augmentée, et alors on comprend que l'hypertrophie thymique soit destinée à contrebalancer cette modification. Mais en somme ces discussions portent sur le but de cette hypertrophie du thymus plutôt que sur la cause elle-même. Cette cause, c'est très probablement la lésion thyroïdienne ; quant au but (suppléance, etc.) il est tout hypothétique. D'ailleurs il est bien téméraire d'affirmer que toute lésion ait un but, soit subordonnée à une cause finale.

Un fait qui paraît assez en faveur de l'idée que cette hypertrophie du thymus est une réaction de défense, c'est la rareté de la maladie de Basedow dans l'enfance; il semble donc (David Owen, Blondel) que tant que le thymus a un fonctionnement actif, sa sécrétion empêche le développement de la maladie. Il est vrai que beaucoup d'autres maladies sont rares dans l'enfance, dans lesquelles le thymus semble ne jouer aucun rôle.

2° *Quel est le rôle du thymus dans la maladie de Basedow?*

« On n'a point essayé de rattacher à l'hypertrophie du thymus la maladie de Basedow » (Gayme). La question ne peut pas se poser évidemment.

Mais il pourrait se faire qu'elle intervienne dans la production de certains symptômes. Cela est même admissible quand on accepte que cette hypertrophie est une réaction défensive, car la sécrétion du thymus n'étant pas *uniquement et exactement* opposée (ou semblable) à l'intoxication première et présentant d'autres propriétés, l'exagération des phénomènes produits par ces autres propriétés pourra amener à son tour quelques symptômes qui seront fréquents puisque cette hypertrophie est ici très fréquente.

C'est ainsi que James Ewing parlant de la paralysie cardiaque déterminée par l'état lymphatique dit qu'il faut rapprocher ce fait de la *tachycardie* de la maladie de Basedow. D'autre part les expériences de Svehla nous ont appris que le suc thymique était vaso-dilatateur et accélérateur du cœur, ce qui correspond bien aux symptômes cardio-vasculaires de la maladie. Il est cependant peu admissible que la tachycardie, signe fondamental, soit due non à la cause première mais à une lésion secondaire et inconstante.

Que le thymus joue un rôle dans les *troubles de la nutrition* cela est bien plus vraisemblable, car il s'agit là de phénomènes variables, non primordiaux, et nous savons que le thymus agit très nettement sur la nutrition. « Il serait ainsi logique, dit Gayme, de rattacher à l'hypertrophie du thymus quelques-uns des troubles de nutrition générale observés dans la maladie de Basedow, ou de lui faire jouer quelque rôle dans leur production. »

Enfin les expériences d'Abelous et Billard permettent de se demander si l'hypertrophie du thymus ne jouerait pas un rôle dans la production de ces troubles si fréquents de la pigmentation cutanée au cours de la maladie de Basedow (vitiligo, coloration bronzée plus ou moins généralisée, etc.).

3° *Comment agit, dans cette maladie, l'opothérapie thymique?*

Pour les uns (D. Owen) c'est parce que le thymus contient un suc antagoniste du poison thyroïdien produisant la maladie.

Pour Baumann — et Gayme est assez disposé à admettre cette opinion — le thymus agit uniquement par la thyroïdine qui y est contenue.

Mackenzie pense que le thymus améliore l'état général, mais n'a pas d'action spécifique sur la maladie. C'est aussi l'idée de Galdi.

Solis Cohen y voit une médication symptomatique agissant par ses propriétés vaso-motrices.

Il est difficile de prendre parti. L'examen des observations semble montrer que l'opothérapie thymique agit non pas spécifiquement sur la cause première du goitre exophtalmique, mais par ses propriétés physiologiques propres, s'exer-

çant sur certains systèmes prenant part à la réalisation du tableau symptomatique de cette affection.

En tout cas, de ce qu'un extrait d'organe modifie une maladie, il ne faut pas se hâter de conclure que cet organe est cause de la maladie. Presque tous les extraits glandulaires ont donné quelques succès dans la maladie de Basedow (thyroïde, thymus, ovaire, rate).

d. *Chlorose*. — Blondel (1897) fait intervenir le thymus dans la pathogénie de la chlorose. Celle-ci est une intoxication par non-destruction d'un poison lié à la croissance. Ce poison est détruit par la sécrétion interne de l'ovaire (hypothèse déjà émise par Spillmann et Etienne); mais avant l'entrée en fonctionnement de l'ovaire, qu'est-ce qui le détruit? « Cet organe dont le rôle cesse quand celui de l'ovaire commence, ne serait-il pas le thymus? » Si donc le thymus s'atrophie trop tôt, ou si l'ovaire commence à sécréter trop tard, il y a un intervalle dans lequel le poison n'est pas détruit, et alors apparaît la chlorose.

L'auteur cite les analogies déjà indiquées entre le thymus et l'ovaire et rapporte ses essais thérapeutiques.

La chlorose serait (Paltauf, Ewing) fréquemment associée à l'état lymphatique.

e. *Myopathies*. — Pitres émet l'hypothèse suivante : « Il serait plus logique de supposer que cette affection est le résultat d'un trouble de la nutrition du système musculaire dépendant lui-même de la viciation d'une des sécrétions internes des glandes de l'organisme. La glande que l'on pourrait peut-être incriminer avec le plus de vraisemblance serait, semble-t-il, le thymus, dont le rôle physiologique, indéterminé encore, doit évidemment avoir son maximum d'activité à l'époque où cet organe atteint son plus grand développement, c'est-à-dire dans les premières années de la vie, au moment précisément où se manifestent d'ordinaire les premiers symptômes de la myopathie pseudo-hypertrophique. Dans cette hypothèse, la myopathie serait une sorte de dystrophie musculaire par défaut ou altération de la sécrétion interne du thymus, comme le myxœdème est une dystrophie du tissu conjonctif par défaut de sécrétion de la thyroïde et l'acromégalie une dystrophie du tissu osseux dépendant d'un vice de sécrétion de la pituitaire. »

Ici comme pour la chlorose, il s'agit en somme de simples hypothèses.

3° Il se comporte comme un organe lymphoïde dans les maladies de l'appareil lymphatique. — Nous avons vu la fréquence de l'hypertrophie du thymus dans la leucémie aiguë.

H. Koeppe (1896) se demande si la diathèse lymphatique ne serait pas une forme particulière de leucémie aiguë, dans laquelle l'hypertrophie de la rate serait remplacée par celle du thymus : les deux organes auraient donc, à ce point de vue le même balancement que, pour quelques auteurs, ils présentent pour l'hématopoièse normale. Koeppe rappelle qu'un cas de mort subite dans la leucémie aiguë a été publié par Birch-Hirschfeld.

VI

Conclusions générales. — Le thymus représente donc, quant à ses fonctions, un double organe.

C'est un organe hématopoiétique, l'anatomie et l'expérimentation le prouvent, et à ce titre il participe aux lésions générales de ces organes.

C'est une glande à sécrétion interne. Celle-ci a des influences multiples, en rapport surtout avec la nutrition. Comme pour toute glande à sécrétion interne il existe en pathologie une insuffisance thymique (cachexie par atrophie du thymus; myopathies?), une hyperthymisation (état thymique) et probablement aussi des altérations qualitatives de la sécrétion.

La physiologie et la pathologie concordent pour montrer que le thymus présente des connexions physiologiques avec les autres viscères analogues. Il y a à l'état normal un équilibre entre les diverses sécrétions internes : quand une de ces glandes est lésée, l'équilibre est rompu. C'est peut-être *pour* le rétablir (en tout cas c'est *à cause de* cette disparition de l'équilibre normal) que l'on voit s'hypertrophier telle autre glande vasculaire sanguine : le thymus est peut-être celle qui présente le plus fréquemment et dans les circonstances les plus variées cette hypertrophie vicariante.

BIBLIOGRAPHIE

Observations de goitre exophtalmique avec reviviscence du thymus. — Markham. Lond. path. Soc., 1858. — Goodhart. *Trans. of the path. Soc.*, 1874; — *Brit. med. Journ.*, 1873, p. 663. — Howse. *Brit. med. Journ.*, 1877. — Möbius, *Schmidt's Jahrh.*, 1881. — Johstow. *Journ. of ment. sc.*, 1884. — Hale White (2 cas). *Brit. med. Journ.*, 1886. — Bertoye. Th. de Lyon, 1888, Obs. XX. — Mosler. *Schmidt's Jahrh.*, 1889. — G. Spencer. Path. Soc. of Lond., 1891. — Lasvènes. Th. de Paris, 1891. — Möbius. *Deut. Zeit. f. Nerv.*, I, p. 400. — H. Fagge (2 cas), cité par Owen, in *Brit. med. Journ.*, 1893. — Marie. Soc. méd. des hôp., 1893. — Reymond. Soc. anat., 1893. — Schnitzler. Soc. império-royale de méd. de Vienne, 1894. — Hektoen. *Intern. med. Magazin*, 1895. — Codd. *Brit. med. Journ.*, 1896. — Murray. *Edinburgh med. Journ.*, 1897. — Deboye, Lejars, Soupault, *Rev. neurol.*, 1897. — Mackenzie et Edmunds (2 cas). Path. Soc. of Lond., 1897. — Bradfort (4 cas) *Ibid.* — Foxwell. *Brain*, 1897. — Ezio Benvenuti. *Il policlinico*, 1898.

Travaux cités dans cette Revue. — Abelous et Billard. Recherches sur les fonctions du thymus chez la grenouille, *Arch. de physiol.*, 1896. — Adelon. *Physiologie de l'homme*, Paris, 1827. — Afanassiew. Weitere Untersuchungen über den Bau und die Entwickelung der Thymus und der Winterschlafdrüse der Saugethiere, *Arch. für mikosk. anat.*, 1877. — Ambrosini. *De l'épithéliome du thymus*, Th. de Paris, 1894. — Arndt. *Deut. med. Woch.*, 1890. — Avellis, *Arch. f. laryng.*, 1898; — Epikrise eines Falles von nicht ganz plötzlichen Tymustod, verursacht durch thymusvergrösserung bei rudimentär kleiner Milzanlage, *Zeit. f. pract. Aertzte*, 1898. — Barkow. *Der Winterschl. nach seinen Erscheinungen im Thierreich*, Berlin, 1846. — Baum. Die Thymusdruse des Hundes, *Deut. Zeit. f. Thier. und vergl. Pathol.*, XVII. — E. Baumann. Ueber das thyroyodin. *Münch. med. Woch.*, 1896. — Bayer. Soc. de chirur., 1895. — Bertram-Abrahams. Path. Soc. of London, 1897. — Bezançon. Deux cas de mort subite au cours de la maladie de Basedow, *Journ. de méd. interne*, 1897. — Bischoff. *Entwickelungs der Saugethiere und des Menschen*, Leipzig, 1842. — Blache, Isambert et Robin. Acad. de méd., 1856. — Blondel. Essai d'une théorie nouvelle de la chlorose; emploi du thymus dans cette affection. *Bull. gén. de thér.*, 1897. — Blottière. *Étude sur les traitements du goitre exophtalmique*, Th. de Paris, 1897. — Boinet. Recherches expérimentales sur les fonctions des capsules surrénales, Soc. de biol., 1899. — Boisvert. Le thymus comme médicament, *Rev. méd. de Montréal*, 1899, n° 47. — L.-M. Bonnet. Thymus et mort subite, *Province méd.*, 1999. (Nous renvoyons à cette Revue pour la bibliographie de la mort subite.) — Bradford et Schaw. Soc roy. de méd. et de chir. de Londres, 1898. — Braunschweig. *Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Thymus bei der Regeneration der Blutkörperchen*, Diss. Dorpat, 1891. —

BRIGIDI und PICCOLI. Ueber die adenia simplex und deren Beziehungen zur Thymushyperplasie, *Ziegler's Beitr, zur Pathol.*, Bd XVI, 1894. — BRISOT. *Osterreich. Monastsch.*, 1892. — BRÜCKE. *Vorlesungen uber Physiologie*, Wien, 1885. — BURGHART. *Verein fur inn. Med.*, 10 juillet 1899. — CADÉAC et GUINARD. Quelques remarques sur le rôle du thymus chez les sujets atteints d'une altération du corps thyroïde ou éthyroïdés, Soc. de biol. 1894. — CALZOLARI. Recherches expérimentales sur un rapport probable entre les fonctions du thymus et celles des testicules, *Arch. ital. de biologie*, 1898. — CARBANE. Expériences sur l'extirpation du thymus, *Giornale. Acad. medic. di Torino*, 1897. — CHARRIN. *Poisons de l'organisme*, Paris, 1897. — CHAUVEAU. *Traité d'anatomie comparée.* — Alfred CLARK. A case of absence of the thymus gland in an infant, *The Lancet*, 1896. — Th. COHN. Beitrag zur Kenntniss des Stoffwechsels nach thymusernahrung, *Zeit. f. phys. Chem.*, 1898. — COLIN. *Traité de physiologie comparée des animaux*, Paris, 1873. — CUNNINGHAM. *Med. Record*, 1895. — CURATULO et TORULLI. *Annali di obstet. e ginec.*, 1896. — DAHMS. *Étude sur le thymus.* Th. de Paris, 1877. — DURANTE. Hémorragies et sclérose du thymus chez les enfants nouveau-nés, Soc. de biol., 1896. — S. DWORNITSCHENKO. Ueber die thymus der Erwachsenen in gerichtlich medicinisher Beziehung, *Viertelj. f. gericht. Med.*, 1897. — ECKER. *Wagners Hand worterbuch der Physiologie*, 1853. — EDES. *Boston med. and surg. Journ.*, 1896. — Von EISELSBERG. XXIV[e] Cong. de la Soc. allemande de chir., Berlin, 1895. — ESCHERICH. Considérations sur la diathèse lymphatique des enfants, *Berlin. klin. Woch.*, 1896.; art. TÉTANIE, in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan. — J. EWING. *New-York med. Journ.*, 1897. — FARRET. *Contribution à l'étude du thymus chez l'enfant*, Th. de Paris, 1896. — FLEMMING. Schlussbewerk über die Zellvermehrung in den lymphoïden Drüsen, *Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1885. — FRIEDLEBEN. *Die physiol. d. Thysmusdrüse in Gesundheit und Krankheit*, 1858. — FUNKE-GRÜNDHAGEN. *Lehrbuch der Physiologie*, Hambourg, 1885. — PERCY FURNWALL. Sur l'anat. pathol. de l'acromégalie, Soc. pathol. de Londres, 1897. — GALATTI. L'hypertrophie du thymus et l'état lymphatique chez les enfants, *Wien. mediz. Blatt.*, 1896. — GALDI. Le thymus dans le traitement du goitre exophtalmique et du goitre commun, *Il manicomio moderno*, 1897. — GAYME. *Essai sur la maladie de Basedow*, Th. de Paris, 1898. — GERBER. *Anatomie générale.* — GLEY. Sur la suppléance supposée de la glande thyroïde par le thymus, Soc. de biol., 1894. — GLUCK. Thymus persistens bei struma hyperplastica, *Berlin. klin. Woch.*, 1894. — GUTTMANN. *Berlin. klin. Woch.*, 1891. — HANSEN. *Ueber die Thymus drüse und ihre Beziehungen zur Entwicklung der Kinder*, Diss. Kiel, 1894. — HARLOW BROOKS. A case of acromegalia with autopsy, *New-York med. Journ.*, 1897. — HASKOVEC. *Rev. de méd.*, 1893. — HAUGSTEDT. *Thymus in homine ac per seriem animalium descriptio, Hafniæ*, 1832. — HÉRARD. *Du spasme de la glotte*, Th. de Paris, 1847. — HERMANN. *Lehrbuch der Physiologie*, Berlin, 1886. — HEUSLER. *Deut. med. Woch.*, 1894. — HEWSON. *Experimental inquiries*, London, 1777. — HINDERBURG. *Deut. Arch. f. Klin.*, Bd. 54. — HIS. Beitrage zur Kenntniss der zum Lymphsystem gehörigen Drüsen, *Zeit. f. wissensch. Zoologie*, 1860. — HOFFMANN. *Erkrankunger des Mediastinums*, Nothnagel, 1896. — HOFMEISTER. Zür Physiologie der Schildruse, *Schmidt's Jahrh. der ges. Med.*, 1893. — JACOBI. Pathologie du thymus, *Assoc. of Amer. Phys.*, 1889. — JACOBSON. Ueber die Thymusdrüse der Winterschläfer, *Meckel's Arch.*, 1817. — JOFFROY. Nature et traitement du goitre exophtalmique, *Progrès méd.*, 1894. — KINNICUT. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1897. — KLEBS. *Ein Beitrag zur Pathol des Riesenverchses Klin. u path. anat. Untersuch.*, Leipzig 1884. — KLEIN. *Grundzüge der Histologie*, Leipzig 1886. — H. KŒPPE. Mort subite par hypertrophie du thymus, *Munch. med. Woch.*, 1896. — KRUSE et KAHNE. *Deuts. med. Woch.*, 1890. — KUNDRAT. Zur Kenntniss des Chloroformtodes, *Wien. klin. Woch.*, 1895. — LAMOUROUX. Soc. anat., 21 juill. 1899. — LANDOIS. *Lehrbuch der Physiologie des Menschen*, Wien und Leipzig 1885. — LANGERHANS et SAVELIEW. Contribution à la physiologie du thymus, *Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIV, 1893. — LANDENBACH. Fonction hématopoiétique de la rate, *Arch. de physiol.*, 1896. — LEYDIG. *Lehrbuch der Histologie*, Frankfurt, 1857. — LOREY. Gewichts. der Organe des kindlichen Körpers, *Jahrh. f. Kinderheilk.* 1878. — MACALISTER. *Brit. med. Journ.*, 1893. — MACKENZIE. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1897; — *Albutt's system of medicin*, vol. IV. — MACPHAIL. Sur le traitement des maladies nerveuses par les extraits organiques, *Brit. Med. Journ.*, 1896. — MARFAN. Soc. méd. des hôp., 1894. — MARIE. Sur la reviviscence du thymus dans certaines affections présentant des altérations du corps thyroïde ou de quelque autre glande vasculaire sanguine, Soc. méd. des hôp., 1893. — A. MAUDE. *The Lancet*, 1896. — MATHIEU et SIKORA. Soc. méd. des hôp., 2 janv. 1899. — METTENHEIMERS. Zum Verhalten der Thymusdrüse in Gesundheit und Krankheit, *Jahr. f. Kinderheilk*, Bd XLVI, 1897. — MICKULICZ. *Berl. klin. Woch.*, 1895. — MINKOWSKY. Un nouveau corps trouvé dans l'urine après le traitement thymique, Congr. de méd. int., Wiesbaden, 1898; — Sur les échanges interstitiels sous l'influence de l'ingestion de thymus, *Centralbl. f. inn. Med.*, 1898. — MÖBIUS. Sur la maladie de Basedow, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1891. — MOROT. *Rev. vétérinaire*, 1892. — MURRAY. *Edinb. med. Journ.*, 1897. — G. MURRAY. The pathology of the thyroïd gland, *The Lancet*, 18 mars 1899. — NAMMACK. A case of exophtalmic goitre treated with Thymus gland, *New-York med. Journ.*, 1897. — NOBEL. *Deut. med. Zeit.*, 1892. — NORDMANN. Le thymus et certaines morts subites chez les baigneurs, *Corresp. Blatt f. scheizer Ærtzte*, 1889. — OBRATZOW. *Deut. med. Woch.*, 1890. — ORCEL. Hétérotaxie splanchnique totale avec persistance du thymus, *Lyon méd.*, 1888. — D. OWEN. Thymus feading in exophtalmic goitre, *Brit. med. Journ.*, 1893, 1895, 1896. — A. PALTAUF. *Wien. klin. Woch.*, 1899, 1890. — R. PALTAUF. *Berl. klin. Woch.*, 1894. — PARKER RUSHTON. L'extrait de thymus dans le goitre exophtalmique, *Brit. med. Journ.*, 7 janv. 1899. — PASQUALIGO. Le thymus, *Rif. med.*, 1890. — PERRIN DE LA TOUCHE. Soc. de méd. légale, 1898. — PIC. Un nouveau cas d'hétérotaxie splanchnique avec persistance du thymus, *Province méd.*, 1895. — PIÉDECOQ. *La mort subite des nourrissons par hypertrophie du thymus*, Th. de Paris, 1894. — PITRES. Sur un cas de myopathie pseudo-hypertrophique, *Gaz. hebd.*, 1899, n° 3. — RAYNEY. *St-Thomas Hosp. Rep.*, 1875. — REINBACH. Traitement du goitre par l'ingestion de thymus, *Mittheil. aus d. Genzgebiet. d. Mediz. u. Chir.*, 1896. — RENDU. *Dict. Dechambre*, art. GOITRE EXOPHTALMIQUE, 1883. — SCHAFFER. *Wien. Akad. d. Wiss.*, Bd CII; — *Medic. Centralbl.*, 1890. — SCHEDEL. Zellvermehrung in der Thymus, *Arch. f. mikrok. Anat.*, 1885. — SELLIG. *Deuts. Arch. f. Klin.*, 1895. — SEYDEL. Ein Zeichen des Eschöpfungstodes durch mangelhafte Ernährung bei jungen Kindern, *Vierteljahr. f. gericht. Medicin*, 1894. — SIMON. *A physiological Essay on the thymus gland*, London 1845. — SOLIS-COHEN. The treatment of exophtalmic goitre and other vasomotor ataxies with preparations of the thymus gland and of the adrenals, *Journ. Amer. med. assoc.*, 1897. — W. SPITZER. Die Ueberführung von Nucleinbasen durch die Sauerstoffübertragende Wirkund von Gewebeauszugen, *Arch. f. gesamm. Physiol.*, 1899. — STOPATO. *Semaine méd.*, 1897, n° 20. — G. SULTAN. *Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIV, 3. — SURREL. *Des accidents qui peuvent compliquer l'intervention chirurgicale dans le goitre exophtalmique*, Th. de Paris, 1897. — SUSSDORF. *W. Ellenberger's Handbuch der verglichen Histologie und Physiologie*, Berlin 1887. — SVEHLA. De l'action du suc thymique sur la circulation, et la mort par le thymus chez l'enfant, *Wien. med. Blätter*, 1896. — TARULLI et LO MONACO. Sur les effets de l'extirpation du thymus, Congr. de Rome, 1894; — Recher-

ches expérimentales sur le thymus, *Bollettino della R. Acad. med. di Roma*, 1896-1897. — TATY et GUÉRIN. Congr. fr. des alién. et neurol., Bordeaux 1895. — THIROLOIX et G. BERNARD. Th. d'Ambrosini, p. 27. — Ch. TODD. *Brit. med. Journ.*, 1896. — TRIESETHAU. *Die Thimusdrüse in normaler und pathologischer Beziehung*, Diss. Halle, 1893. — VENTRA. La cura del morbo Basedow con la galvanizzazione e con l'alimentazione di timo fiesco, *Manicomio moderno*, 1896. — VERDAN. *Pathogénie du crétinisme*, Th. de Paris, 1864. — VER EECKE. Structure et modifications fonctionnelles du thymus de la grenouille, *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, janv. 1899. — VIERORDT. Das Massenwochsthum der Körper organe des Menschen, *Arch. f. Anat. und Eutwick.*, 1890. — VOISIN. Cité par Joffroy et Achard, in Traité d'A. Robin. — WALDEYER. Ruckbildung der Thymus, *Akad. der Wiss. z. Berlin*, 1890. — WATNEY. On the minute anatomy of the thymus. *Philos. Transact. Roy. Soc. London*, 1882. — WHARTON. *Adenographia*, London 1756. — WRIGHT. *The Lancet*, 1896.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

[13 DÉCEMBRE 1899 (*fin*)]

La séance annuelle a eu lieu devant un public bien restreint, trop restreint. Ce n'est pas sans un certain sentiment de tristesse que nous constatons chaque année une plus grande indifférence de nos grands confrères de l'Académie pour ces petites solennités. Bien peu de membres aujourd'hui se trouvaient là pour écouter l'éloge d'une de nos plus belles figures médicales, prononcé par un de leurs collègues les plus éminents et les plus honorables, tant par le caractère que par la situation. M. Bergeron a fait cette année l'éloge d'Henri Roger. La place nous manque pour le reproduire *in extenso*. Nous en détacherons seulement les passages les plus saillants.

Comparant ce qui se passe aujourd'hui avec ce qui se passait il y a cinquante ans, M. Bergeron nous dit :

« Il y a cinquante ans, chaque famille avait son médecin dont l'expérience lui inspirait assez de confiance pour qu'on lui abandonnât la direction de toutes les santés de la maison, depuis celle du chef de la famille, jusqu'à celle des serviteurs. Tout au plus admettait-on, dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, l'intervention d'un des spécialistes, très rares alors, qui s'occupaient des maladies des yeux et des oreilles; bref, le médecin, devenu le confident de toutes les souffrances qu'il avait mission de guérir ou de soulager, connaissait à fond le terrain sur lequel il exerçait son art et y marchait d'un pas assuré, pour le plus grand bien de ses clients devenus ses amis.

Mais, depuis, les choses ont bien changé, car, aujourd'hui, chaque groupe familial compte presque autant de médecins que de catégories d'âge et de sexe réunies sous le même toit et, pour ainsi dire, autant de spécialistes que d'organes. »

Partant des difficultés de la pratique de la médecine chez l'enfant, difficultés inhérentes à l'enfant lui-même et aussi à d'autres causes, M. Bergeron ajoute :

« Mais il est encore d'autres difficultés qui, celles-là, viennent non pas de l'enfant, mais de son entourage et particulièrement de la tendresse des mères, lorsqu'elle n'est pas dirigée par une intelligente fermeté qui en modère les exagérations.

Malheureusement, depuis longtemps déjà, la tendresse des jeunes mères semble avoir pris, comme bien d'autres sentiments, un caractère de nervosité incompatible avec une direction vraiment utile des soins à donner, et exigeant du médecin une fermeté très appréciée par les mères intelligentes et souvent mal jugée par celles qui ne le sont pas.

Ces exagérations de la tendresse maternelle près du lit de l'enfant malade ne sont, au reste, que la suite naturelle de celles qui président à l'éducation donnée aujourd'hui à l'enfant en état de santé.

Or, cette éducation me semble tout le contraire de ce qu'elle devrait être pour faire des générations valides au moral comme au physique.

Nous ne sommes pas à Sparte, à ces temps héroïques de la Grèce où les mères, envoyant leur fils au combat, lui remettaient son bouclier en lui adressant ces simples mots : « Pars et reviens dessus ou dessous ! » c'est-à-dire mort ou vainqueur.

Mais sans proposer aux mères d'aujourd'hui des modèles aussi héroïques, on peut dire que l'intérêt de leurs enfants, et même l'intérêt du pays, exigeraient qu'elles s'inspirassent au moins des fortes vertus des matrones romaines.

Je veux croire, que dis-je ? je crois que les mères qui me font l'honneur de m'écouter sont toutes des mères spartiates, ou tout au moins des mères romaines, et je leur rends hommage.

Mais en dehors de cette réunion, à côté d'admirables mères dont la ferme raison n'avait d'égale que leur profonde tendresse, je ne retrouve dans mes souvenirs que trop de jeunes mères, sensibles jusqu'à la déraison et dont l'aveugle sollicitude s'affolait et affolait leur enfant au plus léger trouble de santé.

De pareilles faiblesses rendent parfois bien difficile la direction du traitement des enfants et ces difficultés peu de médecins eurent, au même degré que M. H. Roger, l'art d'en prévenir les fâcheux effets. Un jour, il a tracé, en ces termes, le portrait du médecin des enfants.

« Certaines qualités, a-t-il écrit, sont plus particulièrement exigées de lui ; à la fois prudent et décidé, il devra saisir d'un coup d'œil les premiers traits de la maladie, la deviner à travers un diagnostic complexe; il devra être prompt à porter un jugement certain et fondé sur l'expérience. Mais avant tout, il devra être doux et patient; qu'il ait l'art d'aborder ses petits malades; qu'il leur sourie, qu'il s'accommode à leur langage et se prête même à leurs jeux; qu'il aime les enfants, qu'il soit bon et affable, qu'il ait le cœur maternel. La praticien savant et expérimenté qui possède l'heureux assemblage de ces dons de l'esprit et de ces qualites morales, sera par excellence le médecin des enfants. » Si j'ajoute à ce tableau, pour le compléter, l'esprit le plus fin et le plus orné et un visage animé du plus aimable sourire, ne vous semblera-t-il pas, Messieurs, à vous qui l'avez connu et aussi à celles d'entre vous, Mesdames, qui, dans leur enfance, l'ont vu au chevet de leur lit, et plus tard, près du lit de leur enfant, ne vous semblera-t-il pas qu'en écrivant ces lignes, M. Roger a tracé son propre portrait ?

Il était en effet particulièrement doué pour la médecine des enfants ; on peut même dire qu'il s'y est consacré avec passion, comme s'il avait voulu atténuer ses profonds regrets, de n'avoir pas lui-même d'enfant, en répandant sur les enfants des autres, pauvres ou riches, les trésors de bonté, dont son cœur était si richement doté.

Et quelle sagesse dans les préceptes que l'on trouve disséminés dans l'ensemble de ses œuvres, sur la conduite à tenir vis-à-vis des petits malades et des mères; comme on reconnaît bien que ces règles si sûres sont tracées par un homme d'esprit et de cœur et qu'en les suivant on est certain d'acquérir dans les familles cette confiance absolue qui fait notre force et notre honneur ; notre force, parce qu'elle nous sauve de la médecine tumultueuse et nous permet d'agir, tantôt avec une sage lenteur, tantôt avec énergie; notre

honneur parce qu'elle est un des éléments de cette considération qui est la meilleure part de notre fortune. »

M. Bergeron nous raconte ensuite la vie, si bien remplie, de Henri Roger, ses travaux, sa collaboration avec Barth; il nous parle du fameux Traité d'auscultation, de la grande part qui revient à Roger de l'introduction de thermomètre en médecine, de ses travaux sur la température à l'état normal et dans les maladies, de la part qu'il a prise à la fondation de la Société médicale des hôpitaux, de son talent si fin d'orateur et d'écrivain, de l'ardeur avec laquelle il a été l'un des premiers défenseurs de la trachéotomie. Insistant surtout sur son talent d'orateur, il rappelle les belles paroles que Roger prononça aux obsèques de Rayer :

« Je sens, dit-il, que ma louange languit auprès d'une si haute renommée; je cherche encore des paroles et je ne trouve que des larmes; je les mêle aux vôtres, fille admirable, qui êtes restée au foyer solitaire pour y pleurer le cher mort, et du bord de cette tombe, je vous adresse la consolation d'un orateur ancien : allégez votre douleur par le spectacle de l'affliction commune et par la gloire paternelle. »

Et plus loin, à la mort de Barth :

« Quelques jours après la mort de M. Barth, M. Roger vint ici rappeler en un langage aussi élevé que touchant les qualités maîtresses de son *admirable* ami, ainsi qu'il aimait à appeler M. Barth, c'est-à-dire la rigueur dans l'observation, la méthode et la logique dans la déduction; insistant aussi sur l'autorité, en même temps que sur la courtoisie de sa présidence de l'Académie, sur la dignité de sa vie, sa passion de l'honnêteté et sa charité, en terminant par le récit des derniers moments de son ami qui ne s'était pas fait d'illusion sur la gravité de son état, mais dont sa fin prochaine n'avait pu altérer la sérénité. Sa passion de la justice, ajoutait M. Roger, l'avait rendu religieux; au spectacle de la misère des bons et du triomphe des méchants, je le vis bien des fois s'indigner et pour absoudre les Dieux, il avait besoin de croire à la réparation divine de ces iniquités humaines; il aurait dit volontiers, avec J.-J. Rousseau : « Otez la justice éternelle et la prolongation de mon être après cette vie, je ne vois plus dans la vertu qu'une folie à qui l'on donne un beau nom. »

Citons encore le passage du discours de M. Bergeron à propos d'un rapport de prix dont fut chargé M. Roger :

« M. Roger, obligé de reconnaître que les travaux des commissions de prix avaient été pour lui *matière infertile et petite*, se voyait forcé d'imiter le poète Simonide, qui, faute de matière pour l'éloge dont il était chargé, s'était rejeté sur l'éloge de Castor et Pollux. Seulement, plus heureux que Simonide, M. Roger n'en fut pas réduit à célébrer des héros fabuleux dont les exploits athlétiques n'étaient que des prouesses inutiles, c'est de ceux de nos collègues, véritables bienfaiteurs de l'humanité, qu'il prononça éloquemment l'éloge.

L'un, auteur de cette loi de protection des enfants du premier âge, loi tutélaire, loi de salut public, dirai-je, qui, en outre du privilège, bien rare, unique peut-être, d'avoir été votée à l'unanimité par un corps politique, a eu celui de produire les heureux résultats promis en son nom; loi qui, portant justement le nom de son auteur, préservera de l'oubli le nom de Théophile Roussel, et dont l'exécution, lorsqu'elle sera générale et complète, contribuera pour une large part à arrêter la dépopulation de la France.

L'autre bienfaiteur auquel s'adressaient les éloges de M. Roger, était le savant dont alors les premiers travaux provoquaient déjà l'admiration des plus éminents représentants de la science, par la succession d'opérations conduites avec une admirable patience et une rigueur implacable et par lesquelles l'auteur suivait, dans leur évolution, les infiniment petits et les combinaisons de cette poussière animée qui ne sont abandonnées à aucun hasard.

Ce qui donne au rapport de M. Roger une grande valeur, c'est la sûreté, la confiance avec lesquelles il annonce qu'un jour viendra où les découvertes de M. Pasteur lui donneront le moyen de défendre l'homme contre l'invasion des vibrions et des bactéries.

Prédictions et espérances largement réalisées depuis et assez tôt pour que M. Roger ait pu être témoin de ces merveilles, auxquelles M. Pasteur, qui ne pouvait avoir raison de la mort, parce qu'elle est une condition inexorable de la vie, a au moins eu la gloire d'en retarder, pour des milliers de vies humaines, la redoutable échéance. »

Après avoir loué le savant, le praticien, l'académicien, M. Bergeron ajoute :

« La multiplicité comme la valeur des travaux de M. Roger, son enseignement et l'éclat de ses fonctions académiques avaient donné la mesure de sa haute intelligence, de son savoir et de son esprit, en même temps que sa paternelle sollicitude pour ses petits malades de l'hôpital et de la ville avait donné d'innombrables preuves de sa chaleur de cœur; mais ce serait méconnaître l'un des côtés les plus séduisants de cette nature d'élite que de ne pas rappeler la bonne grâce parfaite de son accueil pour tous, collègues, confrères ou élèves qu'il aimait à réunir autour de lui et auxquels, aidé de son aimable compagne, il faisait avec tant d'esprit, de gaîté et de grâce, les honneurs de son salon ou de sa jolie villa du parc des Princes.

Enfin, ce serait oublier tout ce qu'il y avait en lui de sentiments généreux que de ne pas signaler la part énorme qu'il a prise au succès de l'œuvre philanthropique qui était devenue, dans ses dernières années, sa passion dominante.

Le XIXe siècle a, suivant moi, plus d'une erreur à se faire pardonner, mais j'estime qu'il les a en partie rachetées par deux grands faits qui resteront son éternel honneur; d'une part, le prodigieux progrès des sciences et leurs merveilleuses applications qui ont permis à l'homme de tout changer, de tout améliorer autour de lui, sans que, d'ailleurs, il ait beaucoup changé lui-même; et, d'autre part, un développement sérieux du sentiment de la solidarité humaine qui se traduit, de nos jours, non plus comme au XVIIIe siècle par une sensiblerie larmoyante et stérile, mais par une compassion sincère pour le malheur du prochain, et par des efforts énergiques pour le soulager, surtout sous la forme de la mutualité, si rassurante pour la dignité de celui qui est secouru.

Entre les nombreuses manifestations de ce sentiment que le siècle a vues naître, l'une des plus intéressantes fut celle qui a pour objet de venir en aide aux déshérités de notre profession. »

Partant de là, M. Bergeron insiste sur la part si généreuse, si grande qui revient à Roger dans l'organisation et les progrès toujours croissants de l'Association des médecins de France, et il termine ainsi :

« M. Roger avait exprimé la volonté formelle qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe; l'Académie a respecté sa volonté, mais elle ne pouvait renoncer à son droit, non plus qu'à son devoir, de consigner dans ses annales l'expression de ses regrets et de les justifier en rappelant, dans une de nos séances solennelles, ce que fut M. Roger, ce type accompli du vrai médecin, digne de l'estime, du respect, de l'affection et de la reconnaissance de tous par son savoir, son impeccable honorabilité, son désintéresse-

ment et sa compassion profonde pour la souffrance et la misère. Pour retracer avec fidélité un pareil portrait, il aurait fallu, je le sens, une tout autre plume que la mienne, et si je n'ai pas reculé devant cette honorable tâche, que mon insuffisance seule devait rendre difficile, c'est que je me suis senti soutenu par le souvenir de la constante bienveillance dont M. Roger m'avait donné tant de témoignages et par le désir d'offrir ainsi à sa mémoire le respectueux hommage de ma reconnaissance.

Hommage tardif d'un vieillard auquel les années n'ont rien enlevé de la faculté de sentir profondément les preuves d'affection dont il est l'objet, mais sans lui rien laisser de la faculté d'exprimer, comme il le voudrait, les sentiments de gratitude dont son cœur est pénétré. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(13 DÉCEMBRE 1899)

La discussion sur le **traitement de la coxalgie** a recommencé entre MM. Félizet et Kirmisson, à peu près dans les mêmes termes que dans la séance précédente. M. Félizet continuait à soutenir que la résection donne de bons résultats, qu'il est possible de diagnostiquer les lésions existantes, qu'enfin, la coxalgie étant une affection très souvent mortelle, il est hors de doute que la résection est le moyen le plus sûr et le plus rationnel de sauver les petits malades qui en sont atteints. M. Kirmisson maintenait, au contraire, que la résection est une mauvaise opération, donnant des résultats éloignés très défectueux ; qu'il est impossible, comme le prétend M. Félizet, de reconnaître exactement l'étendue des lésions, qu'enfin les injections d'éther iodoformé donnent de très bons résultats, et que le traitement conservateur doit être préféré à l'intervention chirurgicale.

M. Félizet ayant présenté, à l'appui de son opinion, une série de petits réséqués de la hanche, qui marchent assez bien avec leur appareil, M. Kirmisson lui demande de présenter de nouveau ces enfants dans six ou sept ans, et on comparera alors, dit-il, les résultats définitifs de la résection avec ceux de la conservation.

M. Ménard (de Berck) est intervenu dans la discussion pour déclarer que la résection de la hanche, dans le traitement de la coxalgie, a été déconsidérée par suite de l'abus qu'en ont fait certains chirurgiens étrangers. Il croit qu'elle reprendra sa place. Mais malgré sa grande expérience de la coxalgie, M. Ménard s'avoue incapable de poser encore nettement les indications et les contre-indications de cette opération. Comme tout le monde, il soigne la coxalgie au début, soit par le repos dans le décubitus, soit par un appareil plâtré permettant aux enfants de marcher ; selon lui, la douleur n'est pas une raison suffisante pour intervenir. Tant que la coxalgie reste sèche, il s'abstient. C'est seulement quand apparaît l'abcès, que la question se pose pour M. Ménard de savoir s'il faut pratiquer les injections modificatrices ou la résection. Jusqu'ici, il traite les abcès par les injections de thymol camphré. Cette méthode lui donne 75 p. 100 de succès. Si les accidents suppuratifs ou fistuleux résistent aux injections, alors M. Ménard a recours à ce qu'il a appelé le curetage intégral de l'articulation. Il a plusieurs fois fait connaître la technique de sa méthode.

C'est au milieu du bruit continu des conversations particulières que nous avons mal entendu un rapport de M. Berger sur un cas curieux et rare de **pneumatocèle du crâne**, présenté par M. Malapert (de Poitiers), ainsi qu'une communication de M. Tuffier sur une **étude clinique et radiographique des fractures en général.**

Quant aux présentations et aux observations faites par MM. Quénu, Reynier, Schwartz, Poirier et Guinard, relativement à la **gastrostomie chez l'enfant**, le bruit des conversations étant devenu à ce moment tout à fait dominant, c'est à peine si nous avons pu reconnaître de quoi il était question.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — L'enquête judiciaire reste stationnaire. Cela est profondément affligeant. Ici plus que jamais une solution prompte était à désirer. Il ne s'agit plus seulement de prendre des coupables qu'aucune considération ne doit faire ménager, il faut aussi proclamer hautement l'innocence des candidats que l'inimitié ou simplement la légèreté ont désignés, à tort, depuis quelques jours, comme les cambrioleurs de Beaujon.

Il y a là un devoir de réparation qui s'impose.

Concours de la médaille d'or (médecine). — Ce concours vient de se terminer de la façon suivante :

Médaille d'or : M. Castaigne. — *Médaille d'argent :* M. Bernard. — *Médaille de bronze :* M. Griffon.

Écoles de province. — *Marseille.* — M. le docteur Julia de Roig est nommé chef de clinique médicale.

M. le docteur Soulié est nommé chef des travaux anatomiques.

Marine. — Par décision présidentielle du 12 décembre 1899, la démission de son grade, offerte par M. le médecin de deuxième classe de la marine Roi, a été acceptée.

Par décret du même jour, M. Roi a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 49e semaine 887 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (913) et à la moyenne ordinaire des semaines de décembre (922).

La fièvre typhoïde n'a causé que 9 décès (au lieu de 12 pendant les deux semaines précédentes et de chiffres plus élevés pendant les semaines antérieures). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins continue à décroître (48 cas nouveaux au lieu de 52 la semaine précédente.

Les autres maladies épidémiques continuent à être rares.

La rougeole n'a causé qu'un décès (au lieu de la moyenne, 6). La scarlatine, 4 ; la coqueluche, 4 ; la diphtérie, 7, présentent des chiffres voisins de la moyenne.

Universités étrangères. — *Université Laval à Montréal (Canada).* — On annonce la fondation prochaine d'une chaire de théologie médicale.

La peste. — Les journaux apportés par le *Djemnah*, courrier d'Extrême-Orient, annoncent que la peste sévit toujours à l'île Maurice (169 cas du 14 au 27 octobre). Quelques cas bénins ont été constatés à La Réunion.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Masson, décédé à l'âge de vingt-sept ans à Charmes (Vosges), où il avait succédé à son père.

Hôpital Saint-Antoine. — *Service spécial des maladies de l'oreille, du nez et du larynx.* — M. le docteur M. Lermoyez reprendra ses conférences cliniques le samedi 6 janvier, à neuf heures et demie. — Emploi du temps : le lundi, petite chirurgie spéciale ; le mardi, conférence de technique et de séméiologie, présentation de malades ; le vendredi, opérations (cure radicale de l'otorrhée et des sinusites de la face) ; le samedi, conférence de thérapeutique.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 144. — MARDI 19 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 19 DÉCEMBRE 1899. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE......... 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

Paris, le 18 décembre 1899.

La campagne continue contre le concours de l'internat. Du cambriolage, jusqu'alors impuni, on ne parle plus ; si ce n'est pour l'excuser et le considérer comme un accident libérateur. Lisez plutôt cet extrait d'un journal du matin, qui, après avoir déclaré que tout est faux dans ce concours, continue ainsi :

« La fraude est donc patente. Des professeurs la qualifient avec cette douce philosophie des savants : « d'usage établi. » Assez de cet usage ! C'est par des tolérances semblables, qu'une fois engagé sur le chemin des tricheries, on arrive, peu à peu, à pallier les fautes, à expliquer, à *tolérer* (1) presque des cambriolages comme ceux dont l'hôpital Beaujon a été le théâtre ces jours-ci. Le Quartier Latin, les étudiants réclament autre chose, et avec eux des familles, des familles qui s'imposent de lourds sacrifices pour pousser leurs fils à l'internat de médecine. »

Nous ne nous attarderions pas à relever ces élucubrations d'un journal politique si elles n'étaient l'indice de ce « mot d'ordre » que nous signalions dans notre dernier article. Et le journal termine en citant une protestation de « tous les étudiants », non contre le cambriolage, mais contre « les grosses fautes qui ont été commises au concours de l'Internat ».

Qui veut-on tromper, par cette odieuse campagne? Pourquoi ce monceau de calomnies accumulées sur ce concours, à l'occasion et comme complément d'un cambriolage? Par quel mécanisme mystérieux le vitriol a-t-il réveillé des scrupules jusque alors endormis ? Le concours s'est déroulé normalement, régulièrement, pendant près de deux mois et voici que, tout à coup, on s'indigne, on pétitionne, et que toutes ces protestations amènent à conclure « que les fraudes font tolérer l'acte des cambrioleurs ».

Un journal du soir, qui se défend de vouloir mêler les deux questions et qui espère que l'acte de Beaujon sera sévèrement puni, n'en saisit pas moins ce prétexte pour démolir le concours de l'Internat et déconsidérer une institution qui a jeté tant de lustre et d'éclat sur le corps médical de la France entière. Point n'est besoin de faire l'éloge de l'internat de Paris d'où tant d'illustrations sont sorties. Mais c'est un devoir pour nous de signaler ces menées hypocrites qui tendent à jeter sur lui le discrédit en le proclamant vicié, dès son origine, par un mode de recrutement où les fraudes sont devenues un « usage » et presque la règle.

Ce journal met malheureusement en cause le doyen même de notre Faculté qu'il fait parler, probablement sans son assentiment. Notre doyen doit être, en effet, bien étonné, lui qui n'a pas été juge du concours de l'Internat depuis des années déjà bien nombreuses, de se voir prêter des opinions, qu'il ne peut certainement avoir. Sa pensée a dû être dénaturée, comme toujours, en passant par la presse politique. Mais l'émotion ressentie dans le corps de l'internat a été considérable. Voici les phrases textuelles de cet article :

« Les aveux de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine sont véritablement stupéfiants... Il y a longtemps, confesse M. Brouardel, que ces « irrégularités » se produisent. Elles ont pris des « proportions inquiétantes » dans ces dernières années. »

Quelques lignes plus loin :

« Mais ce qui est scandaleux, et ce qui est, semble-t-il, particulier aux examens de médecine, c'est la fréquence ou, pour mieux dire, la *permanence de la fraude*... Quant au concours de l'internat, on sait ce qu'en pense M. Brouardel. Franchement, il est temps de réformer des « usages » que leur antiquité ne saurait rendre respectables, et de veiller à ce que des épreuves, dont l'enjeu est trop considérable pour ne pas *tenter* certaines consciences, ne soient plus l'occasion de pareils scandales. »

Remarquez le mot de la fin ; avec moins de cynisme que le premier journal qui comprend qu'à la rigueur on *tolère* presque l'acte des cambrioleurs, l'auteur de ce deuxième article s'explique certaines *tentations*.

(1) Nous avons tenu à conserver la saveur de ce mot, en italique dans le texte même du journal.

Plus ou moins déguisé, c'est bien l'appel à l'excuse, au pardon. On nous invite à passer l'éponge sur ce cambriolage qui a eu le mérite de nous ouvrir les yeux sur des mœurs scandaleuses.

On en arrive à plaindre ces malheureux candidats, écœurés par des abus sans nom, et qui ont dû se faire justice eux-mêmes. On peut ne pas les imiter ; mais, au fond, avec un peu plus de courage et d'énergie que les autres, ils n'ont fait que protester, d'une façon peut-être un peu vive, contre les indignités et les fraudes que tout le monde réprouve tout bas. Telle est la doctrine que l'on veut propager :

L'instruction va se clore et l'affaire être classée. Sur l'attentat anarchiste, un silence complice est en train de se faire. Le cambrioleur se transforme en un héroïque et anonyme justicier ! C'est ce concours frauduleux et malhonnête qui est cause de tout le mal. Qu'on le casse et qu'on le recommence !

C'est le deuxième acte de l'attentat. C'est la suite logique du vitriol !

UN CAS D'ANGINE DE LUDWIG (PHLEGMON SUBLINGUAL)

Par le docteur G. Marchese de Luna.

Le 13 septembre 1894, vers neuf heures du soir, je fus appelé auprès de F. M..., âgé de trente-neuf ans, employé, homme bien constitué, fumeur modéré, et n'ayant jamais commis d'excès.

Depuis deux ou trois jours, il souffrait de la dernière molaire inférieure droite qui était cariée, et il présentait en outre une tuméfaction légère, mais dure et douloureuse, dans la région sous-maxillaire du même côté.

Bientôt était apparue une douleur dans le gosier, de la difficulté dans la déglutition, la langue était devenue embarrassée.

Le malade a une soif exagérée, une haleine fétide, et de la sialorrée.

Ayant fait ces constatations et remettant au lendemain un examen plus soigneux de la cavité buccale, je me bornai à prescrire un gargarisme boriqué.

Le 14 septembre au matin, T. 38 degrés. Les phénomènes précédents persistent ; en outre, le voile du palais est rouge, la luette est augmentée de volume au point de toucher les piliers, la gencive autour de la molaire est tuméfiée.

La peau de la région sous-maxillaire est tendue, mais de coloration normale.

Supposant que tout était dû à la molaire malade, j'en ordonnai l'extraction. Je pratiquai une scarification de la gencive tuméfiée pour diminuer la sensation de tension douloureuse qui l'accompagnait, et je prescrivis un purgatif et un cataplasme chaud sur la région sous-maxillaire.

15 septembre matin, T. 39 degrés. Les phénomènes persistent et augmentent. On observe en outre un fort œdème de la région sublinguale, d'une consistance élastique et non fluctuante, qui soulève la langue et empêche ses mouvements, d'où gène dans la parole et difficulté d'écarter les mâchoires de plus de 2 centimètres.

Non seulement la molaire n'a pu être enlevée, mais encore le malade n'a pu prendre sa purgation.

Le tableau symptomatique était complet, et je fis le diagnostic d'angine de Ludwig, vu la triade caractéristique : marche rapide, refoulement de la langue en haut, et tuméfaction dure, pierreuse, de la région sous-maxillaire, le tout évoluant avec fièvre.

La molaire cariée avait été le point de départ de l'infection qui s'était localisée ensuite dans la glande sublinguale, avait provoqué l'inflammation de la petite loge sublinguale où siège la bourse de Fleischmann ou de Blandin, loge bien décrite par Sébilleau.

Ceci posé, le pronostic ne pouvait être que très réservé et absolument subordonné à la rapidité de l'intervention.

En conséquence, tout en confirmant les précédentes prescriptions, j'ordonnai l'application de sangsues dans la région sous-maxillaire et je disposai tout pour intervenir chirurgicalement le lendemain, si par hasard en revenant le soir je ne constatais une amélioration manifeste. Enfin je me préparai à faire la trachéotomie s'il survenait des phénomènes de suffocation par œdème de la glotte, etc.

Le malade et son entourage manquant de confiance appelèrent à mon insu un autre confrère auquel ils firent part de mon diagnostic.

Ce confrère conclut, au contraire, à une angine catarrhale simple et de mon traitement approuva seulement les gargarismes. Il ajouta des applications glacées sur la région malade, ce qui fut fait aussitôt.

Le soir, T. 39°5. Le malade me dit se sentir mieux et pouvoir avaler facilement ; la glace avait fait un miracle.

Je n'insistai pas, mais je demandai une consultation avec le confrère avec lequel je me trouvais en désaccord.

16 septembre matin, à 10 h. T. 38°8. Phénomènes identiques, plus un commencement de tuméfaction dans la région sous-maxillaire du côté gauche. Le confrère dont on suivait le traitement n'étant pas encore prévenu, j'insistai pour avoir une consultation, ne me dissimulant pas la gravité du cas.

Le soir, T. 38°8. Je me disais, en réclamant mon confrère, qu'il se détromperait, et j'avais fixé la consultation pour le lendemain, ne changeant pas son traitement.

Le 17 septembre matin, T. 38°7. Dans la consultation il est décidé de reprendre le traitement indiqué par moi deux jours auparavant ; on applique donc des sangsues, et dans le cas où aucune amélioration ne se serait produite le lendemain, l'intervention chirurgicale est décidée.

Soir. Violent frisson, T. 40°1, injection hypodermique de quinine.

18 septembre matin, T. 38°4. Le malade se trouve mieux, mais les phénomènes objectifs persistent, et la tumeur sous-maxillaire s'étend même des côtés vers la ligne médiane de manière à former un collier.

Assisté d'un autre confrère, je pratiquai une incision médiane longitudinale de deux centimètres dans la région sus-hyoïdienne, en enfonçant le bistouri de 5 centimètres environ, afin d'ouvrir la collection purulente. Il sortit environ 4 ou 5 centimètres cubes d'un pus ichoreux contenant de petits fragments nécrotiques.

Le petit doigt introduit dans la plaie pouvait passer des deux côtés de cette cavité. Après en avoir fait la toilette, je la bourrai avec de la gaze.

Soir, T. 39°5.

19 septembre, 9 h. 30, T. 39°9. Pansement, il sort quelques gouttes de pus. La tuméfaction sous-maxillaire est diminuée, la déglutition plus facile, la respiration libre, la sialorrée diminue. Il y a moins d'œdème sublingual, mais l'haleine reste fétide et la langue embarrassée comme précédemment.

Je prescris un collutoire au permanganate de potasse à

1,50 p. 1000, le malade tolérant mal l'acide phénique qui avait été substitué à l'acide borique des jours précédents. A onze heures, T. 40°5, injection de quinine. A 8 h. 30 du soir T. 40°6, nouvelle injection de quinine.

20 septembre au matin, à 9 h. 15, T. 38°4. Tous les symptômes s'amendent, cependant le visage prend une teinte jaunâtre, les yeux sont cernés et le nez effilé, les narines sont dilatées. Pansement de la plaie comme la veille ; son état est le même.

A 10 heures, T. 39°6 ; à 4 heures du soir, T. 39°8, délire. Injection de quinine, calotte de glace sur la tête. Je demande une autre consultation, bien que les forces du malade se maintiennent assez bien.

21 septembre, 9 h. 30, T. 39°8. Même état, le pansement donne les mêmes résultats.

A 11 heures, T. 39°6. Le malade tousse, on trouve des signes de pneumonie à gauche.

Une consultation avec deux nouveaux confrères a lieu. Ils confirment le diagnostic d'angine de Ludwig, le pronostic fatal, et ils approuvent le traitement employé.

On prescrit une potion à la digitale, et, comme *ultima ratio*, nous élargissons séance tenante l'incision primitive, et nous faisons une contre-ouverture du côté droit ; un frisson extrêmement violent survient alors ; nouvelle injection de quinine. Mort à sept heures et demie du soir.

Je n'insisterai pas sur la pathogénie de l'angine de Ludwig qui actuellement a été élucidée par un certain nombre d'auteurs et que l'on considère comme un *phlegmon sublingual*.

Il est établi de même que l'intervention chirurgicale précoce et énergique est le seul remède à apporter à cette très grave maladie.

Ludwig fut le premier à décrire 4 cas de cette maladie, 3 furent suivis de mort. Après lui Theurer, Bosch, Hœring et Leube s'en occupent successivement.

Camerer en 1837 fut le premier à l'appeler *angine* ; Ludarici, Dumenteil, Grandpré-Houillon (1875), Corlieu (1880), Tordens (1885), Chabrol-Delobel (1887), Schiffer (1891), Schwartz (1892) et beaucoup d'autres discutèrent sur l'unité de la forme morbide. Thaden (1872) l'appela *bubon sublingual*. Tissier et Chabrol la désignèrent sous le nom d'*angine sous-maxillaire infectieuse*, Chantemesse sous le nom d'*érysipèle du pharynx*.

En 1892, à la Société de chirurgie de Paris, MM. Nélaton, Quénu, Gérard Marchant, Reclus, Reynier niaient que l'angine de Ludwig fût une affection spéciale.

MM. Delorme et Matignon insistaient au contraire pour donner à cette affection une place à part dans les inflammations du cou.

M. de Bovis, lui donnant le nom de *phlegmon sublingual*, admet les subdivisions suivantes :

1° Antérieur { sous-muqueux. ; profond { septique ou gangréneux. ; simple. }}

2° Postérieur (dans l'espace glosso-thyro-épiglottique), assez rare.

Comme on le voit, les auteurs n'ont pu s'accorder sur le nom à donner à la maladie. Bien que Leube ait proposé le terme « Cyanche sublingualis rhumatico-typhoïdes », c'est cependant le terme de *phlegmon sublingual* qui est le plus généralement adopté.

D'après Montrac, on peut trouver dans l'angine de Ludwig le staphylocoque doré ; MM. Chantemesse et Widal ont vu le streptocoque pur et M. Macaigne une association de microbes et un bacille mal défini. En somme, un microbe quelconque, capable de donner naissance à un processus inflammatoire et suppuratif, en se localisant dans la loge sublinguale, peut reproduire le cadre symptomatique de l'affection en question.

Quant au traitement, il faut retenir que le traitement chirurgical et énergique au début des accidents morbides, peut seul être de quelque utilité dans cette grave infection. D'où l'extrême importance d'un diagnostic précoce.

Mon intention n'est pas de commenter longuement le cas que je viens de relater, mais je crois utile de remarquer que, si l'intervention chirurgicale m'avait été accordée aussitôt que j'ai eu les éléments nécessaires pour poser le diagnostic, l'infection générale qui a emporté le malade n'aurait pas eu le temps de se développer.

La pneumonie, apparue à la dernière heure, est une preuve de la présence d'une infection générale.

Malgré l'issue malheureuse du cas que j'ai observé, à cause de la rareté relative de l'angine de Ludwig, il m'a paru digne d'être relaté (1).

Messine, novembre 1899.

RUPTURE TYMPANIQUE

CONSÉCUTIVE A UN SOUFFLET SUR L'OREILLE

Par M. le docteur Paul VIOLLET.

Le cas d'ecchymose traumatique du tympan consécutive à un baiser sur l'oreille dont l'observation, due au docteur Thollon, a été publiée récemment dans ce journal (2), mérite d'être rapprochée de celle d'une jeune femme, Delphine F..., âgée de vingt-huit ans, qui se présentait à la consultation du docteur Châtellier, à l'hôpital Saint-Joseph, au mois de novembre 1898.

Cette femme, dont le mari semble avoir dépassé le droit qu'avaient les anciens Normands de battre modérément leur femme, si j'en crois M. Jules Lair (3), avouait avec quelque embarras avoir reçu quatre jours auparavant un soufflet tel sur le pavillon de l'oreille qu'elle avait immédiatement ressenti une douleur vive dans la profondeur de celle-ci, accompagnée d'étourdissements et de bourdonnements qui, depuis, n'avaient pas cessé et ne lui laissaient pas de repos la nuit.

A l'examen on constatait une petite déchirure du tympan, située dans le quadrant antéro-inférieur de cette membrane ; le bord seul de la plaie était recouvert d'exsudat ; il n'y avait pas d'écoulement.

La cicatrisation se fit en quelques jours, aidée par des insufflations de poudre d'acide borique.

La rupture tympanique, en pareil cas, résulte de la compression brusque et violente de l'air dans le conduit auditif externe ; le tympan cède au point le moins soutenu, qui paraît être le quadrant antéro-inférieur ; car l'ecchymose dans le cas de Thollon siégeait au même niveau et, bien qu'elle fût vraisemblablement le résultat, non plus d'une compression, mais d'une raréfaction de l'air dans le conduit, le mécanisme est le même, le tympan étant mobile dans les deux sens.

(1) *Gazzetta degli Osped. e delle Clin.*, 10 déc. 1899.

(2) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 133, p. 1256.

(3) Jules LAIR. Notice sur divers projets de lecture d'un antiquaire anonyme; extrait du *Bull. de la Soc. des Antiquaires de Normandie*, t. XV.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(15 décembre 1899)

La séance dernière a été presque toute consacrée aux mutations des chefs de service dans les hôpitaux. (Voir aux Nouvelles.)

M. Louis Guinon rapporte trois nouveaux cas de contagion hospitalière de la fièvre typhoïde, chez les enfants.

M. A. Petit présente des pièces anatomiques qui démontrent qu'une endocardite végétante peut exister au niveau de l'orifice mitral sans que cliniquement il existe un seul signe capable de déceler cette insuffisance.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

L'ictère catarrhal.

Par M. C. Bacaloglu, interne des hôpitaux de Paris.

L'ictère catarrhal survient généralement après une courte période de troubles gastro-intestinaux. Il succède souvent à des excès de table (ictère a crapula); mais il ne faut pas oublier qu'il peut s'accompagner de fièvre et constituer une des formes les plus atténuées des hépatites infectieuses. Depuis l'ictère catarrhal, jusqu'à l'ictère grave, il y a tous les degrés, il existe une véritable échelle de gravité. Quelquefois l'ictère catarrhal présente des rechutes; d'autres fois il est prolongé, et au lieu de s'effacer au bout de quinze à vingt jours il persiste pendant quelques mois (Dieulafoy). Enfin, dans certains cas il peut aboutir au syndrome de l'ictère grave (Girode). L'importance d'un traitement rationnel et suffisamment prolongé, découle naturellement de ces données cliniques.

Il ne suffit pas de constater la disparition du léger mouvement fébrile qui accompagnait l'ictère, l'effacement de la teinte ictérique, et la réapparition des selles colorées, pour pouvoir affirmer que le malade est guéri : on sait, en effet, qu'une légère incartade alimentaire est suffisante pour ramener tous les accidents du début. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la convalescence franche est annoncée par une crise polyurique; en même temps le taux de l'urée qui était au-dessous de la normale remonte. Quant à la glycosurie alimentaire (après l'épreuve du sucre 150 grammes de glucose, à jeun), elle persiste tant que le foie ne récupère pas ses fonctions normales. Ainsi donc la guérison de l'ictère catarrhal est confirmée par : l'élévation de la quantité des urines, l'hyperazoturie, la disparition de la glycosurie alimentaire, et de l'albuminurie.

Ces notions cliniques sont indispensables pour bien suivre, et suffisamment longtemps, un malade atteint d'ictère catarrhal.

Le régime, surtout dans les premières phases de la maladie, doit être le régime lacté absolu. Le lait peut être pris cru si on est sûr de la vache qui le produit, ou mieux bouilli. Le patient doit prendre deux litres à trois litres même de lait par jour. Toutes les deux heures, il boira un bon verre de lait, par petites gorgées, lentement. Il ne faut pas qu'il l'avale d'un seul trait, comme un mauvais médicament : il faut qu'il y mette le temps. Ainsi, le lait sera parfaitement supporté. Dans le cas contraire, on pourrait le couper avec une eau alcaline légère (Vals ou Vichy).

Une autre indication est de débarrasser l'intestin et combattre les fermentations (les selles sont souvent fétides). Le premier jour on prescrit donc un purgatif; le calomel, appelé par Hanot la digitale du foie, est tout indiqué. On le donnera à la dose 30 centigrammes. Certains auteurs en continuent l'emploi pendant quelques jours, et prescrivent des doses variables, depuis 5 centigrammes jusqu'à 20 tous les matins, pendant trois ou quatre jours. Nous croyons qu'on a beaucoup exagéré le rôle bienfaisant du calomel, dans les affections hépatiques, et qu'il est plus utile de le remplacer, une fois l'effet purgatif produit, par les différents antiseptiques intestinaux; par exemple, le naphtol associé au salicylate de bismuth.

Salicylate de bismuth.... } āā 0gr50 centigr.
Naphtol β .... }

Pour un cachet n° 20, deux par jour.

Ou de salol :

Salicylate de bismuth.... } āā 0gr50 centigr.
Salol.................... }

Deux cachets par jour.

Le benzo-naphtol est également un bon médicament à la dose de 1gr50 à 2gr50 par jour, en cachets de 50 centigrammes.

Parmi les meilleurs purgatifs, et qui en même temps sont légèrement cholagoges, on peut employer, si l'indication se présente, la rhubarbe et le podophyllin :

Benzoate de soude........ } āā 5 grammes.
Rhubarbe................. }

Pour vingt cachets, trois par jour (Lemoine).

Podophyllin	0gr15	centigrammes.
Evonymin............	0gr50	—
Extrait de jusquiame..	0gr50	—
Savon médicinal......	0gr50	—

Pour dix pilules, deux à trois par vingt-quatre heures (Liégeois).

En résumé, après avoir le premier jour donné un léger purgatif, on prescrit le régime lacté absolu. On complète le traitement avec les lavements d'eau froide suivant la méthode de Krull, et il n'est pas rare de constater une grande amélioration au bout de quelques jours.

Les grands lavements froids agissent probablement en provoquant des contractions péristalliques de l'intestin, et surtout parce qu'ils donnent naissance à un réflexe qui active la sécrétion et l'excrétion biliaire, ils amènent donc une véritable chasse biliaire, et ils augmentent encore la polyurie.

On prescrit donc, tous les matins, un grand lavement d'eau à la température de 15 degrés (1 litre à 3 litres d'eau). On recommande au malade de le garder le plus longtemps possible, dix minutes à un quart d'heure. Dans certains cas, on peut aller jusqu'à deux lavements par jour, l'un le matin, l'autre le soir.

De même que dans la balnéation, au cours des pyrexies, certains auteurs ont remplacé l'eau froide par l'eau chaude, c'est ainsi que Mosler préconise les grands lavements d'eau chaude.

Parmi les symptômes concomitants de l'ictère prolongé, il y en a un très pénible pour les malades, c'est le prurit. Quand il devient insupportable, il faut conseiller des bains de son, après lesquels on emploie des frictions calmantes :

Feuilles de coca...........	15	grammes.
Eau bouillante	1000	—

Ou bien, faites infuser :

Chloral....................	20	grammes.
Liqueur de Van Swieten....	50	—
Eau distillée.............	250	—

On peut employer encore la formule suivante :

Ichtyol		10 grammes.
Alcool	} *ââ*	40 —
Ether sulfurique		

F. S. A. Usage externe. Frictionner la peau avec cette solution (Boulland).

Une fois la convalescence bien établie, on permet au malade des légumes, des œufs, des viandes blanches, et en dernier lieu des viandes rouges.

Pendant longtemps, il doit éviter l'alcool et le vin, qu'il doit boire coupé d'eau. L'ictère catarrhal est une affection bénigne en apparence, mais il constitue un premier degré de l'insuffisance hépatique, après lequel l'organe hépatique devient un lieu de moindre résistance pour les affections ultérieures. On n'insistera donc jamais assez pour recommander la sobriété.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génitaux de la femme (1), par HOFMEIER; traduction du docteur LAUWERS.

Le livre du professeur Hofmeier (de Wurzbourg) est la douzième édition allemande du traité de Schrœder. La traduction due au docteur Lauwers (de Courtrai) est la troisième édition francaise de cet ouvrage.

C'est un traité complet dont le plan est simple. Après quelques pages d'exposé général de l'exploration gynécologique, Schrœder étudie successivement les maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus, des trompes, des ovaires et du péritoine pelvien.

L'avantage de ce livre est de faire connaître au public médical français les procédés des gynécologues d'outre-Rhin, mais nos confrères y chercheraient vainement le nom de chirurgiens français. C'est l'exposé pur et simple de la méthode allemande. Lorsque Schrœder écrivit la première édition de son livre, ce silence pouvait à la rigueur s'expliquer, la gynécologie était chez nous réduite à presque rien et essentiellement confinée dans les services de médecine.

Mais depuis, on ne saurait nous accuser d'être restés inactifs, puisque certains nous accusent du défaut contraire.

La douzième édition allemande et la troisième traduction française restent bien allemandes, et essentiellement allemandes, négligeant tout ou presque tout ce qui a été fait en France.

C'est néanmoins un livre de valeur, très personnel, ce qui est une qualité; mais moins bon pour l'enseignement de la gynécologie que nos traités similaires français plus complets, très documentés sur ce qui se fait, non seulement en France, mais à l'étranger, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. Il trouve donc sa place dans la bibliothèque de gynécologues déjà instruits, qui sont curieux de connaître les doctrines et la façon de faire d'un des grands maîtres de la chirurgie allemande, mais ne saurait tenir lieu, chez nous, d'un livre usuel de gynécologie.

Tableaux synoptiques d'Anatomie descriptive à l'usage des étudiants et des praticiens (2), par le docteur BOUTIGNY, ancien interne des hôpitaux. — Tome 1 : *Os. Articulations. Muscles et aponévroses. Cœur, artères, veines. Vaisseaux et ganglions lymphatiques.*

L'étude de l'Anatomie est la base même de la médecine, ce qui légitime le travail de deux années consacrées à cette branche au début des études médicales. Son enseignement est avant tout un enseignement *pratique*, mais ce qui fait que les étudiants manquent en général leurs préparations, c'est qu'ils vont au hasard du scalpel, sans connaître la région qu'ils étudient ni les organes qu'ils rencontrent.

Il est donc de toute nécessité, s'ils veulent profiter, d'apprendre, chez eux, avant chaque séance, la partie du corps qu'ils dissèquent; malheureusement, les livres classiques sont pour les débutants beaucoup trop complets; ils peuvent même rebuter certaines intelligences avides de s'instruire.

Or, il est une branche des sciences médicales susceptible de se plier aux exigences de *Tableaux synoptiques*, c'est assurément l'étude de l'Anatomie, une des sciences biologiques qui, par sa constance et son uniformité, se rapproche le plus des sciences abstraites, facilement schématisables. Il est donc permis de compter sur ce caractère de simplicité relative pour en donner une idée d'ensemble.

Ces tableaux n'ont pas d'autre but que d'aider le travail des élèves, en leur rappelant, à propos de chaque organe, son origine, sa direction, sa terminaison, ses connexions, etc. Ils serviront surtout aux candidats à l'externat des hôpitaux qui trouveront, dans ce volume, la plupart des questions qui leur sont demandées.

La peste : *Épidémiologie*, *Bactériologie*, *Prophylaxie* (1) par le docteur H. BOURGES, chef du laboratoire d'hygiène, à la Faculté de médecine de Paris, auditeur au comité consultatif d'hygiène publique de France. N° 20 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (docteur CRITZMANN, directeur).

L'extension rapide qu'a prise la peste depuis quelques années, la façon dont elle a pénétré jusqu'aux points les plus éloignés du globe, atteignant l'Europe elle-même, font de l'étude de cette maladie une question toute d'actualité. M. Bourges s'est appliqué à mettre en relief les points les plus intéressants et les plus nouveaux de l'histoire de la peste. On trouvera dans son travail le détail des *épidémies* contemporaines, particulièrement des récentes épidémies chinoises et indiennes; une analyse minutieuse de nos connaissances sur *le bacille de la peste*; enfin une étude des *moyens prophylactiques* propres à prévenir les incursions du fléau et à l'éteindre sur place. Plusieurs pages de ce dernier chapitre sont consacrées à la *sérothérapie* de Yersin et à la *vaccination* de Haffkine, considérées au point de vue de leur action préventive contre la peste.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 25 AU 30 DÉCEMBRE 1899)

Examens de doctorat.

MARDI 26 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Charrin et Desgrez.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Hanriot, Retterer et Langlois; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Brun, Poirier et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ballet et Ménétrier; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Dupré; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 27 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Jalaguier, Lejars et Sébileau

2e (oral, 1re partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Launois.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Landouzy, Gilles de la Tourette et Wurtz. — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Poirier et Legueu; — (2e série) : MM. Tuffier, Delbet et Walther; — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud et Méry; — M. Widal, suppléant.

---

(1) 3e édit. franç. In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

(2) 1 vol. gr. in-8° de 200 p. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Gr. in-8°, avec fig. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Dès le lendemain du cambriolage de Beaujon, comme il fallait s'y attendre, des noms ont été prononcés avec une légèreté coupable. Certains candidats s'en sont émus avec raison et ont adressé à M. de Valles, juge d'instruction, la lettre suivante :

« Monsieur le juge,

Une note, parue il y a quelques jours dans un journal du matin, a fait prononcer certains noms, parmi lesquels les nôtres, à l'occasion de l'affaire de l'hôpital Beaujon.

Nous avons négligé jusqu'à ce jour ces insinuations, que nous voulons croire plus légères que perfides, mais, devant les difficultés de l'instruction, nous venons vous prier de bien vouloir nous convoquer d'urgence pour nous permettre de nous expliquer devant vous.

Veuillez agréer, etc.

Jacques Vaillant, Léon Goujon,
Paul Tillaye. »

M. de Valles, entre autres déclarations, a entendu hier celles des signataires de cette lettre.

D'autre part, on annonce que M. le docteur Alcide Treille, sénateur, se propose d'interpeller M. le président du Conseil sur les incidents du concours de l'Internat.

Dès maintenant, nous pouvons affirmer que les allégations contenues dans une lettre rendue publique ont été reconnues fausses. Il est absolument inexact qu'il y ait eu deux manuscrits d'un même candidat et d'écriture différente. Ni le jury, ni l'administration, ni le juge d'instruction n'ont remarqué un fait pareil, inventé peut-être pour le besoin de la cause. L'histoire de copies, faites chez le marchand de vins et apportées après coup, tient du roman. Ce racontar a trouvé un écho intéressé, mais il ne repose jusqu'ici sur aucun fondement.

Il est bien difficile d'admettre qu'un candidat fût capable de lire une copie, écrite à la diable, par un complice et en un temps des plus restreints. Toute cette série d'allégations fait partie d'un même système, complète l'œuvre du cambrioleur et va au même but : recommencer le concours pour le plus grand bien de ceux qui ont été jusqu'ici évincés, et au détriment de ceux qui ont vaillamment et légitimement conquis les notes dont on prétend les dépouiller.

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la mise à la retraite de MM. Proust et d'Heilly, du décès de M. Gingeot, de la suppression de l'hôpital Trousseau, de la création des nouveaux hôpitaux d'enfants Etex et Michel-Bizot, et de la transformation de l'hôpital Hérold en hôpital d'enfants, le mouvement est ainsi arrêté :

M. Muselier passe de Lariboisière à l'Hôtel-Dieu ; M. Brissaud de Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu ; M. Variot, de Trousseau aux Enfants-Malades ; M. Brault, de Tenon à Lariboisière ; M. Richardière, de Trousseau à Michel-Bizot; M. Thoinot, de Debrousse à Saint-Antoine ; M. Sevestre, des Enfants-malades à Etex ; M. Josias, de Trousseau à Etex ; M. Netter, de Trousseau à Michel-Bizot; M. Marfan, des Petits-Ménages à Hérold ; M. Guinon va à Trousseau ; M. Wurtz passe à Debrousse ; M. Launois à Tenon.

Sur la réclamation de M. Picqué, absent à la séance des chirurgiens des hôpitaux, dans laquelle avaient été décidées les mutations que nous avons annoncées, trois des changements arrêtés ont été modifiés de la façon suivante :

M. Picqué passe de la Pitié à Bichat ; M. Chaput passe de Tenon à la Pitié ; M. Michaux reste à Broussais. Les autres mutations se feront dans l'ordre déjà publié.

Concours de la médaille d'or (chirurgie). — Ce concours vient de se terminer de la façon suivante :

Médaille d'or : M. Veau.— *Médaille d'argent* : M. Fernand Monod; *accessit de la médaille* : M. Roger.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — M. le docteur Commandeur est nommé accoucheur des hôpitaux.

Écoles de médecine. — *Poitiers.* — M. le docteur Larre, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Grenoble. — M. le docteur Cibert est nommé chef des travaux anatomiques.

La radiographie à la Salpêtrière. — En 1896, sur une proposition de MM. Berthelot et Ambroise Rendu, le Conseil municipal décidait la création à la Salpêtrière d'un service de radiographie médicale. Un crédit de 6000 francs était voté à cet effet. Les services rendus par ce nouvel organe se chiffrent par centaines. Il est un objet d'études et de curiosité pour les savants étrangers. Aussi M. Rendu, désirant voir ce service fonctionner plus largement encore, demande-t-il à ses collègues de porter à 12000 francs le crédit destiné à son entretien.

Épidémies. — Une épidémie de grippe a éclaté dans les forts du Goulet de Brest.

Au fort de Toulbroch, une vingtaine de soldats de l'infanterie de marine et de l'artillerie sont alités.

Des mesures ont été prises pour enrayer la marche de l'épidémie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Galopin (de Paris); Rafaillac (de Margaux); Saint-Lô (de la Haye-du-Puits).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 décembre 1899, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du *8 janvier 1900*, et non jusqu'à celle du 5 janvier, comme l'annonçait un précédent avis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les médicaments chez les enfants, par le docteur J. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 18 francs. — Paris, Rueff.

De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, par Alfred Filassier. 1 vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Jules Rousset.

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital général de Montpellier, par le docteur J. Vires, agrégé, médecin de l'hôpital général, chargé du cours de clinique des maladies des vieillards. 1 vol. in-8° avec 6 pl. hors texte. — Prix : 7 francs. — Montpellier, Coulet; Paris, Masson et Cie.

Les armes blanches, leur action et leurs effets vulnérants, par les docteurs H. Nimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin aide-major de première classe. 1 vol. in-12 avec gravures. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Dictionnaire des termes techniques de médecine, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, des symptômes cliniques, des lésions anatomiques, les termes de laboratoire, etc., par les docteurs M. Garnier et V. Delamare, anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. — Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.

L'instinct sexuel, évolution et dissolution, par le docteur Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-12 cart. à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE V. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE........	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre collaborateur et ami, M. le docteur Albert René, professeur agrégé des Facultés de médecine à Nancy, vient d'être cruellement frappé par la mort de son fils unique, décédé à l'âge de dix ans.

Nous lui adressons l'assurance de notre bien vive et bien affectueuse sympathie.

L'incident du concours de l'Internat. — En raison de la prolongation de l'instruction judiciaire sur l'affaire du concours de l'internat, le président du conseil est disposé à trancher à bref délai la question du concours. L'instruction, jusqu'ici, n'a fourni aucun indice ; elle sera poussée aussi longtemps qu'il le faudra pour tâcher d'aboutir. Mais il y a, d'autre part, la nécessité de ne pas retarder le roulement annuel des internes entre les hôpitaux qui serait forcément suspendu si de nouveaux internes n'étaient pas institués.

En conséquence, M. Waldeck-Rousseau va ordonner, comme chef de l'Assistance publique, un concours partiel s'appliquant aux candidats dont les copies ont été détruites avant d'avoir pu être soumises au jury. Un certain nombre de places d'internes seront attribuées aux candidats dont les copies ont été lues et les places restantes seront attribuées aux candidats appelés à recommencer le concours.

Hôpitaux de province. — *Poitiers.* — Ont été nommés internes : MM. Barberousse, Bavarit, Barraud et Caillaud; externes : MM. Jabouille, Thébé, Paître, Roux, Seigneurin, Crochet, Pierrot, Clémenceau, Petit, Lachaize et Houllier.

Écoles de médecine. — *Lyon.* — M. le docteur Bard, professeur d'hygiène à la Faculté mixte de médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à cette Faculté.

Marine. — M. Duclat, médecin de première classe détaché à Rochefort, est désigné pour remplacer, sur le *Dupuy-de-Lôme* (escadre du Nord), M. le docteur Bourdon, du cadre de Toulon.

Par décision ministérielle, en date du 14 décembre 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, les élèves de l'École du service de santé de la marine : MM. Ribot et Ledoux, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux.

La radiographie à l'hôpital Saint-Louis. — On vient d'inaugurer, à l'hôpital Saint-Louis, un pavillon dans lequel a été installé un service complet de radiographie et d'électrothérapie, placé sous la direction du docteur Gastou. On doit cette fondation au père et à la veuve de M. Alexandre Brault, ancien externe à l'hôpital Saint-Louis, mort l'an dernier, et qui avait projeté de créer cette annexe très utile lorsque la mort le surprit.

Pansements sales.— M. le docteur Caillard (de Sainte-Marie-de-Ré) communique au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* le fait suivant :

Dans un des numéros de votre journal, 1899, je lisais, comme exemple de pansements bizarres, le pansement au crottin de cheval. C'est déjà pas mal, mais j'ai mieux. Un de mes clients, atteint d'un ulcère de jambe, s'est pansé tous les jours... avec ses propres matières fécales, qu'il écrasait sur une compresse. Malgré les quolibets de ses voisins, il a continué sa thérapeutique aussi dégoûtante qu'inédite, et il a guéri. Je ne crois pas le fait banal, et je vous le signale en vous garantissant *son authenticité.*

L'hygiène des chemins de fer. — Nous apprenons que M. A. Sartiaux, ingénieur en chef de la Compagnie des Chemins de fer du Nord, s'est toujours montré nettement opposé à l'admission des wagons-bars dans les trains circulant sur le réseau du Nord.

Les voitures-bars, qui sont actuellement remorquées par les trains de la Compagnie de l'Ouest assurant un service circulaire entre Paris Saint-Lazare et Paris Nord, sont même détachées de ces trains à leur arrivée à la première gare Nord (Sannois) et reprises à cette gare dans le sens du retour.

Paris, le 28 décembre 1899.

Nous sommes heureux de recevoir la lettre suivante de M. le Doyen :

« Monsieur le directeur et cher confrère,

Je lis dans le numéro du 19 octobre de la *Gazette des hôpitaux* des phrases extraites, paraît-il, d'un journal politique que je n'ai pas lu. Je tiens à protester de suite contre les passages que vous citez, dans lesquels sont dénaturées mes opinions et mes affirmations.

J'ai pu dire que, lorsque je concourais il y a, hélas! quarante ans, quelques chefs de conférence, sept ou huit, entraient dans l'amphithéâtre et sortaient dès que la question écrite était tirée de l'urne et lue par le président, qu'il en était encore ainsi quand j'ai été juge en 1872 ; j'ai pu ajouter que c'était une irrégularité, qui d'ailleurs ne présentait aucun inconvénient.

On a affirmé devant moi, mais je ne le sais pas personnellement, n'ayant pas été juge depuis 1872, que le nombre des jeunes gens non concurrents qui pénètrent dans la salle est très nombreux, que leur sortie s'accomplit difficilement et qu'ils rentrent avant que les copies ne soient toutes remises.

Quelques candidats ont pensé qu'il y avait possibilité de communications fâcheuses entre les concurrents et leurs amis. Ils s'en sont plaints. Comme il n'y a aucun intérêt à ce que des personnes étrangères au concours pénètrent dans la salle où se fait la composition écrite, j'ai appuyé la proposition faite au conseil de surveillance de ne laisser entrer à l'avenir que les seuls concurrents.

Cette mesure supprimera une des causes de suspicion invoquées contre un concours qui est certainement le moyen le plus précieux que nous ayons pour maintenir le niveau des études médicales de l'École de Paris.

Agréez mes sentiments dévoués,

P. BROUARDEL.

19 décembre 1899. »

DE L'EMPLOI DE L'OXYGÈNE EN CHIRURGIE

(EAU OXYGÉNÉE ET GAZ OXYGÈNE)

Par M. le professeur THIRIAR, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique.

L'eau oxygénée a déjà été longuement essayée en chirurgie. On connait les travaux de M. Lucas Championnière, et il y a peu de temps encore, nos lecteurs ont pu lire dans ce journal un intéressant travail de M. Platon sur ce sujet (1).

Aussi la récente étude de M. le professeur Thiriar est-elle pleine d'actualité.

Comme elle laisse de côté l'historique de la question et qu'elle est en outre uniquement basée sur des faits personnels, nous croyons utile d'en donner le résumé (2).

L'eau oxygénée que M. Thiriar a employée méthodiquement dans les affections infectieuses chirurgicales est à 12 volumes; elle renferme toujours un peu d'acide chlorhydrique libre. Il l'a employée en lavages, irrigations et surtout en pansements humides. Le gaz oxygène est fourni en bonbonnes, comprimé à 120 atmosphères. Il en a fait usage en insufflations et surtout en injections dans les tissus.

Depuis longtemps M. Thiriar enseignait qu'il serait utile d'employer l'oxygène dans certaines infections chirurgicales à microbes anaérobies telles que la gangrène gazeuse, le tétanos, etc.; c'est ce qu'il a pu réaliser en premier lieu.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 817.

(2) Communication à l'Académie royale de médecine de Belgique, 25 nov. 1899.

A. INFECTIONS CHIRURGICALES A MICROBE UNIQUE. — 1° *Septicémie gazeuse.* — Tous, nous savons que c'est là une terrible complication qui peut enlever les blessés en quelques heures. M. Thiriar a vu, il y a quelques années, un malheureux venir mourir de la sorte dans ses salles à la suite d'une simple ponction d'hydrocèle faite en ville. Cette affection est produite par le vibrion septique, microbe essentiellement anaérobie que l'oxygène tue. Seulement comme il se développe surtout dans les profondeurs du tissu cellulaire où il se cantonne et où il produit un emphysème gazeux qui favorise sa marche en avant, il était difficile de l'atteindre par nos moyens actuels. L'auteur a pensé que, outre des lavages à l'eau oxygénée, il était possible d'aller le combattre, l'anéantir directement par des injections d'oxygène faites, non seulement dans les plaies, mais encore dans le tissu cellulaire voisin de façon à produire un véritable emphysème oxygéné, constituant une barrière opposée à la marche du vibrion septique. Ce traitement a complètement répondu à son attente. Il a soigné par ces moyens de nombreux blessés dont les plaies, souillées de détritus de toute espèce, présentait les caractères de la septicémie gazeuse, même suraiguë, il est parvenu à enrayer cette terrible complication.

2° *Tétanos.* — Lorsque cette affection se montre par son premier symptôme, le trismus, il est déjà trop tard; le blessé est perdu, du moins, en ce qui me concerne, dit l'auteur, je n'en ai jamais vu guérir; tous les tétaniques sont morts en quarante-huit heures. Le bacille du tétanos n'agit pas par lui-même ; il est redoutable par les toxines qu'il fabrique dans la plaie même où il se trouve. Ces toxines absorbées produisent, au bout d'un certain temps, le tétanos. L'oxygène a très peu d'action sur les toxines dont il paraît cependant retarder les effets; il est donc très peu efficace lorsque les symptômes du tétanos se montrent mais, en revanche, c'est un excellent agent préventif qui tue le bacille de Nicolaïer.

L'eau oxygénée, employée au lavage des plaies souillées avec des insufflations, des injections d'oxygène dans toutes les infractuosités, constitue, selon M. Thiriar, le meilleur préventif du tétanos.

3° *Pustule maligne. Charbon.* — Nous avons ici affaire à un microbe avide d'oxygène, mais que les milieux acides combattent avantageusement. A l'Institut Pasteur, on a obtenu la destruction de la bactéridie charbonneuse par l'eau oxygénée. L'auteur a eu dernièrement un cas de pustule maligne de la face à traiter chez un jeune garçon qui s'était contaminé en portant un quartier de vache malsaine. La pustule était très développée; des pansements à l'eau oxygénée et des injections interstitielles d'oxygène, dans et autour de la tumeur, arrêtèrent l'affection qui guérit rapidement.

4° *Erysipèle.* — M. Thiriar a soigné des érysipèles peu graves par l'eau oxygénée qui a une excellente action sur le microbe érysipélateux qui est un anaérobie facultatif. Etant donné l'action énergique de l'oxygène sur les microbes de la suppuration, cet agent sera très efficace contre les érysipèles graves, gangréneux ou phlegmoneux dont les germes sont détruits si rapidement par l'oxygène.

5° *Tuberculose chirurgicale.* — Le bacille de Koch résiste énergiquement à l'eau oxygénée et à l'oxygène que l'auteur a mis en usage contre les formes de la tuberculose chirurgicale : abcès froids ou par congestion, ostéo-arthrite, etc. Il n'en a retiré aucun résultat et est revenu aux anciens

traitements. Seule, la péritonite tuberculeuse a paru être heureusement combattue par le gaz oxygène insufflé dans la cavité péritonéale. Une jeune fille, traitée de la sorte, est sortie de l'hôpital au bout de quelques jours.

6° *Actinomycose.* — Due à un champignon, très résistant à tous nos moyens, cette affection n'a pas été modifiée par l'oxygène, alors que le traitement par l'iodure de potassium amenait rapidement la guérison.

B. Infections a microbes variables. — Le type de ces infections est la suppuration banale. Le peroxyde d'hydrogène et le gaz oxygène sont des agents merveilleux contre ces suppurations qui sont modifiées et tarissent en très peu de temps. Les plaies se cicatrisent avec une facilité remarquable. Cet effet est surtout frappant dans les vastes délabrements et les grandes plaies contuses, infectées, produites par écrasement.

De nombreux blessés doivent la conservation de leurs membres à ces précieux agents qui ne craignent pas la comparaison avec nos antiseptiques usuels sur lesquels ils ont l'immense avantage de n'être pas toxiques.

Les phlegmons et les panaris surtout sont arrêtés net par l'emploi de l'eau oxygénée. M. Thiriar affirme que pour les panaris c'est le traitement type, il a traité, à sa consultation gratuite de l'hôpital, 61 cas de phlegmons dont 13 de la main et 46 panaris. Ils ont tous bénéficié de ce nouveau pansement et cela avec une rapidité incroyable. Un seul panari a nécessité dix-neuf pansements, quelques-uns trois ou quatre seulement, la plupart ont été guéris au bout de huit à dix jours. Après avoir donné issue au pus, on fait prendre au doigt des bains d'une demi-heure dans l'eau oxygénée qui sert ensuite pour l'application d'un pansement humide.

Pleurésie purulente. — Au point de vue bactériologique, il existe plusieurs variétés de pleurésie purulente. Ce sont les épanchements à streptocoques qui sont les plus fréquents ; ce sont ceux qui disparaissent rapidement par l'eau oxygénée et les insufflations d'oxygène dans la plèvre. L'auteur a eu l'occasion de traiter un seul cas d'empyème chez un homme de trente-deux ans. L'épanchement siégeait à gauche ; on pratiqua la résection de la huitième côte et, après cautérisation, on fit passer dans la cavité pleurale, pendant plusieurs minutes, un fort courant d'oxygène. Les jours suivants, la plaie fut lavée par le peroxyde d'hydrogène et les insufflations furent continuées. En quelques semaines, la guérison fut obtenue.

Anthrax. — Dans cette affection due au staphylocoque doré, le traitement par l'eau oxygénée et l'oxygène est tout indiqué. Les anthrax peu graves à la vérité, que M. Thiriar a traités ainsi, ont tous été guéris très facilement. Il est persuadé que les injections d'oxygène dans les anthrax malins seraient très efficaces.

Les fractures ouvertes, exposées, bénéficient largement de ces manœuvres antiseptiques qui préviennent toutes les complications si redoutables et si fréquentes. Un employé, victime d'un accident, est apporté dans son service, ayant une fracture complète, compliquée et exposée de la jambe gauche avec une énorme plaie qui s'étendait au creux poplité, au fond de laquelle on distinguait les vaisseux et les nerfs de la région. Il présentait les mêmes délabrements au membre droit mais sans fracture. Traité immédiatement par le peroxyde d'hydrogène, il se rétablit en quelques semaines. Vingt jours après l'accident, il fut atteint d'une hémorragie formidable, causée par la chute des parties mortifiées; des irrigations à l'eau oxygénée en eurent rapidement raison, démontrant ainsi une fois de plus les propriétés hémostatiques de cet agent.

Eau oxygénée en gynécologie. — L'eau oxygénée est actuellement employée en gynécologie contre certaines affections inflammatoires de l'utérus, contre les endométrites surtout. Elle donne d'excellents résultats et beaucoup de curetages sont ainsi évités. Mais c'est surtout dans les septicémies puerpérales résultant de rétention placentaire que ces injections intra-utérines sont efficaces.

Des femmes apportées moribondes, avec des températures de 40 à 41 degrés, avec un pouls petit, misérable, fréquent, du ballonnement du ventre, etc., renaissent en peu d'heures à la vie, si, après un curetage à la curette mousse, on fait passer deux à trois litres d'eau oxygénée dans la cavité utérine. Le jour même, la température baisse et revient à la normale.

L'auteur signale enfin les propriétés désinfectantes de l'eau oxygénée. Des affections gangréneuses, des cancers ulcérés, des ulcères fétides qui dégagent parfois une odeur repoussante, sont immédiatement désinfectés : l'odeur disparaît et la cachexie septicémique est enrayée jusqu'à un certain point.

Conclusions. — L'oxygène (gaz et eau oxygénée) est un antiseptique de premier ordre, supérieur à ceux que nous employons actuellement, car il n'a pas d'odeur et n'est surtout pas toxique.

Il agit surtout contre les affections à germes anaérobies et à ce titre c'est peut-être le seul agent réellement efficace à opposer à la gangrène gazeuse.

C'est un agent précieux pour combattre les suppurations banales, les infections à microbes associés. A ce titre, il est surtout à recommander pour le traitement des phlegmons et des panaris, ainsi que des affections utérines septiques.

C'est enfin un désinfectant énergique à opposer à l'odeur fétide et repoussante de certaines affections.

CONTRIBUTION AUX BAINS-DOUCHES

(BAINS-DOUCHES D'ELBEUF)

Par M. Bocquet (1).

J'ai eu la bonne fortune de visiter à Elbeuf les bains-douches que M. Brisson, le modeste et habile architecte de la ville, vient d'y édifier par décision municipale sur la proposition de M. Mouchel, maire.

Le programme était le suivant :

Etablir deux cabines de douches par aspersion avec possibilité de doubler ce nombre si la faveur du public justifiait cet agrandissement.

L'organisation devait être simple et surtout peu coûteuse.

Comme vous allez le voir, le problème a été résolu par M. Brisson avec une grande ingéniosité et une réelle économie.

Au coin des rues Théodore-Chennevières et Salvandy, sur une surface de 300 mètres carrés, on a édifié un bâtiment à rez-de-chaussée comprenant : une entrée-chaufferie servant de salle d'attente et de bureau, deux cabines doubles et un dégagement.

Cabines. — Les cabines sont doubles en ce sens qu'une première partie ayant $1^m15 \times 1^m25$ sert de vestiaire. Trois

(1) Communication à la Société normande d'hygiène pratique.

porte-manteaux, une planchette et une glace y sont disposés pour recevoir les effets des baigneurs qui s'isolent en poussant une porte à coulisse. La deuxième partie mesure $1^{m}25 \times 1^{m}25$ et sert de salle de douche proprement dite. Le sol en forme de trémie permet un bon écoulement de l'eau.

Une grille en bois isole les pieds du baigneur de l'eau qui tombe, un banc lui permet de s'asseoir et de se savonner à l'aise. La hauteur du sol au plafond est de 4 mètres. Les parois sont en ciment poli.

A $2^{m}80$, on a installé un réservoir de chasse ordinaire dont le tuyau d'évacuation directement lié au réservoir se termine par une large pomme d'arrosoir inclinée à 45 degrés pour produire une bonne aspersion.

La chaîne de tirage permet au baigneur de recevoir en pluie six litres d'eau chaude.

Le réservoir de chasse se remplit en une minute et l'aspersion peut se répéter cinq fois. On dispose donc de 30 litres d'eau.

L'appareil de distribution monté dans chaque cabine se trouve couramment dans le commerce et revient tout installé, tuyaux compris, à 50 francs.

On règle le flotteur pour que le réservoir de chasse ne reçoive que six litres.

Réservoir général et réservoirs distributeurs. — L'eau chaude mise à la disposition des baigneurs vient d'un réservoir fort intéressant construit par M. Tranchaut, chaudronnier-plombier à Elbeuf.

Il consiste en un cylindre central d'une contenance de 500 litres qui se chauffe par un thermo-siphon et par le tuyau de chauffage du thermo-siphon.

L'alimentation réglée par un flotteur aboutit dans la partie inférieure.

Un trop-plein prévient tout accident.

A la partie supérieure de ce réservoir et tout autour de lui, on a établi un deuxième réservoir annulaire divisé en quatre compartiments d'une contenance de 24 litres chacun.

Ces divisions communiquent avec le réservoir central par des soupapes simples et robustes dont la manœuvre est confiée à la préposée.

Chaque réservoir partiel de 24 litres est uni par un tuyau d'alimentation au réservoir de chasse de chaque cabine.

L'eau contenue dans les compartiments annulaires reste en contact avec la tôle du réservoir central et se maintient chaude. La préposée n'a qu'une poignée à tirer pour emplir un réservoir partiel et donner au baigneur les 24 litres auxquels il a droit.

Chauffage. — Le chauffage se fait au moyen d'un thermo-siphon dont le tuyau de fumée traverse le réservoir central, contribuant ainsi à donner un supplément de calorique à l'eau du récipient placé dans le comble du bâtiment.

Un tuyau qui débouche près du niveau constant de la nappe d'eau conduit l'eau chaude, tandis qu'un tuyau voisin du fond ramène l'eau moins chaude au thermo-siphon, assurant ainsi la circulation.

Ce dernier qui charrie l'eau descendante possède un dispositif destiné à recevoir un thermomètre voisin de la préposée qui peut ainsi surveiller la température de l'eau distribuée et régler son feu en conséquence.

Deux cabines seulement sont en fonctions depuis juillet 1899.

Le chauffage des cabines par des bouches de chaleur a été prévu.

Le prix de la douche est de 10 centimes, une serviette 5 centimes, savon 5 centimes. Les baigneurs peuvent apporter leur linge et leur savon.

Douche. — La préposée reçoit les 10 centimes du visiteur, tire un cordon qui fait passer l'eau chaude du réservoir central dans le réservoir auxiliaire relié par un tuyau au réservoir de chasse de la cabine. Ce réservoir s'emplit tout d'abord de six litres d'eau en une minute, puis le réservoir auxiliaire supérieur qui lui correspond reçoit vingt-quatre litres de liquide. Pendant ce remplissage, le baigneur pénètre dans la cabine qui lui est assignée et se déshabille. Il a dès lors cinq douches de six litres à sa disposition.

La préposée est informée que le réservoir auxiliaire est plein par une tige reliée à un flotteur installé dans le récipient. Cette tige, par son mouvement ascensionnel, lui permet de suivre les opérations du visiteur et de connaître le moment où il a terminé et va quitter sa cabine.

Un compteur enregistre les douches données.

Fréquentation. — Les bains-douches sont mis à la disposition du public de huit heures du matin à huit heures du soir jusqu'à nouvel ordre.

Le vendredi est naturellement réservé aux femmes. Le jour de l'ouverture, l'affluence a été nombreuse, on a dû donner 76 douches.

Dans le premier trimestre on a donné 1709 douches, à 1586 hommes et 123 femmes. Les recettes (douches et linge) ont été de 198 francs.

L'examen de ces chiffres nous permet de voir que les hommes apprécient ces bains beaucoup plus que les femmes. Dans un instant nous rapprocherons les recettes des dépenses et nous constaterons que la ville d'Elbeuf ne doit pas regretter son essai.

PRIX DE REVIENT DE L'INSTALLATION

Bâtiment proprement dit...............	3000 francs.
Sur cette somme il y a 1800 francs pour la maçonnerie et les ciments.	
Eau, canalisations extérieures et compteurs d'eau avec tuyautage jusqu'au réservoir principal..........................	300 »
Installation d'un réservoir de 500 litres en tôle plombée, de ses 4 réservoirs distributeurs de 24 litres l'un, de 2 réservoirs de chasse pour les deux cabinets en service, y compris tuyaux et robinets ; un thermo-siphon chauffé à l'anthracite et bouche de chaleur dans les cabines, le tout en place......	700 »
Le thermo-siphon coûte 150 francs.	
Pour deux cabines, total........	4000 »
Pour deux cabines supplémentaires qui sont à installer l'année prochaine, on a prévu :	
1° Construction	600 »
2° Appareils distributeurs posés.........	100 »
Pour quatre cabines : Total	4700 francs.

Les chiffres qui précèdent nous montrent que l'organisation complète pour deux cabines fait ressortir la cabine à 2000 francs tandis que l'installation de quatre cabines ne donne plus que 1175 francs par cabine.

Les deux cabines que nous venons de décrire ont été mises en service le 6 août 1899.

En trois mois les recettes ont donné 198 francs.

Les dépenses pendant cette période ont été pour la préposée, le chauffage et l'eau de............. 159 fr. 38
Le bénéfice est donc de.................... 38 fr. 62
qui pour un capital de 4000 francs donne un intérêt de 3 fr. 86 pour cent qui permet de subvenir aux réparations.

L'administration de la ville d'Elbeuf a l'intention d'établir l'année prochaine, dès le printemps, les deux nouvelles cabines prévues au devis dont je vous ai donné le détail.

Les renseignements que je viens de vous donner montrent que les installations de bains-douches de faible importance peuvent être établis dans des conditions peu onéreuses pour les municipalités. C'est surtout ce point que je désirais établir d'une manière précise.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur Lesné,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

VIII

Bacille typhique. — Agent spécifique de la fièvre typhoïde, il fut découvert en 1880 par Eberth dans la rate et les ganglions des typhiques. En 1884, Gaffky l'isola et le cultiva. En 1886, Chantemesse et Widal complétèrent cette étude.

Morphologie. — Il se colore lentement à l'aide des réactifs usuels ; bacille mince, trois fois plus long que large, mesurant de 2 à 3 μ; cette longueur est du reste très variable suivant les milieux de culture, et on peut observer des formes filamenteuses de 10 μ ou plus. Les extrémités arrondies sont droites ou légèrement incurvées. Dans les cultures anciennes, apparaît au centre du bacille un espace clair, ce sont des formes d'involution ; le bacille se brise parfois à ce niveau et se divise en deux éléments nouveaux. Sont aussi des formes d'involution et non des spores, les granulations brillantes observées aux extrémités ou sur le corps des bacilles. *Se décolore par la méthode de Gram.*

Examiné sans coloration, le bacille d'Eberth est *mobile;* il présente des mouvements d'oscillation sur place et des mouvements de translation. Ces mouvements sont dus à des *cils vibratiles* qui entourent le bacille d'une véritable couronne, et que l'on met en évidence par les procédés de Lœffler ou de Nicolle.

Cultures. — C'est un anaérobie facultatif.

Gélatine. — Ensemencé en piqûre, le bacille d'Eberth donne autour du trait de petites colonies arrondies jaune blanchâtre ; la culture s'épanouit à la surface en disque saillant. *Pas de liquéfaction.*

En stries, l'ensemencement fournit des colonies formant des points transparents à reflets irisés.

En surface sur plaques, l'ensemencement fait avant solidification montre des cultures qui revêtent l'aspect d'une *mer de glace* (sillons circonscrivant des îlots d'un blanc nacré).

Si on enlève la culture développée sur gélatine, le bacille réensemencé ne pousse plus (Garré), tandis que le bacterium coli se développe très bien sur ce milieu.

Gélose. — Développement rapide ; bandes d'un blanc grisâtre.

Pomme de terre. — Culture en pellicule luisante, formant un glacis brillant.

Bouillon. — Trouble rapide et dépôt épais. Le bacille y garde longtemps sa vitalité et s'y allonge.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225 1254, 1284, 1314 et 1349.

L'urine, faiblement alcaline, peptonée à 0,5 p. 100 et gélatinée à 2 p. 100 est un très bon milieu où les formes bacillaires sont filamenteuses.

Le bacille d'Eberth ne fournissant pas de sécrétion acide, présente *des caractères très différents de ceux du bacterium coli.*

Il ne coagule jamais le lait.

Ne fait pas virer au rouge les milieux tournesolés.

Ne fait pas fermenter les milieux lactosés.

La gélose lactosée à 5 p. 100, additionnée de fuschine acide (0 gr. 05 p. 100) et décolorée par quelques gouttes d'une solution saturée aqueuse de carbonate de soude, reste décolorée si on l'ensemence avec du typhique, tandis qu'elle fermente et devient rouge si on a cultivé du bacterium coli.

Le bacille d'Eberth ne donne pas la réaction de l'indol.

Isolement au bacille d'Eberth. — Isoler le bacille d'Eberth de l'eau est chose fort difficile. Chantemesse et Widal, Kitasato, Vincent ensemencent l'eau suspecte sur milieux phéniqués, on éliminerait ainsi les bactéries autres que le bacterium coli et l'Eberth qu'on distinguerait ensuite d'après leurs caractères particuliers. On peut employer le *milieu d'Elsner* que le bacille soit à isoler de l'eau ou des selles ou urines de typhiques. Dans ce milieu (gélatine nutritive à l'iodure de potassium à 1 p. 100) poussent seuls le coli et l'Eberth, mais le coli donne rapidement des cultures volumineuses, granuleuses, noirâtres, tandis que les colonies d'Eberth sont de petits points clairs et brillants.

Vitalité et virulence. — La virulence s'atténue rapidement dans les cultures, tandis que la vitalité peut y persister longtemps. Meurt à 56 degrés et à —14 degrés. Exposé à la lumière solaire, il meurt en deux heures. Peut vivre un mois dans les poussières, sur les vêtements et linges, ce qui explique sa facile dissémination. Vit bien dans l'eau, dans le lait et dans le cidre. Les huîtres et les moules peuvent contenir le germe sans que leur aspect en soit modifié et devenir ainsi des agents de transmission de la dothiénentérie.

Tous ces faits éclairent l'étiologie et la pathogénie de la fièvre typhoïde.

On essaie la virulence d'un échantillon de bacille d'Eberth par injection intrapéritonéale à un cobaye de 250 à 300 grammes d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures.

Pour exalter la virulence, à l'échantillon d'Eberth inoculé, il faut associer l'injection de cultures stérilisées de coli ou proteus (Sanarelli, Chantemesse et Widal). Après plusieurs passages successifs, on arrive à posséder un germe qui tue le cobaye à la dose de 1 goutte de culture dans le péritoine.

Les recherches simultanées de Sanarelli et de Chantemesse et Widal, ont montré le rôle pathogène du bacille d'Éberth chez l'animal; suivant la virulence du microbe, l'injection intrapéritonéale produit une infection mortelle suraiguë ou subaiguë; parfois la fièvre passe au second plan, l'animal maigrit, tombe en hypothermie et meurt avec des lésions de péritonite fibrino-purulente ou hémorragique; la face interne de l'intestin présente des sugillations sanguines et les plaques de Peyer sont tuméfiées. L'inoculation sous-cutanée peut produire un abcès où le bacille d'Eberth conserve longtemps sa vitalité et récupère sa virulence en produisant une infection aiguë, quand on injecte à l'animal une culture stérilisée de coli.

L'ingestion de cultures d'Éberth provoque chez l'animal des lésions intestinales semblables à celles de la dothiénentérie (Ramond).

La *toxine typhique* est mortelle pour le cobaye en injection sous-cutanée à la dose de 1cc5 p. 100 grammes d'animal; elle est hypothermisante, et produit, comme l'injection de cultures, une infection aiguë ou subaiguë avec mêmes signes et mêmes lésions. Elle agit par elle-même et, d'autre part, elle augmente la virulence du bacterium coli chez l'animal expérimenté.

Vaccinations. — Le sérum d'animaux vaccinés par cultures stérilisées ou filtrées, possède lui-même un pouvoir vaccinal; son action est préventive et curative chez l'animal; le sérum de malades atteints de fièvre typhoïde agit de même.

La sérumthérapie chez l'homme n'a pas donné les mêmes résultats heureux.

Le bacille d'Éberth en pathologie humaine. — Dans le cours de la fièvre typhoïde, le bacille d'Éberth se rencontre dans les selles et souvent dans les urines où son apparition est plus tardive, mais où il peut persister pendant la convalescence. La ponction de la rate donne constamment une culture pure de bacille d'Éberth; on l'a aussi isolé par ponction de taches rosées. De l'intestin, le microbe peut gagner la vésicule biliaire (pathogène de la lithiase).

Chez les typhiques, les infections secondaires jouent un grand rôle avec ou sans association du bacille d'Eberth. Mais celui-ci peut être l'agent unique de certaines complications du côté de la plèvre, des méninges, etc.; il peut surtout produire des suppurations sous-cutanées, intra-osseuses ou sous-périostiques, et dans ces foyers, sa vitalité se conserve pendant des mois.

Si l'infection éberthienne chez une femme enceinte tue souvent le fœtus par intoxication, nombreux sont aussi les cas où le bacille traversant le filtre placentaire a été rencontré dans les viscères du fœtus.

Séro-diagnostic. — La séro-réaction de Widal dans le diagnostic de la fièvre typhoïde est un moyen d'investigation très important à connaître et à la portée de tous. Cette réaction d'infection si différente de la réaction d'immunité peut être mise en évidence à l'œil nu ou au microscope.

Si à une culture en bouillon de vingt-quatre heures on ajoute du sérum de typhique dans la proportion de I goutte de sérum par X gouttes de culture, le bouillon au lieu de rester trouble se clarifie peu à peu, et au fond se forme un dépôt floconneux de bacilles agglutinés; par agitation ce dépôt se dissocie en une multitude de grumeaux qui par repos s'accumulent à nouveau au fond du tube. *C'est la séro-réaction macroscopique.*

Mais mieux vaut recourir à l'examen microscopique; tandis qu'une goutte de culture en bouillon examinée au microscope montre des bacilles isolés, mobiles, I goutte de culture contenant du sérum typhique dans la proportion indiquée contient des bacilles immobiles, en amas. *C'est la séro-réaction microscopique.*

On peut employer pour le séro-diagnostic des cultures de vingt-quatre heures tuées par l'addition de II gouttes de formol, ou y ajouter quelques gouttes de bleu de méthyle, ce qui rend les bacilles plus apparents. Ces cultures stérilisées peuvent se conserver très longtemps.

Cependant il peut exister dans le bouillon des pseudo-amas qui tout en se dissolvant par agitation et ne rappelant pas exactement l'agglutination (voy. fig. 1) peuvent parfois prêter à confusion, aussi vaut-il mieux, quand cela est possible, se servir d'une culture de vingt-quatre heures sur gélose que l'on enlève au fil de platine et que l'on dissocie soigneusement dans un tube de bouillon (dissocier le long de la paroi du tube et incliner doucement pour que les microbes et le liquide ne se mélangent qu'après dissociation

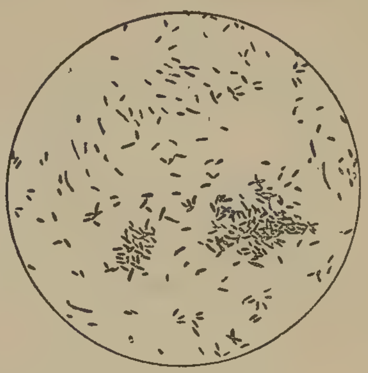


Fig. 1. — *Faux amas.*

complète, c'est la façon d'éviter les faux amas; il sera du reste toujours nécessaire de faire une préparation afin de voir s'il n'y a pas d'amas préformés, auquel cas il faut recommencer la dilution).

En résumé la technique du séro-diagnostic comprend les temps suivants :

Prise de sang à la lancette au bout du doigt d'un malade, la main pendante (quelques gouttes suffisent).

Dans un verre de montre mêler à l'aide de deux pipettes jumelles de façon à ce que les gouttes soient semblables : XXX goutes de culture en bouillon morte ou vivante, ou de dilution en bouillon d'une culture sur gélose de vingt-quatre heures, et III gouttes du sang ou mieux du sérum du sujet soupçonné typhique.

Examen microscopique entre lame et lamelle sans coloration après quinze à 30 minutes. Objectif 7 de Leitz, 6 ou 8 de Vérick, petit diaphragme. Mise au point délicate, sur les globules rouges, les bulles d'air ou les bords de la lamelle.

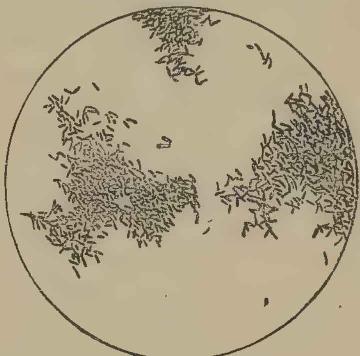


Fig. 2. — *Séro-réaction.*

Amas caractéristiques, volumineux et nombreux (fig. 2), îlots d'archipel, peu ou pas de bacilles dans l'intervalle; ceux-ci sont immobiles si on a employé une culture vivante.

Il faut toujours rechercher la réaction à 1/30 ou 1/50, car certains sérums non typhiques peuvent agglutiner à 1/10.

Pour *mesurer le pouvoir agglutinatif* d'un sérum, on emploie des dilutions de plus en plus étendues : 1/20, 1/30, etc. Au-dessus de ces limites pour simplifier la technique, on compte dans une série de godets V, X, XX, XXX, etc., gouttes de culture, et avec une pipette jumelle on ajoute dans un godet renfermant X gouttes de bouillon pur I goutte de sérum; on porte alors I goutte de ce mélange dans chacun des godets de culture et on obtient des dilutions à 1/50, 1/100, 1/200, 1/300, etc. Après deux heures on examine les préparations et on s'arrête à la dernière contenant des amas; soit

1/300 la mesure du pouvoir agglutinatif d'un sérum donné. Courmont a voulu voir dans l'intensité du pouvoir agglutinatif, une preuve de l'intensité de la réaction de l'organisme, un bon pronostic, mais le *séro-pronostic* est une déduction qui est loin d'être démontrée.

Lorsque le séro-diagnostic n'existe pas, cela n'exclut pas d'une manière absolue le diagnostic de fièvre typhoïde, mais le rend peu vraisemblable, surtout si l'examen est fait à une période avancée de la maladie car l'agglutination apparaît en général vers le septième jour; exceptionnellement, après le quinzième jour.

Lorsque la réaction est positive à 1/20, 1/30, elle indique d'une façon absolument certaine non seulement la fièvre typhoïde, mais l'*infection éberthienne* en général. Il est cependant nécessaire, avant d'affirmer que l'affection actuelle relève du bacille d'Éberth, de s'enquérir des antécédents du malade, car certains typhiques possèdent parfois pendant des années un sérum doué du pouvoir agglutinatif.

L'épreuve du séro-diagnostic présente donc une énorme importance au point de vue du diagnostic de la fièvre typhoïde, et d'autre part jointe aux caractères biologiques indiqués précédemment, elle démontre une fois de plus la spécificité du bacille d'Éberth et le différencie définitivement du bacille d'Escherich.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

19 DÉCEMBRE 1899

Un rapport de M. Franck sur un travail de M. Mendelshon (de Saint-Pétersbourg) relatif à l'**état élastique des muscles**.

Un rapport de M. Chauvel sur une note de M. Kœnig dans laquelle sont relatés trois cas d'**inflammation des cellules ethmoïdales**, un rapport officiel de M. Robin sur les eaux minérales, tel est le bilan de cette séance. Ajoutons qu'on y a nommé, à l'unanimité, M. Guyon, vice-président pour l'année 1900; qu'on a maintenu, par acclamation, M. Vallin dans ses fonctions de secrétaire annuel, et qu'on y a nommé MM. Cornil et Lannelongue membres du conseil.

Nous sommes heureux d'adresser à M. le professeur Guyon toutes nos félicitations.

Plusieurs ouvrages importants ont été présentés : M. Tillaux, en déposant sur le bureau une brochure de M. Broca sur l'**appendicite**, a constaté que de radical qu'il était au début, M. Broca était devenu opportuniste en matière de traitement chirurgical de l'appendicite. Beaucoup de chirurgiens ont fait, dans ces derniers temps, comme M. Broca et se sont ralliés aux sages préceptes que M. Tillaux lui-même est venu défendre à l'Académie : le mot d'ordre, en matière d'appendicite, n'est donc plus aujourd'hui : « Aussitôt le diagnostic d'appendicite porté, opérez toujours et tout de suite. » On reconnaît qu'il y a des indications et des contre-indications et M. Broca, dans cette brochure, avoue que sa statistique est meilleure depuis qu'il s'est rallié à l'opinion des opportunistes.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Œdème des membres paralysés dans l'hémiplégie. — L'œdème dans l'hémiplégie est rare. Gowers la signale sans citer d'observations. La littérature de ces dernières années n'en fournit que trois cas.

Cette rareté est inexplicable, car on trouve dans toute paralysie deux causes qui favorisent la production d'œdème : parésie vaso-motrice et suppression de l'aide apportée à la circulation par la contraction musculaire. — M. le professeur C. L. ALLEN rapporte le cas suivant : un homme de cinquante-cinq ans eut, en décembre 1897, une hémiplégie gauche survenue sans perte de connaissance. Au bout de plusieurs semaines survint de l'œdème au niveau des membres paralysés.

Pas de contractures. En octobre 1898, le malade est impotent, avec quelques troubles mentaux. Le coude gauche est en demi-flexion et collé au tronc, les doigts crispés dans la paume de la main. Le genou gauche est en flexion légère et contracturé. Le membre supérieur gauche est très œdématié, surtout au niveau de l'avant-bras et de la main. La peau est rude et luisante, avec une aire de pigmentation sur le dos de la main. Le pied et la jambe gauche sont également œdématiés, mais moins que le membre supérieur.

Le malade est mort le 24 octobre. A l'autopsie, les gros vaisseaux des membres étaient normaux. Dans l'hémisphère cérébral droit, la région rolandique présentait un foyer de ramollissement. (*Journ. of nerv. and mental Diseases*, août, p. 471.)

A. H.

A propos du bruit de pot fêlé. — D'après les classiques ce sont : 1° les cavernes superficielles, vastes, vides et communiquant largement avec les bronches qui permettent d'obtenir le bruit de pot fêlé.

2° Dans la pneumonie du lobe inférieur, ce symptôme peut accompagner le skodisme sous-claviculaire; on l'observe encore si l'hépatisation atteint le lobe supérieur lorsqu'une percussion vigoureuse chasse l'air de la bronche sous-jacente.

3° Ce signe se montre également dans certaines pleurésies, dans le pneumothorax, et même chez l'homme sain possédant une cage thoracique très élastique.

A propos d'une observation typique suivie d'autopsie, M. DUPLANT (de Lyon) précise quelques conditions du bruit de pot fêlé.

Il montre en particulier que l'on peut produire ce bruit au niveau des cavernes pulmonaires :

1° Lorsqu'il existe une cavité vaste, superficielle, contenant une certaine quantité d'air et communiquant largement avec une bronche, suivant les conditions exposées par les auteurs classiques;

2° Lorsque la caverne est assez profondément située, à condition toutefois qu'elle soit séparée de la paroi thoracique par un parenchyme induré;

3° Lorsqu'une caverne superficielle, possédant de petites dimensions, renfermant peu d'air et communiquant difficilement avec les bronches, repose sur un tissu résistant tel que celui du poumon hépatisé. (*Revue de méd.*, 10 déc. 1899.)

L. G.

CHIRURGIE

Étranglement interne par une bride péritonéale. — M. LÉPINE rapporte l'histoire d'un peintre plâtrier entré dans son service avec le diagnostic de colique de plomb. En l'examinant, il s'est vite convaincu que le malade présentait, non pas les signes de la colique saturnine, mais ceux d'une occlusion intestinale. Le ventre était plutôt ballonné que rétracté; le malade n'avait émis, depuis trois jours, ni matières ni gaz par l'anus, et le pouls était faible au lieu d'être tendu. Les anamnestiques ont appris que le malade, quelques années auparavant, avait présenté des symptômes de péritonite, de sorte que l'on pouvait rationnellement supposer qu'il existait des brides péritonéales. Comme le malade depuis le début des accidents (trois jours) n'avait été soumis à aucune médication, M. Lépine prescrivit un lavement purgatif. M. Duplant, chef de clinique, eut égale-

ment recours, l'après-midi, au lavement électrique de Boudet. Le malade rendit une petite quantité de matières, mais pas de gaz, et, le soir, le ballonnement (d'ailleurs léger) du ventre n'avait pas diminué ; le pouls était le même qu'à onze heures du matin, les extrémités un peu froides. On se décida à tenter la laparotomie, et un chirurgien fut appelé. Pendant les préparatifs, le malade changea d'avis et refusa énergiquement toute opération. Peut-être était-il dans un état de léger subdelirium.

Le chirurgien a respecté la volonté du malade qui a succombé quelques heures plus tard.

L'autopsie a montré une bride unissant le péritoine pariétal au mésentère et étranglant l'intestin : il n'y avait pas d'autre obstacle et assurément l'intervention l'aurait levé facilement. L'anse étranglée était relativement saine.

Cette communication à la Société nationale de médecine de Lyon a soulevé une discussion intéressante pour les chirurgiens. En face d'un malade délirant est-on autorisé à passer outre, et à intervenir sans son assentiment? D'après M. Delore on y est autorisé, surtout quand le malade délirant retire une autorisation préalablement accordée. C'est également l'opinion de M. Ollier. M. Poncet pense qu'en pareille occurrence, il est sage de s'inspirer de l'opinion de l'entourage. M. Annequin déclare que dans l'armée on ne passe pas outre, quand les moyens de persuasion ont échoué.

Il est évident que dans le cas de M. Lépine, où il n'y avait pas de famille, on ne pouvait intervenir sans l'autorisation du malade. (Soc. nat. de méd. de Lyon et *Lyon méd.*)

L. G.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Tuberculoses expérimentales. — M. Friedrich (de Leipzig), étudiant la pathogénie de la tuberculose des os et des articulations, a pu obtenir ce genre de manifestation tuberculeuse chez des animaux inoculés par la voie sanguine, avec des cultures atténuées. Les lésions ainsi obtenues se sont montrées chimiquement et anatomiquement très voisines des tuberculoses locales de l'homme; elles s'en rapprochaient aussi par la lenteur de leur évolution et leur longue persistance en foyers limités.

Recherchant en même temps quelle pouvait être l'influence du traumatisme sur les localisations tuberculeuses, l'auteur a pratiqué une série de contusions articulaires sur des animaux dans les artères desquels il injectait, cinq minutes après, c'est-à-dire à un moment où la pénétration des germes dans des vaisseaux fraîchement lésés ne pouvait pas manquer de se produire, une certaine quantité de culture du bacille de Koch; jamais l'auteur n'a observé de localisation de la tuberculose au point traumatisé (onze traumatismes portant sur neuf animaux).

Ces expériences intéressantes méritent d'être rapprochées de celles de Max Schüller. On sait que cet auteur a observé le développement de tumeurs blanches dans des articulations traumatisées de sujets auxquels il inoculait la tuberculose. Il est vrai que l'inoculation était faite avant le traumatisme (1), l'organisme pouvait ainsi être mis en état de moindre résistance par cette inoculation antérieure et le terrain ainsi mieux préparé à l'évolution de la tuberculose, mais cela n'explique pas la localisation particulière à l'articulation traumatisée ; or, Friedrich a obtenu, chez un de ses animaux, la tuberculisation de cinq articles sains alors qu'un autre article du même membre, traumatisé, restait indemne. Les cultures atténuées inoculées sont donc capables par elles-mêmes de provoquer une tuberculose articulaire ; ses onze cas de traumatismes négatifs au point de vue de la localisation tuberculeuse semblent bien avoir une véritable valeur démonstrative. Ces expériences, qui paraissent être en désaccord avec les résultats devenus classiques de Max Schüller, mériteraient d'être reprises.

Les constatations faites par Friedrich sur le rein, au cours des expériences que je viens de rapporter, méritent également d'être mentionnées; l'auteur a noté que l'inoculation dans le sang de culture tuberculeuse peu virulente ne déterminait, même à forte dose, aucune lésion macroscopique des reins, tandis que ceux-ci étaient particulièrement atteints par les cultures virulentes. Si, à des animaux ainsi inoculés, on pratiquait la néphrectomie d'un côté, l'autre rein, également tuberculisé, s'hypertrophiait par compensation; ses lésions régressaient plutôt, de telle sorte que les animaux n'étaient pas sensiblement affectés par cette néphrectomie. (*Wiener Klin. Wochens.*, 1899, n° 46, p. 1168.)

P. V.

(1) Paul Reclus. *Manuel de pathologie interne*, 1885, t. I, p. 708. — Les expériences de Schüller ont paru dans un ouvrage intitulé : *Experiment und histol. Untersuchungen uber Eutschung der scroful und tuberk. Gelenkleiden*, Stuttgard 1880.

MALADIES DE L'ENFANCE

Mort subite chez une enfant atteinte d'oreillons. — Au cours d'une épidémie d'oreillons, M. le docteur Ruelle (de Commentry) fut appelé précipitamment un matin pour une petite fille de huit ans, dont la maladie, qui avait duré quelques jours et avait été accompagnée d'une fièvre violente, était en pleine voie de guérison. Rien, la veille, ne pouvait faire redouter une complication quelconque et cependant elle venait d'avoir une syncope subitement, ce qui avait beaucoup effrayé les parents, et non sans raison malheureusement.

L'auteur, assisté d'un confrère, put constater que le pouls de la petite malade n'était plus perceptible et que les battements du cœur étaient sourds et mal rythmés. L'enfant asphyxiait, et malgré un traitement énergique, elle mourait dans la matinée. S'agissait-il d'une myocardite développée sous l'influence de l'agent infectieux, ou d'une syncope d'origine nerveuse?

M. Ruelle ne peut préciser et il relate cette observation pour montrer combien le pronostic des oreillons doit être réservé. (*Centre méd.*, 1er déc. 1899.) L. G.

OTOLOGIE

La contagion des otites moyennes aiguës. — Le docteur M. Lermoyez vient de publier une série d'observations qui ont pour but d'attirer l'attention des praticiens sur la contagion possible des otites moyennes aiguës.

Cette contagion est naturellement médiate et secondaire; la contagion primitive due à l'air vicié se fait à l'entrée des voies aériennes (fosses nasales); ainsi deux personnes vivant ensemble, frères et sœurs, maîtres et domestiques, mari et femme ont la grippe, la rougeole, un simple coryza ou une angine; quelque temps s'écoule, puis les deux personnes sont prises simultanément ou à quelque temps d'intervalle d'otites et, fait curieux et qui prouve bien la contagion, d'otites en général du même type : ces otites sont deux à deux catarrhales, congestives avec ecchymoses tympanales, hémorragiques ou purulentes.

La conclusion pratique que tire M. Lermoyez de ces faits est qu'il faut isoler les malades qui font de l'otite si l'on veut en préserver leur entourage, au même titre que l'on isole aujourd'hui avec tant de bonheur les enfants dont la rougeole ou la coqueluche se compliquent de broncho-pneumonie. (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1899, n° 10, p. 368.)

P. V.

THÉRAPEUTIQUE

La sérothérapie dans la tuberculose. — M. le professeur Berlioz (de Grenoble), après avoir expérimenté dans la tuberculose le sérum normal de bœuf, a essayé d'en augmenter les propriétés dynamogènes en lui incorporant des extraits organiques. Ne se bornant pas à l'extrait testiculaire il a aussi utilisé les extraits d'autres organes dont le rôle

est prépondérant en physiologie normale et pathologique.

Il a choisi le foie, la rate, le cerveau et les poumons qu'il fait entrer dans les proportions de 3 p. 100 dans le sérum normal.

Ces extraits sont préparés suivant la méthode d'Arsonval, par digestion dans la glycérine, puis filtration sur porcelaine, sous une pression de 60 atmosphères d'acide carbonique.

Enfin il ajoute à l'organo-sérum ainsi obtenu un médicament, de préférence le gaïacol.

Au lieu d'administrer ce sérum par injection sous-cutanée, il préfère employer de simples lavements que le malade peut se donner lui-même avec une poire de caoutchouc. Il prescrit deux lavements par jour, de 30 grammes chacun. Ces lavements sont parfaitement tolérés et leur absorption est rapide.

Les résultats sont d'autant plus sensibles que la maladie est moins avancée. La fièvre et les hémoptysies ne constituent pas une contre-indication.

Sous l'influence de ce traitement, M. Berlioz a vu les sueurs nocturnes disparaître et l'expectoration se modifier. Le sommeil devient plus calme, et le *poids* augmente dans la plupart des cas.

En définitive ce mode de traitement par les sérums médicamenteux semble à M. Berlioz agir surtout comme régularisateur de la nutrition. (*Dauphiné méd.*, nov. 1899.)

L. G.

Le calomel comme diurétique dans les affections du cœur. — Il y a assez longtemps qu'on a préconisé le calomel comme diurétique dans les affections du cœur, et cependant son usage ne s'est guère généralisé. Cela tient probablement à l'irrégularité de son action qui, tantôt est très favorable et tantôt est absolument nulle, sans qu'on puisse toujours bien discerner la raison de cette différence. M. le docteur M. Bourgeon vient de reprendre cette étude (1) et montre, dans sa thèse, qu'il y a dans ce médicament un moyen thérapeutique qu'il ne faut pas négliger. Toutefois il y a dans son mode d'action des circonstances obscures qui rendent son administration assez difficile.

Un premier point acquis est que le calomel peut provoquer le diurèse dans les affections du cœur, sans qu'il y ait d'œdème; mais il n'agit jamais quand il y a diarrhée, et celle-ci est une contre-indication absolue à son emploi.

La quantité de calomel nécessaire pour obtenir des effets diurétiques varie entre 0,20 et 0,40 centigrammes par jour, que l'on peut administrer en une ou deux fois dans un peu de lait pendant deux, trois et cinq jours, suivant les circonstances.

Certains auteurs l'ont donné à doses plus élevées, mais il ne semble pas qu'il y ait avantage à cela. Quelle que soit d'ailleurs la dose employée, il faut surveiller attentivement la fonction rénale; et dès que l'on verra apparaître l'albumine on rejettera le calomel.

Il est impossible de déterminer à l'avance si le calomel sera diurétique, car souvent ce médicament agit alors que les autres agents thérapeutiques refusaient leur action et, inversement, le calomel est inactif alors que les autres diurétiques sont efficaces.

Lorsque, au bout de trois ou quatre jours de traitement, le taux urinaire n'augmente pas, il est non seulement inutile, mais encore imprudent de continuer l'emploi du calomel, car dans ce cas son inefficacité peut constituer un danger réel.

Enfin, la véritable indication du calomel est que ce médicament doit être employé en dernier recours. Si la digitale, la scille, le lait, les tisanes prises en quantité ne produisent pas la diurèse, on tentera l'action du calomel. Mais il ne faut pas oublier qu'il est absolument impossible de prévoir d'avance ce qui va se passer et l'on agira pour cette raison majeure avec une extrême prudence. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1899.)

(1) Th. de Paris, chez Vigot.

ACADÉMIE DES SCIENCES

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences a eu lieu le lundi 18 décembre 1898, sous la présidence de M. Van Thieghem, président, assisté de M. Maurice Lévy, vice-président.

Après l'allocution du vénérable président ont été proclamés les prix décernés pour 1899.

Voici les noms des heureux lauréats :

Prix Montyon. — *Médecine et chirurgie.* — Trois prix sont décernés : 1° à MM. Nocard et Leclainche; 2° à M. le docteur Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; 3° à M. le docteur A.-B. Marfan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Des mentions sont accordées à MM. les docteurs Lejars, Fournier et Garnier (de Paris) et des citations à MM. les docteurs Guillemonat et Labbé (de Paris).

Prix Barbier. — Le prix est partagé entre M. le docteur Lapicque (de Paris), MM. Houdas et Jouanin, et M. Schlagdenhauffen.

Prix Bréant. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais une somme de 6000 francs est partagée ainsi qu'il suit : 1° 4000 francs à M. le docteur Vaillard, professeur à l'École du Val-de-Grâce; 2° 2000 francs à MM. les docteurs Courmont et Doyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — Une mention est accordée à M. le docteur H. de Brun, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth.

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur O. Pasteau (de Paris).

Prix Chaussier. — Le prix est décerné à M. le docteur Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Bellion. — Le prix est partagé entre M. docteur Cestan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, et MM. les docteurs Crespin, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, et Sergent, préparateur à ladite École.

Prix Mège. — Le prix est décerné à MM. les docteurs F. Terrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Marcel Baudouin (de Paris).

Prix Lallemand. — Le prix n'est pas décerné — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Pierre Janet (de Paris).

Prix Larrey. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Arnaud et Lafeuille (médecins militaires).

Prix La Caze. — *Physiologie.* — Le prix est décerné à M. le docteur Morat, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Montyon. — *Statistique.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs Dumesnil et Mangenot (de Paris).

Prix Pourat. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Carvalho (de Paris).

Prix Desmazières. — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Leuduger-Fortmorel.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 146. — SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1899. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE.......	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Aujourd'hui a lieu à l'Hôtel-Dieu une réunion des délégués de toutes les salles de garde de médecine au sujet de l'affaire de Beaujon. Nous en ferons connaître les résultats.

La rue Bouchut. — Nous sommes heureux d'apprendre que le Conseil municipal va enfin rendre hommage à la mémoire de Bouchut.

M. Chautard a déposé sur le bureau du Conseil une pétition d'un groupe de médecins faite sur l'initiative du docteur Tapie, et parmi les signataires de laquelle sont MM. les docteurs Descroizilles, Sevestre, Moizard et Comby, médecins chefs de service à l'hôpital des Enfants-Malades, tendant à donner le nom d'Eugène Bouchut, inventeur du tubage du larynx, à une rue de Paris dans le voisinage de l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette proposition a été renvoyée à la troisième commission.

Marine. — M. Nédelec, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer sur le *Goëland* (station de la Guyane) M. le docteur Pernet.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 50e semaine 1009 décès, chiffre qui dépasse un peu la moyenne ordinaire des semaines de décembre (922). L'arrivée subite du froid est cause de cette augmentation de la mortalité.

La fièvre typhoïde n'a causé que 9 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins continue à décroître (38 cas nouveaux au lieu de 48 la semaine précédente). La rougeole a causé 5 décès; la scarlatine, 2; la coqueluche, 3; la diphtérie, 5. Tous ces chiffres sont un peu au-dessous de la moyenne de la saison.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration présentent une augmentation sensible; elles ont causé 150 décès, au lieu de 124 pendant la semaine précédente et de 108 pendant chacune des deux semaines antérieures.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Azam, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Bordeaux; et Lacôte, ancien député de la Creuse, enlevé brusquement par une congestion pulmonaire.

La France au Transvaal. — La Société française de secours aux blessés militaires, présidée par le grand chancelier de la Légion d'honneur, qui a déjà fait au Transvaal l'envoi du matériel complet de deux hôpitaux de campagne de cent lits chacun, vient d'adresser à M. Krüger, président de la République sud-africaine, dix caisses de linge, de pansements et de fébrifuges, dons du comité central et des comités de Bordeaux, Versailles, Senlis, Narbonne, Reims, Lille et Meaux.

La souscription ouverte au siège central, rue Matignon, 19, pour les blessés de la guerre sud-africaine, a produit à ce jour, pour les blessés boers, la somme de 11 947 fr. 45.

6323 francs leur ont été déjà envoyés; une nouvelle somme de 5624 fr. 45 vient d'être adressée à M. le président de la République du Transvaal.

L'hygiène des cabines téléphoniques. — Le sous-secrétaire d'Etat aux postes et télégraphes, informé des craintes de contagion qu'éprouvaient un certain nombre de personnes en faisant usage des appareils téléphoniques des cabines publiques placées dans les bureaux de postes et télégraphes, a soumis cette importante question à une commission médicale.

Les membres de cette commission ont été unanimes à déclarer qu'aucun fait de contagion par des appareils téléphoniques d'une maladie transmissible n'a été signalé, qu'en tout cas, pour supprimer absolument tout danger de contamination, il suffit d'essuyer avec un linge légèrement humecté d'eau phéniquée (solution à 3 p. 100) la plaque vibrante des transmetteurs, les poignées et le pavillon des récepteurs, d'asperger tous les jours avec la même solution la paroi des cabines et de les aérer convenablement.

Le sous-secrétaire d'Etat aux postes et télégraphes vient d'adresser à tous les bureaux des recommandations dans ce sens.

FORMULAIRE

Médicaments nouveaux hypnotiques et antipyrétiques.

Sulfonal........................ 1 gramme.

Pour 1 cachet.

Trional........................ 1 gramme.

Pour 1 cachet.

A prendre 1 ou 2 cachets le soir en se couchant.

Trional........................ 1 gramme.
Codéine pulvérisée............ 0g03 centigr.

Pour 1 cachet.
Un cachet le soir.

Trional........................ 1 gramme.
Phénacétine.................... 0g30 centigr.

Pour 1 cachet.
Un cachet le soir.

Nota. — Après l'administration des préparations de sulfonal et de trional, il est nécessaire de donner aux malades un verre de lait ou de tisane; sans cette précaution, l'action du médicament est incertaine.

Phénacétine.................... 1 gramme.

Pour 1 cachet.
A prendre dans la journée.

C'est un bon antipyrétique, qui agit bien également dans la migraine et les névralgies.

Lactophénine................... 0g60 centigr.

Pour 1 cachet.
A prendre 2 à 3 cachets par jour.

Les indications sont les mêmes que celles de la phénacétine. (MARTZ, in *Province méd.*)

REVUE GÉNÉRALE

Syphilis primaire (1).

Par M. le docteur H. Hallopeau,
Professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
et M. le docteur Leredde,
Assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Le chancre syphilitique traduit la réaction inflammatoire qui se produit au point d'inoculation; mais, lorsqu'il apparaît, l'infection syphilitique a déjà dépassé la zone où il se développe : en effet, les tentatives d'ablation destinées à prévenir l'infection générale ont toujours été suivies d'insuccès.

Le chancre peut manquer, dans des cas exceptionnels, en général à la suite d'une inoculation directement intradermique (Barthélemy, E. Besnier).

La durée de l'*incubation* du chancre est, en moyenne, de trois à quatre semaines, elle peut être réduite à quinze jours, s'étendre jusqu'à quarante-deux jours; A. Fournier considère comme sujets à révision les faits de durée moindre ou plus longue; cependant, l'un de nous a vu, chez un de ses collègues d'internat qui s'observait rigoureusement, l'accident initial ne survenir que le soixante-dixième jour après le coït infectant (Hallopeau).

I

Anatomie pathologique. — Le chancre induré a été décrit par Cornil, comme une lésion due à l'agglomération de cellules migratrices autour de vaisseaux profondément altérés dans leurs tuniques externe et interne, et rétrécis parfois jusqu'à l'oblitération. L'épiderme persiste à la surface et même le corps muqueux s'hypertrophie; en certains points, celui-ci s'infiltre de cellules migratrices.

Cette description n'est pas en contradiction avec les recherches d'Unna; mais cet auteur a profondément remanié l'histologie du chancre, surtout en analysant les caractères des cellules qui composent l'infiltration dermique. Le chancre syphilitique est caractérisé, pour lui, par l'intrication étroite d'un fibrome et d'un plasmome, c'est-à-dire d'une hyperplasie fibreuse et d'une agglomération de plasmazellen. Suivant lui, ces cellules ne sont pas migratrices; il les fait dériver des cellules fixes; Neisser a soutenu l'opinion contraire : le problème n'est pas tranché.

Dès le *début*, et avant toute érosion, cette structure générale du chancre est manifeste. En même temps, on constate des lésions vasculaires, épaississement des parois, prolifération de l'endothélium, où l'on observe des figures de karyokinèse. Les vaisseaux dilatés sont bourrés de leucocytes qui n'émigrent pas. Le corps de Malpighi s'épaissit, prolifère, et les cônes interpapillaires s'allongent.

Lorsque les lésions sont au maximum, à la *période d'état* du chancre, le derme apparaît divisé par des travées conjonctives denses en un certain nombre de territoires qui présentent à leur centre des vaisseaux sanguins. Ces travées contiennent des lymphatiques dilatés; elles s'observent également à la limite de l'induration et déterminent l'endroit précis où elle s'arrête; au delà, on constate encore des lésions, mais elles ne sont plus enclavées.

Les territoires décrits par Unna sont remplis de plasmazellen, petites, cubiques, tassées les unes près des autres et formant des files régulières. A côté d'elles et entre elles, on observe quelques matzellen, de rares leucocytes et des cellules conjonctives à noyau clair, souvent en karyokisène.

Finger a montré que ces agglomérations cellulaires envoient, à distance de l'induration et des lésions macroscopiques, des prolongements rubanés susceptibles de se bifurquer.

Enfin, les altérations vasculaires deviennent excessives. L'épaississement fibreux porte sur toutes les tuniques des artères et des veines; le calibre est, comme nous l'avons indiqué déjà, rétréci jusqu'à l'oblitération, soit par suite de végétations de l'endartère, soit, plus souvent, par multiplication cellulaire dans l'épaisseur des parois.

Autour du plasmome enclavé, on trouve des cellules étoilées à prolongements multiples; les vaisseaux sont altérés, entourés de manchons cellulaires.

L'*épiderme*, au niveau de l'érosion, est réduit à deux ou trois couches formées par le corps muqueux et la couche cornée, mêlées de cellules migratrices.

Sur les bords de l'érosion, au contraire, on le trouve proliféré comme au premier stade, envoyant de longs prolongements intradermiques qui peuvent même être isolés de leur implantation épidermique.

Unna n'a pas rencontré les formations cavitaires intra-épidermiques qui ont été signalées par Leloir.

A la période de *cicatrisation*, quand l'induration seule persiste, on trouve (Unna) un nodule profond du derme, formé de faisceaux conjonctifs, et comprenant un très grand nombre de cellules géantes. Combien de temps se prolongent ces lésions? Nous l'ignorons : toujours est-il que l'on voit souvent se développer, dans le tissu ambiant, des syphilides secondaires et tertiaires. L'un de nous (Hallopeau) a établi que les manifestations secondaires peuvent offrir, dans le voisinage de l'accident primitif, une intensité plus grande que partout ailleurs : ces faits ne peuvent s'expliquer que par la persistance, dans le lieu primitivement envahi, d'éléments infectieux doués d'une plus grande activité que ceux qui se disséminent dans l'organisme [Hallopeau (1)].

II

Symptômes. — Chancre syphilitique. — *Période de début.* — Les auteurs les plus expérimentés sont en désaccord sur le mode de début du chancre : c'est que l'on a bien rarement l'occasion de surprendre la lésion dans sa phase initiale.

D'après A. Fournier, elle est constituée, à la peau, par un tout petit bouton légèrement papuleux, lenticulaire, rougeâtre, desquamatif; sur les muqueuses, par une érosion insignifiante, arrondie ou fissuraire, plane, rougeâtre, offrant parfois à la palpation une très légère résistance.

D'après Lang, au contraire, l'induration est le phénomène initial, dans les cas où l'infection syphilitique est seule en jeu; l'érosion lui est consécutive : il est vrai qu'elle survient d'une manière très précoce, d'où l'interprétation inverse. Ne peut-on se demander si l'érosion simple, ne signifiant « moins que rien » d'A. Fournier, n'est pas simplement l'expression du traumatisme qui fournit au contage une porte d'entrée?

Période d'état. — A sa période d'état, le chancre syphili-

---

(1) Cette étude forme un chapitre du *Traité des maladies de la peau*, qui doit paraître en janvier 1900 chez Baillière et fils.

(1) Hallopeau. Sur la localisation et le développement anormal de syphilides érythémateuses et papuleuses en nappes autour de chancres indurés, Soc. franç. de dermat., 1898. — Hallopeau et Bricet. Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique développée au pourtour d'un chancre induré, Soc. franç. de dermat., 1899.

tique est une lésion des mieux caractérisées au point de vue clinique comme au point de vue histologique. S'il offre des variétés nombreuses que nous aurons à étudier, il présente des symptômes constants. C'est une néoplasie aplatie, intradermique, en général érodée à sa surface, se terminant normalement par une cicatrice superficielle, qui souvent disparaît plus tard. Habituellement unique, le chancre peut être multiple.

III

Caractères généraux. — *a.* Érosion chancreuse. — L'étude histologique montre que l'épiderme ne disparaît pas tout à fait à la surface du chancre; aussi n'y constate-t-on pas, à vrai dire, une ulcération. Vue de profil, l'érosion dessine une ligne incurvée se continuant directement avec les parties saines; la courbure est parfois très faible; sa partie centrale est à peine déprimée au-dessous de ses bords. La cavité érodée prend à peu près la forme « sans ressaut, sans arrêt (1) » d'un godet. Les *bords* sont, à ce niveau, marqués par le passage de la coloration de l'érosion à celle de la région épidermisée, qui a elle-même la couleur de la peau normale ou présente un anneau hypérémique; exceptionnellement, la limite exacte est mise en évidence par un mince liséré hémorragique. La *forme* de l'érosion est géométrique, ronde ou ovale, sauf dans les plis où elle s'allonge et où elle offre, à de rares exceptions près, deux moitiés symétriques.

La *couleur* de la surface érodée, dans les régions où il ne se forme pas de croûtes, ou quand on les a enlevées, est presque caractéristique; elle varie un peu cependant; tantôt, elle est grise et on la compare à celle du vieux lard (A. Fournier); tantôt, elle est rouge et offre la teinte de la chair musculaire; parfois, elle est sombre au centre, un peu violacée et plus claire à la périphérie. Enfin, la surface offre souvent, quelle que soit sa couleur, un aspect *poli, vernissé.* Elle peut être parsemée de petites hémorragies : c'est la forme *pétéchiale* d'A. Fournier.

b. Induration chancreuse. — La masse indurée a une forme semblable à celle de l'érosion à laquelle elle est sousjacente et qu'elle déborde plus ou moins. Elle est ferme, — il est difficile de plier le chancre, — mais parfaitement élastique. L'épaisseur de l'induration est en général constante en tous les points, c'est un véritable disque plat qu'on perçoit très bien en prenant le chancre entre les doigts à ses deux extrémités; la forme hémisphérique est rare. Tantôt, l'épaisseur est faible et ne dépasse pas celle d'un parchemin ou d'une pièce de cinquante centimes; tantôt, au contraire, elle atteint plusieurs millimètres.

c. Rapports de l'érosion et de l'induration. — L'induration déborde régulièrement l'érosion, parfois de quelques millimètres. Ce fait peut se traduire cliniquement : on constate, autour de l'érosion, une surface légèrement saillante, un anneau qui dépasse le niveau de la peau saine. Dans certains chancres, l'induration entière fait une saillie à bords abrupts (*ulcus elevatum*); l'érosion qui occupe la région centrale est alors plus évasée qu'elle ne l'est dans les chancres plats. L'anneau épidermisé, qui limite l'érosion, présente, soit les caractères de la peau normale, soit une teinte hypérémique, soit au contraire de la pâleur; il semble que l'épiderme soit sectionné obliquement, et que la pente de la section continue celle de l'érosion.

A ces symptômes objectifs généraux du chancre, ajoutons l'*indolence* qui est de règle (quand elle manque, c'est que la surface du chancre est infectée secondairement ou irritée, comme il arrive souvent dans les chancres uréthraux et buccaux) et un signe expérimental, la non-inoculabilité sur le porteur. Celui-ci n'est pas aussi absolu qu'on l'a cru : cliniquement, on peut voir (Besnier) un chancre se développer sur la face interne des cuisses, consécutivement au chancre génital. Mais, en fait, la non-inoculabilité *expérimentale* est constante.

(1) A. Fournier. Chancre syphilitique génital chez la femme, *Musée de l'hôpital Saint-Louis*, 3e fasc.

IV

Caractères particuliers. — a. *Forme.* — Dans les plis, le chancre s'allonge, devient fissuraire; quelquefois, il s'étale des deux côtés et prend la forme en feuillet de livre.

Lorsque deux chancres indurés sont au contact l'un de l'autre, ils peuvent confluer et alors l'érosion, l'induration, n'ont plus leur forme géométrique normale.

b. *Dimensions.* — Les dimensions moyennes du chancre sont celles d'une pièce de vingt centimes; parfois plus petites, elles peuvent atteindre celles d'une pièce d'un franc : en deçà et au delà, il existe, d'une part, des chancres nains, de l'autre, des chancres géants.

Les chancres nains ont les dimensions d'une lentille ou même d'une grosse tête d'épingle. Souvent multiples, ils rappellent l'herpès par l'érosion et le suintement léger dont ils sont le siège (*chancres herpétiformes*).

Les chancres géants peuvent dépasser les dimensions d'une pièce de cinq francs. Mais, si la surfece s'élargit, l'induration n'augmente pas nécessairement en profondeur; le chancre peut garder les caractères de disque plat que nous avons signalés. D'autres fois, au contraire, l'épaisseur devient très considérable; on voit, dans le musée de Saint-Louis, deux chancres jumeaux du menton mesurant chacun les dimensions d'une pièce de cinq francs, former un relief de plus de 14 millimètres.

c. *État de la surface.* — Parfois l'érosion est absente. Le chancre fait alors une saillie légère, indurée, d'un rouge sombre ou d'un rouge violacé, un peu desquamative. Cette anomalie ne s'observe que dans des endroits où il ne se produit ni infection, ni macération; ou bien il s'agit de chancres un peu anciens déjà, dont l'érosion a guéri hâtivement.

Examinée sur les muqueuses, dans les régions où elle est recouverte par la peau, telle que le prépuce, le gland et dans les aisselles (1), la surface est celle que nous avons décrite; parfois elle est sèche, vernissée.

Plus rarement, il se fait une ulcération superficielle, sans doute due à une infection légère; l'érosion devient pultacée et se recouvre d'un enduit mou, peu épais, adhérent; ou bien il se produit une exsudation fibrineuse anormale, et alors c'est une véritable fausse membrane également adhérente (*chancres diphtéroïdes*).

La surface du chancre suinte légèrement à la pression; le liquide est séreux et *non purulent.* Si on presse davantage,

(1) Les lésions syphilitiques du derme, telles que les chancres, les papules secondaires, sont aisément débarrassées de leur épiderme, et s'ulcèrent. L'exulcération est de règle sur les muqueuses, — les plaques muqueuses ne sont que des papules, — et dans les plis de la peau, où la sudation amène la macération des couches superficielles peu résistantes; les caractères objectifs sont les mêmes ici que sur les muqueuses, d'où les noms, impropres du reste, de chancre muqueux de l'aisselle, plaques muqueuses interdigitales du pied.

si on essuie un peu énergiquement la surface, on détermine un faible saignement.

Parfois semblable au chancre muqueux, le *chancre cutané* se présente quelquefois dépourvu d'érosion, ayant du reste la couleur et l'induration typiques, et le plus souvent recouvert d'une croûte adhérente brunâtre ou foncée (*chancre ecthymateux*) : tantôt cette croûte est régulière et recouvre toute la surface érodée ; tantôt, elle est épaisse, saillante, régulière encore ; parfois elle est fendillée. Dans les régions couvertes de poils, les croûtes deviennent irrégulières, très épaisses ; quand on les enlève, on constate un peu de pus. Dans la variété que A. Fournier appelle *cupuliforme*, l'ulcération est évidée en forme de lampion, son pourtour forme une crête saillante de 2 à 4 millimètres et l'ulcération peut elle-même se creuser jusqu'à 4 ou 5 millimètres au-dessous de la peau saine.

Enfin, à côté des chancres cutanés, on décrit des chancres *cutanéo-muqueux*, tels que ceux qui sont situés à cheval sur la face externe et interne du prépuce : sur la face externe, le chancre prend le caractère ecthymateux ; sur la face interne, il est érodé. Il en est de même des chancres qui occupent la face cutanée et la face muqueuse des grandes lèvres, etc.

d. *Induration.* — L'érosion chancreuse peut manquer exceptionnellement : l'induration, qui traduit l'infiltration cellulaire et la réaction du derme, ne manque jamais ; parfois, elle déborde très largement l'érosion et peut alors déterminer la rougeur de la surface ; parfois, elle se développe en profondeur ; elle n'est plus aplatie, mais arrondie, hémisphérique.

L'absence de l'induration a été signalée dans les chancres très étendus et très superficiels, occupant des régions où la peau est très fine, par exemple dans ceux du fourreau : en réalité, elle existe, mais elle est difficile à percevoir parce qu'elle est très étalée.

VARIATIONS RÉGIONALES. — Le *chancre du gland* est généralement petit : son induration est peu épaisse, lamelleuse, en « carte de visite » (Fournier).

Le *chancre de la rainure balano-préputiale* est souvent un chancre fissuraire allongé ; on peut en percevoir l'induration en palpant la région sans découvrir le gland ; ou bien, il s'étend sur la face interne du prépuce et, quand on fait décalotter le malade, il y a un moment d'arrêt lorsqu'on arrive sur le chancre, puis, brusquement, celui-ci est mis à découvert. Parfois, l'induration est excessive ; elle forme une véritable plaie au-dessus de la rainure.

Le *chancre du filet* empiète souvent sur le gland ; il se traduit par une érosion ou une simple fissure limitée au filet, tandis que l'induration s'étend sur le gland.

Le *chancre de l'extrémité libre du prépuce* est souvent allongé et ulcéré régulièrement à sa surface. Tous les chancres de ces régions, prépuce, filet, rainure balano-préputiale, gland même, se compliquent fréquemment d'un œdème assez intense pour amener un phimosis qu'on ne peut réduire ; cet œdème s'étend sur le fourreau ; la verge prend la forme en « battant de cloche » ; par le palper, on sent une induration, et quelquefois des nodules lymphangitiques durs en dehors d'elle.

Le *chancre du fourreau* tend à entourer la verge et a souvent une forme allongée, elliptique. En raison de son étendue et de son caractère superficiel, l'induration y est souvent peu appréciable. Les bords sont fréquemment élevés et le fond pultacé.

Les *chancres du méat* et de *l'extrémité de l'urèthre* peuvent passer inaperçus ; cependant, ils sont souvent douloureux ; au palper, on constate de l'induration, et, en ouvrant le méat, on peut voir une rougeur sombre, un état vernissé ; on a observé simultanément un œdème considérable du gland. Parfois, l'infection de la surface du chancre, qui se révèle par des douleurs, amène également une suppuration, même abondante au point de simuler une blennorragie ; à la suite, le méat peut être déformé, élargi ou rétréci. Par un même mécanisme, le *chancre uréthral* peut être suivi de rétrécissement.

Les *chancres des grandes lèvres* amènent fréquemment un œdème intense, une déformation considérable de la région. Ils s'accompagnent fréquemment d'une induration étendue en largeur et en profondeur, sans limites précises.

Aux petites lèvres, le chancre est généralement petit, même nain. Parfois, elles sont entièrement envahies par l'infiltration dure.

Le *chancre du méat* s'ulcère aisément, et détermine un œdème de voisinage qui lui fait perdre ses caractères.

Le *chancre du vagin* est rare ; celui du *col* est au contraire fréquent. Il se présente sous la forme d'une exulcération régulière, lisse, de couleur pâle ou recouverte d'un enduit pultacé, blanc, gris ou jaunâtre, souvent limitée par une collerette sanguine ; elle occupe habituellement une des lèvres de l'orifice utérin ; plus rarement, elle l'entoure. Au doigt, on perçoit, quand on peut faire une palpation exacte, une induration manifeste. Au cours de son évolution, ce chancre devient parfois végétant et s'ulcère.

Le *chancre de l'anus* est souvent petit, caché au fond des plis radiés qu'il faut déplisser pour le voir ; il se présente sous la forme d'une exulcération allongée, étroite, à bords résistants. Il peut se développer sur des hémorroïdes. Par exception, on le voit très large ; l'induration s'étend alors vers la peau.

Les caractères des *chancres intra-anal et rectal* sont ceux du chancre classique. On n'admet plus qu'ils produisent des rétrécissements.

Le *chancre mammaire* occupe de préférence le mamelon de l'aréole. En dehors de la lactation, il peut offrir le type ecthymateux (Jullien). Chez les nourrices, le chancre peut être bilatéral ; il est rarement croûteux ; l'érosion est à nu. Ce chancre érosif peut être papuleux et former ainsi une saillie de 2 à 3 millimètres ; il peut entamer légèrement le derme au lieu de l'effleurer ; il est alors exulcéreux. On en a observé aussi une forme nettement ulcéreuse. Ces chancres peuvent offrir des variétés de configuration : c'est ainsi que A. Fournier décrit un chancre en fer à cheval ou semi-lunaire et un chancre fissuraire du mamelon ; ce dernier peut former, à la base de cet organe, une longue bande semi-lunaire, érosive ou ulcéreuse, occupant une partie plus ou moins étendue de sa circonférence ; cette rhagade ulcéreuse peut offrir la disposition en feuillet de livre ; parfois, elle décolle partiellement le mamelon. Ces chancres mammaires sont, d'après A. Fournier, multiples, dans environ un tiers des cas ; de Beurmann en a observé jusqu'à vingt-cinq : en pareils cas, ils sont petits et superficiels. Les chancres mammaires peuvent devenir *phagédéniques* et s'étendre alors, soit en surface, soit en profondeur (1).

Le *chancre labial* occupe surtout la ligne médiane. Il est

(1) A. FOURNIER. Chancre syphilitique du sein, *Musée de l'hôpital Saint-Louis*, 40e fasc.

croûteux quand il intéresse la partie cutanée de la lèvre; cette croûte peut être rupioïde. Parfois, c'est un chancre nain; en général, l'induration est très marquée, profonde; elle s'accompagne d'un œdème diffus qui soulève le chancre; celui-ci prend une forme convexe; il peut simuler une tumeur. Aux commissures, il s'étend moins; on y observe surtout le type fissuraire (1). Aux *gencives*, le chancre est généralement petit; l'érosion a la forme d'un fer à cheval qui embrasse la dent.

Le *chancre de la langue* atteint de préférence les bords de l'organe; il s'accompagne d'une induration très profonde et très résistante ou bien il simule une plaque muqueuse un peu large, ne s'en distinguant que par l'induration sous-jacente. On peut le confondre également avec une ulcération tuberculeuse; celle-ci en diffère par l'irrégularité et le décollement de ses bords, les anfractuosités et la couleur jaunâtre de sa surface, l'absence d'induration (ce signe n'est pas constant), l'existence des nodules de Féréol, petites tumeurs tubéreuses distribuées au pourtour de l'ulcère, et des points jaunes de Trélat; la recherche du bacille et les résultats des inoculations pourraient, s'il était nécessaire, écarter tous les doutes (2).

Nous savons aujourd'hui que le *chancre de l'amygdale* est commun, mais reste souvent méconnu. Dans sa forme typique, c'est une ulcération régulière, à bords réguliers; sa surface est d'une couleur jaunâtre; elle repose sur une base dure. On l'a vue être assez profonde pour simuler une gomme ou un épithéliome. On peut observer au contraire une hypertrophie extrême de l'amygdale — quelquefois elle se recouvre de fausses membranes — simulant une amygdalite vulgaire ou diphtérique. L'erreur est d'autant plus facile que les adénopathies peuvent être multiples et qu'il peut se produire des troubles de la santé générale avec réaction fébrile. On pourra parvenir au diagnostic si l'on considère que l'invasion de la maladie est moins rapide, que les lésions sont unilatérales, que l'évolution est plus lente; la recherche du bacille de Lœffler évitera toute confusion avec la diphtérie (3).

Le *chancre de la paupière* supérieure en amène la chute et par conséquent l'occlusion possible de l'œil (4). On connaît quelques exemples de chancre de la conjonctive bulbaire. Dans tous ces faits, l'adénopathie est pré-auriculaire.

Aux doigts, les *chancres de la base de l'ongle* ont une forme semi-lunaire dont la concavité embrasse l'ongle; quelquefois, les chancres des extrémités se compliquent de réaction inflammatoire et peuvent faire penser à un panaris. L'extension du chancre sous l'ongle amène souvent de vives douleurs; cet organe devient le siège d'une dystrophie qui peut être indélébile.

Les chancres du *cou* peuvent être également très volumineux; nous les avons vus prendre la forme d'ovales à grand diamètre transversal.

V

Adénopathie siphylitique primaire. — L'infection du système lymphatique, consécutive à l'inoculation du parasite de la syphilis, est précoce et se révèle cliniquement 98 fois sur 100. Les lésions des ganglions auxquels aboutissent les vaisseaux blancs partis de la région syphilisée se traduisent par leur accroissement de volume et leur dureté. Les tissus ambiants sont respectés, de sorte que les ganglions tuméfiés sont bien distincts les uns des autres et roulent sous le doigt. Presque toujours, le premier ganglion atteint, plus gros et plus induré que les autres, se développe concurremment avec l'induration chancreuse à laquelle il est étroitement subordonné. Ces adénopathies sont indolentes.

Il faut noter ici que les chancres de l'anus donnent lieu à la tuméfaction des ganglions inguinaux externes — tandis qu'il faut chercher à la partie interne de l'aine les ganglions indurés qui répondent aux chancres génitaux. Le chancre du vagin amène une adénopathie rétro-pubienne; il n'a pas, non plus que celui du col, de retentissement direct sur les ganglions inguinaux.

Les chancres de l'ombilic déterminent à la fois une adénopathie inguinale et une adénopathie axillaire, qu'il faut chercher sous le grand pectoral, au contact de la cage thoracique, comme celle qui est consécutive aux chancres mammaires. Enfin, il faut noter les caractères de l'adénopathie sous-maxillaire qu'on observe à la suite des chancres labiaux, linguaux et amygdaliens. En général, un seul ganglion est atteint et on le trouve à la face interne du maxillaire contre lequel il est appliqué, très volumineux, très induré. Il peut déborder le bord inférieur du maxillaire et s'accompagner d'un œdème étendu de la région qui révèle l'adénopathie.

Quelquefois, l'infection secondaire du chancre induré modifie les caractères de l'adénopathie, les ganglions augmentent de volume, deviennent douloureux, et un bubon peut se développer. Balzer l'a observé 17 fois sur 100 à l'hôpital du Midi, mais la proportion est certainement moins élevée dans d'autres milieux.

La suppuration, très exceptionnelle, en somme, du bubon syphilitique peut reconnaître trois causes :

a. L'infection de la surface du chancre par des pyogènes vulgaires, qui peut ne pas se révéler cliniquement;

b. La présence d'un chancre mixte;

c. Une tuberculose locale : les ganglions étaient bacillaires, et l'infection syphilitique a réveillé cette tuberculose locale, d'où une suppuration qui a tous les caractères d'un abcès froid.

La lésion des lymphatiques qui se rendent du chancre aux ganglions tuméfiés peut devenir apparente; on trouve alors, roulant sous le doigt, de petits cordons durs, irréguliers; des veines enflammées peuvent donner lieu aux mêmes sensations. Quelquefois, au niveau des lymphatiques, se forment des ulcérations qui prennent le caractère du chancre induré (Fournier). L'un de nous (Leredde) a vu le chancre de la face, compliqué de lymphangite réticulaire, simuler un érysipèle. Bassereau a relevé la lymphangite une fois sur cinq, proportion peut-être exagérée; en réalité, elle est fréquente, mais en général méconnue parce qu'on ne la cherche pas.

VI

Complications du chancre. — Des complications du chancre, les unes paraissent résulter d'une évolution anormale (chancre nécrotique), les autres d'une association parasitaire (chancres mixtes, chancre vaccinal).

Chancre nécrotique. — Sous ce nom, on comprend des faits où il se produit, à la surface du chancre, une ulcéra-

(1) A. Fournier. Chancre syphilitique de la lèvre, *Musée de l'hôpital Saint-Louis*, 50e fasc.

(2) A. Fournier. Loc. cit.

(3) A. Fournier. Chancre syphilitique de l'amygdale, *Musée de l'hôpital Saint-Louis*, 40e fasc.

(4) Hallopeau et F. Le Sourd. Soc. franç. de dermat., 1899.

tion qui s'étend rapidement de la surface vers la profondeur; la nécrose peut même s'étendre en profondeur et en surface (phagédénisme nécrotique). Le noyau induré s'élimine complètement. Parfois, cette nécrose, que l'on attribue à l'oblitération complète des vaisseaux, survient alors que le chancre est en réparation, et que l'érosion a disparu; ce fait tend à prouver que le parasitisme secondaire n'intervient pas dans ce processus anatomique.

Associations parasitaires. — Le chancre induré peut, comme nous l'avons déjà mentionné, être inoculé sur une lésion d'une autre nature ou en même temps qu'elle. Comme son incubation est plus longue que celle des autres lésions, on observe d'abord les caractères de celles-ci, qu'il s'agisse d'herpès, de chancre mou, etc.

D'autre part, une fois développé, le chancre peut être compliqué par une infection qui en modifie les caractères (*chancre condylomateux*, *chancre suppuré*, *chancre gangréneux*).

Lorsque le chancre complique une lésion ulcéreuse antérieure, il garde, parfois pendant toute sa durée, la configuration de celle-ci, et souvent l'ulcération préexistante est entretenue, de sorte que le chancre ne prend pas des caractères superficiels réguliers. L'induration seule le révèle.

La *balanite* associée, isolée, ne modifie pas nettement l'aspect du chancre, mais elle augmente l'œdème préputial, le phimosis, et gêne le diagnostic parce qu'on attribue tous les symptômes à la suppuration diffuse du gland; il est nécessaire de pratiquer la palpation de la région pour déterminer l'existence du chancre.

La notion et la description du *chancre mixte* sont dues à Rollet. Au début, la lésion a le caractère du chancre simple, mais, peu à peu, l'induration se développe. Parfois, l'inoculation du chancre mou se fait sur un chancre induré, soit que le malade ait eu à nouveau des rapports sexuels, soit qu'il soit porteur de deux chancres, l'un simple, l'autre induré, et que le pus du premier infecte le second.

Lorsque le chancre mixte est à sa période d'état, on constate, au-dessous d'une ulcération irrégulière, à fond pultacé, à bords décollés, une induration étendue. Les ganglions sont en général durs et volumineux, ils roulent sous le doigt; ils ont alors le caractère de ganglions syphilitiques; dans d'autres cas, ils se tuméfient, et suppurent comme le bubon vénérien vulgaire.

Le *phagédénisme* du chancre syphilitique peut s'observer quelle que soit la localisation du chancre, et même en l'absence de causes prédisposantes connues, telles que l'alcoolisme, le diabète.

A. Fournier décrit : 1° un phagédénisme gangréneux : le chancre devient noirâtre et s'élimine, puis on assiste à l'élimination successive de masses sphacélées, en profondeur et en surface; l'ulcération, noire, ou d'une couleur foncée, s'élargit et s'approfondit simultanément;

2° Un phagédénisme ulcéreux, où l'on constate, autour de l'ulcération, une teinte rouge foncé, une sécrétion séreuse, parfois hémorragique. Le processus peut être très superficiel (phagédénisme érosif);

Le phagédénisme syphilitique s'accompagne quelquefois d'accidents infectieux graves. D'après A. Fournier, il est beaucoup moins extensif et dure moins longtemps que celui du chancre mou.

Cependant, pour Besnier, ce phagédénisme est toujours dû à l'association d'un chancre simple.

Les caractères du *chancre vaccinal* sont des plus simples : la vaccine évolue d'abord; le chancre apparaît vers le vingtième jour sous forme d'une induration au-dessous des croûtes. Celles-ci tombées, le chancre présente ses caractères réguliers.

Parmi les accidents qui compliquent le chancre en évolution, le plus banal est l'*œdème*. On peut dire, suivant l'un de nous (Leredde), qu'il répond toujours à une infection associée; nous pensons qu'il est constamment inflammatoire, traduisant une lymphangite superficielle et limitée aux organes génitaux : il peut être excessif, alors même que cette lymphangite est peu développée. On l'observe surtout au prépuce, quand il existe de la balanite, aux petites et surtout aux grandes lèvres, lorsque le chancre atteint une femme qui présente de la vulvite ou de la vaginite.

La pathogénie du *chancre condylomateux* est inconnue. Un a n'ose affirmer que la formation papillomateuse soit due à des parasites; l'un de nous (Leredde) croit qu'on peut être plus hardi. Histologiquement, on constate un tel nombre de leucocytes polynucléaires que l'infection paraît probable, et tout ce que nous savons des végétations en général nous pousse à attribuer leur formation à des agents animés.

Le chancre condylomateux s'observe uniquement sur les muqueuses génitales et dans les régions de macération sudorale. On ne le rencontre guère qu'au moment de la période secondaire, coexistant avec des plaques également condylomateuses. Il ne s'en distingue que par ses dimensions parfois plus élevées, et l'induration sous-jacente, mais celle-ci disparaît alors que la lésion superficielle persiste.

La *suppuration* du chancre est rare; elle peut être partielle ou totale et déterminer des ulcérations de la surface.

Enfin la *gangrène*, qui est rare également, se limite à peu près à la masse indurée; il se forme une escarre brunâtre qui englobe le chancre (Balzer). Cette gangrène n'a pas en général la marche envahissante qu'on observe dans le chancre mou (Balzer).

VII

Évolution du chancre syphilitique. — Nous avons vu que l'incubation du chancre est de quinze jours au minimum, en moyenne de vingt à trente jours, que celle de trente-cinq à quarante, cinquante jours, est exceptionnelle et doit être rigoureusement vérifiée et que cependant l'un de nous l'a vue atteindre soixante-dix jours.

Parfois, après le premier chancre, en apparaissent de nouveaux, quelques jours après (chancres successifs).

Le début se fait par une légère saillie indurée; simultanément, ou les jours suivants, paraît l'érosion. L'extension périphérique se poursuit pendant quelques jours encore.

La réparation commence du vingtième au quarantième jour en général. L'érosion disparaît toujours avant l'induration; la surface devient animée, d'un rouge vif, finement bourgeonnante, et l'épiderme la recouvre de la périphérie vers le centre. Mais l'induration persiste, et souvent on la constate encore au bout de deux ou trois mois, lorsque le chancre a été un peu volumineux.

Tel est le processus régulier. Il existe des chancres abortifs qui disparaissent quinze à vingt jours après leur apparition, et des chancres persistants, en général entretenus par une infection superficielle.

En outre, A. Fournier a décrit le chancre *redux*, caractérisé par la réapparition de l'érosion qui a disparu pendant quelque temps, tandis que l'induration restait stationnaire. Enfin, que l'érosion persiste ou non, des plaques muqueuses,

simples ou condylomateuses, se développent souvent au voisinage immédiat de l'induration.

La *cicatrice* du chancre induré est plate, parfois pigmentée sur toute son étendue, ou blanche et pigmentée à sa périphérie. Elle disparaît *constamment*, dans un laps de temps qui varie de trois mois à plusieurs années, si le chancre n'a pas été infecté ou modifié par des cautérisations intempestives, et s'il n'a pas été compliqué d'une ulcération, telle que celle du chancre mou. Il est donc inutile de chercher les traces de l'accident initial de la syphilis lorsque celle-ci est de date ancienne. Sur les muqueuses, la cicatrice est tout à fait éphémère.

Le bubon primaire persiste souvent six mois après le début du chancre.

VIII

Diagnostic. — Le diagnostic du chancre syphilitique est souvent facile et peut être porté avec certitude par un dermatologiste exercé. Mais, si les caractères ne sont pas au complet, s'il existe quelque chance d'erreur de diagnostic, *le médecin doit attendre*. Il est grave d'annoncer à tort la syphilis à un malade ; il est grave d'affirmer qu'elle n'existe pas alors qu'elle existe : tantôt, les caractères deviendront plus précis ; tantôt, par un traitement simplement aseptique, les lésions chancriformes rétrocéderont ; parfois, il faudra attendre jusqu'à l'époque où doit paraître la roséole.

Toute érosion, de date récente, des organes génitaux peut être le début d'un chancre. Toute lésion caractérisée des organes génitaux peut être mixte : par exemple, un chancre mou, survenu trois jours après un coït, peut prendre ultérieurement les caractères d'un chancre mixte.

Cependant, la présence d'une ulcération chancriforme aux organes génitaux, survenue moins d'une semaine après un coït, et lorsqu'il n'y a pas eu de coït plusieurs semaines avant, doit faire repousser la syphilis, sauf les réserves dues à la possibilité d'une ulcération mixte. Il va sans dire que, lorsqu'elle est possible, la confrontation avec la femme suspecte d'avoir pu transmettre la syphilis et son examen s'imposent.

Rappelons les symptômes capitaux du chancre syphilitique, l'*érosion*, l'*induration*, l'*indolence*, l'*adénopathie*.

Il est rare que l'*induration* ne soit pas perceptible ; il peut s'agir de chancres très entendus occupant une région où la peau est mince (fourreau), mais, en prenant la lésion entre deux doigts, exactement à ses extrémités, on perçoit la résistance et l'élasticité dues à l'infiltration cohérente du derme.

Toutes les érosions et les ulcérations génitales, chancre mou, herpès, peuvent s'accompagner d'induration. Cette induration, qui résulte d'une inflammation dermique œdémateuse et diffuse (Berdal), est moins régulière que dans le chancre syphilitique, moins en plateau, moins nettement circonscrite à la région ulcérée. Elle s'accompagne souvent d'une suppuration superficielle qui résulte, dans bien des cas, d'irritations thérapeutiques intempestives qu'on peut retrouver par les commémoratifs.

C'est précisément dans ces lésions enflammées secondairement d'une manière artificielle qu'on observe des ganglions inguinaux pouvant simuler l'adénopathie syphilitique initiale. Presque toujours, un seul ganglion est intéressé ; il est moins dur, moins gros, plus douloureux ; dans le chancre mou, une réaction inflammatoire franche est habituelle et se termine par suppuration.

Mais les éléments essentiels du diagnostic doivent être cherchés dans les caractères de l'ulcération, de ses bords et de son fond.

Le *chancre mou* est une lésion ulcéreuse à bords en pente brusque, presque toujours décollés. Le fond est irrégulier, granuleux, de coloration fauve, tapissé de globules blancs qu'on retrouve abondants à l'examen microscopique. La lésion est douloureuse. Les chancres mous sont habituellement multiples.

Enfin, deux caractères permettent le diagnostic absolu : ce sont, l'auto-inoculabilité et la présence du bacille de Ducrey dans le pus du chancre d'origine et dans le pus du chancre inoculé expérimentalement.

L'*herpès génital* est constitué, non par des ulcérations, mais par des érosions consécutives à de petites vésicules. Ces lésions peuvent simuler le chancre lorsque les érosions sont devenues cohérentes, lorsque, grâce à une irritation d'origine locale, due, par exemple, au siège dans des plis où l'infection secondaire est facile, ou à une irritation thérapeutique, une infiltration dermique se développe. Mais toujours, on trouve sur les bords, au moins à la loupe, une forme polycyclique et microcyclique, c'est-à-dire composée de très petits segments de cercle disposés bout à bout, qui révèlent la structure vésiculeuse initiale.

L'herpès génital, lorsqu'il est enflammé, est toujours douloureux. Les antécédents du malade révèlent d'habitude des poussées d'herpès antérieures ; on peut observer des vésicules à distance.

Les *sillons acariens* de la verge ont habituellement un aspect papuleux et œdémateux ; quelquefois, ils s'infiltrent, deviennent durs et peuvent s'ulcérer. Ces lésions restent d'ailleurs prurigineuses ; leurs ulcérations sont irrégulières. On trouve, sur le reste du corps, les altérations caractéristiques de la gale.

On se rappellera qu'il existe des *lésions tertiaires chancriformes*, et enfin que l'*épithéliome*, la *tuberculose*, voire même des *néoplasies sarcomateuses*, ont pu être confondus avec le chancre syphilitique.

En dehors des lésions génitales, certains chancres prêtent à des erreurs de diagnostic que nous ne pouvons exposer dans leurs détails.

Une ulcération tuberculeuse, épithéliomateuse ou autre, peut devenir chancriforme, mais l'absence de roséole, si elle a deux mois de durée, l'absence d'adénopatie, ou l'existence d'adénopathies d'aspect différent de celles qui appartiennent à la syphilis primaire, la non-indolence permettent d'éliminer le chancre, même si les caractères de l'ulcération et de la réaction inflammatoire ou néoplasique profonde prêtent à confusion.

IX

Traitement du chancre syphilitique. — Le chancre syphilitique peut être enlevé, surtout lorsqu'il siège au prépuce ou à la vulve ; on facilite ainsi la guérison locale, mais on admet généralement que l'on ne modifie en rien, à quelque période qu'on intervienne, l'évolution de la syphilis. Cependant, il y aura lieu de rechercher de nouveau si l'ablation de cette source mère du contage n'atténue pas la gravité de la maladie ; les faits, signalés par l'un de nous, de la prédominance et des caractères beaucoup plus accentués des accidents secondaires au pourtour de ce foyer initial,

plaident en faveur de cette hypothèse [Hallopeau (1)].

Jamais le chancre induré ne sera cautérisé d'une manière banale ou soumis à un traitement irritant. Toute application active peut déterminer des cicatrices vicieuses et qui ne disparaissent pas comme le fait régulièrement la cicatrice spontanée. On se contentera d'un pansement avec de l'ouate imprégnée d'une solution de sublimé au cinq-millième.

Si le chancre est mixte, le traitement sera celui du chancre mou (Leredde).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(20 DÉCEMBRE 1899)

M. Nélaton revenant sur les deux malades qu'il a présentés à la Société et auxquels il avait pratiqué la résection de la hanche pour des **coxalgies**, tient à compléter aujourd'hui cette présentation et à dire, avec sa loyauté habituelle, que la femme qu'il a montrée, quatorze mois après l'intervention, a été reprise de douleurs et qu'elle est atteinte aujourd'hui d'un nouvel abcès. Cette femme a maintenant une fistule et est en pleine récidive. Malgré cela, M. Nélaton conserve l'opinion qu'il a défendue relativement à la résection de la hanche. Cette femme, malgré sa récidive, est incontestablement dans une meilleure situation que celle qu'elle présenterait si elle n'avait pas été opérée. Mais pour M. Nélaton la résection de la hanche doit être à la coxalgie suppurée ce qu'est la résection du genou pour la tumeur blanche; il est bien entendu que dans les deux cas il s'agit d'une arthrectomie totale. En outre, quand les chirurgiens n'attendront pas pour intervenir, dans la coxalgie, que les lésions soient trop étendues, ils auront de meilleurs résultats.

M. Nélaton rappelle, en ouvrant cette discussion, n'avoir eu en vue que la coxalgie des adultes. La discussion a porté ensuite sur la coxalgie des enfants et deux opinions opposées se sont produites, celle de M. Félizet préconisant l'opération et celle de M. Kirmisson préférant les méthodes conservatrices.

L'opinion des abstentionnistes tient peut-être à ce qu'ils n'ont pas acquis l'habitude de cette opération qui entre les mains de chirurgiens habitués à la pratiquer devient une opération presque inoffensive et souvent efficace.

Quoi qu'il en soit, l'accord n'est pas encore parfait et c'est l'avenir qui nous dira de quel côté est la sagesse.

Tout le reste de la séance a été consacré à des élections :

M. Richelot a été élu, à l'unanimité, président pour l'année 1900; M. Reclus échange son titre de secrétaire général, contre celui de vice-président. C'est M. Segond qui le remplace comme secrétaire général. MM. Jalaguier et Gérard-Marchant sont élus, l'un premier, l'autre second secrétaire.

La Société a ensuite élu M. Beurnier, membre titulaire, et MM. Delanglade (de Marseille), Loison (de l'armée), Tedenat (de Montpellier), et Malapert (de Poitiers), membres correspondants nationaux.

(1) L'un de nous, dans l'idée d'agir à distance sur les éléments infiltrés du chancre infectant, l'a cautérisé avec du sublimé en poudre; l'escarre ainsi produite s'est éliminée au bout de douze jours et a laissé à sa place une membrane de bourgeons charnus qui s'est cicatrisée rapidement. La syphilis a évolué et a été bénigne (Hallopeau).

MÉDECINE PRATIQUE

La teinture d'iode dans le traitement des gastro-entérites infantiles.

Le docteur Cattaneo (de Parme) a administré la teinture d'iode dans 18 cas de gastro-entérite aiguë, chez des enfants d'un à deux ans. Les résultats qu'il a obtenus sont excellents. Les vomissements et la fièvre cessent en général dès le premier jour, la diarrhée disparaît au bout de quarante-huit heures. Il n'a vu aucun inconvénient à cette méthode, même chez les enfants les plus jeunes.

Il prescrit x à xv gouttes de teinture d'iode dans 150 grammes d'eau; une cuillerée à café toutes les heures.

Auparavant il fait prendre un purgatif, et ordonne la diète hydrique.

Cette médication qui se recommande par son bon marché n'a donné à M. Cattaneo aucun résultat dans les formes chroniques.

Traitement des ulcères variqueux.

M. Lafond-Grellety (de Villefranche-de-Longchapt) préconise, dans le *Bulletin médical*, un mode de traitement qui lui aurait donné les meilleurs résultats dans les cas d'ulcères variqueux.

Au point de vue pratique, il les divise suivant qu'ils sont ou non accompagnés d'œdème. Dans ce dernier cas, la première chose à faire est d'évacuer le liquide sous-cutané. Pour cela, M. Lafond rejette les mouchetures et l'incision de la peau, et recourt au procédé de Fürbringer.

On sait qu'il consiste à creuser, avec un gros trocart enfoncé parallèlement à la surface de la peau et qui chemine le long de la face profonde du derme, un petit tunnel sous-cutané dans lequel on introduit un drain de caoutchouc rouge, long de deux mètres, et percé de trous latéraux dans sa partie moyenne.

M. Lafond laisse le drain en place pendant trois jours au moins; il ne l'enlève que lorsque l'écoulement est tari depuis vingt-quatre heures environ. Le moment est alors venu de s'occuper des plaies ulcéreuses qui, alors, ne suintent plus et se trouvent ramenées aux conditions du premier groupe.

Il est bon, avant toute autre chose, de les exciter par de légers attouchements avec le crayon de nitrate d'argent pendant un jour ou deux. Ensuite, on place sur chacune d'elles des compresses de coton hydrophile imbibé d'une solution chaude — 37 degrés environ — de sérum gélatiné à 10 p. 100. La ouate est entourée d'une feuille de gutta-percha qui maintient l'humidité du pansement et entoure le membre. Celui-ci est maintenu dans une position horizontale, et l'on exige du malade qu'il renouvelle trois ou quatre fois par jour les compresses. Il est important, en effet, que ce renouvellement soit répété plusieurs fois en vingt-quatre heures, car la solution gélatinée, qui se prend en masse par le refroidissement à la température extérieure, agit d'autant mieux que la température à laquelle elle est employée est plus voisine de 37 degrés.

Grâce à la solution de gélatine, qui a vis-à-vis des cellules endothéliales et vaso-formatrices un rôle nutritif certain et considérable, qui aide à l'organisation de la cicatrice (Cornil et Carnot), les ulcérations guérissent dans un temps d'autant moins long que le liquide de l'œdème a été plus complètement évacué et que les dimensions de la plaie étaient moins considérables.

Ce traitement a donc les avantages suivants : il est simple, non sanglant, et ne demande ni outillage considérable, ni aptitude chirurgicale particulière.

La morphine employée comme tænifuge.

On n'est pas toujours certain d'avoir la tête du tænia après l'administration de l'extrait éthéré de fougère mâle.

Le docteur Kyme propose un nouveau moyen de ne pas manquer l'expulsion totale du parasite.

Si ce procédé n'est pas absolument pratique il est au moins très ingénieux; c'est à ce titre que nous l'empruntons à la *Médecine moderne*.

Quand la plus grande partie du tænia est sortie de l'anus, M. Kyme pose une ligature à quelques centimètres de l'orifice anal et au-dessus de la ligature il fait une injection de 3 centigrammes de morphine dans le corps même du ver. Il coupe ensuite le tænia au-dessous de la ligature et réintroduit le fragment supérieur dans le rectum.

La morphine injectée tue le parasite, et au bout de quelques minutes on n'a plus qu'à administrer un lavement d'eau et le tænia est rendu avec la tête.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les agnoscies, la cécité psychique en particulier (1), par le docteur V. Nodet.

Munck, pour la première fois, au cours de ses expériences célèbres de 1876 à 1879, employa et définit les termes de cécité corticale et de cécité psychique : la cécité corticale totale est la disparition persistante de toute impression et de toute représentation visuelle, la cécité psychique est la perte transitoire ou durable des représentations visuelles ainsi que des souvenirs-images acquis par des perceptions visuelles antérieures. De nombreux travaux ont, depuis, appelé l'attention des philosophes, aussi bien que des médecins, sur la cécité psychique.

L'auteur a eu l'occasion de l'étudier dans le service de M. le professeur Lépine et il présente dans ce livre le résumé de ses observations en les reliant aux observations et expériences antérieures.

Après avoir défini les termes : reconnaissance et identification, il présente l'historique de la question et traite successivement des phénomènes visuels, des phénomènes psychiques dans la cécité psychique, puis des agnoscies et de l'agnoscie générale et des lésions des agnoscies. La relation de soixante-six observations et une bibliographie complète du sujet terminent cet intéressant travail.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1900 (1), par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, lauréat de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par le docteur Huchard, médecin des hôpitaux.

L'année 1899 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le Formulaire de Bocquillon-Limousin est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1900 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : Acide cinnamique, Acoïne, Amylène-chloral, Anémonine, Anésine, Anytyne, Aspérine, Astérol, Bromispine, Cacodylate de soude, Chloralbacide, Cosaprine, Créosoforme, Crésamine, Dionine, Echtol, Eudermol, Eunol, Fluorure d'ammonium, Formiate de lithine, Gélatine, Guilol, Héroïne, Homocréosol, Iodipin, Iridine, Malarine, Naphtolane, Nirvanine, Nitrite de soude, Oxycamphre, Phénalgine, Phénégol, Phospholutéine, Pipizoac, Quinine (uréo-chlorhydrate de), Quino-chloral, Siroline, Sugarine, Tannocaséum, Tannocol, Tenaline, Thymoforme, Vanadate de soude, Vasothion.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : Airol, Benzacéline, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyrine, Glycérophosphate, Icthyol, Kola, Menthol, Résorcine, Salypirine, Salophène, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Xéroforme, etc., etc.

Le Formulaire de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

(1) Gr. in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'apendicite, formes et traitement (1), par le docteur Aug. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Montrer qu'il y a des formes diverses d'appendicite auxquelles ne saurait convenir toujours la même indication thérapeutique, voilà le but que se propose M. Broca. Mais pour mieux faire comprendre dans leurs variations, la clinique et la thérapeutique de cette lésion, le docteur Broca met au préalable en relief quelques données anatomiques et anatomo-pathologiques.

Puis il passe à l'étude des formes cliniques, en commençant par les plus simples, les formes chroniques, puis l'appendicite aiguë à péritonite circonscrite, et enfin il termine par la péritonite aiguë généralisée.

La deuxième moitié du volume est consacrée au traitement qui varie considérablement à la fois dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion.

Et d'abord il expose les désaccords qui existent entre les partisans du traitement médical, les radicaux qui prétendent opérer toujours et de suite, et les temporisateurs (Roux de Lausanne, Brun, Jalaguier et Broca), qui, tout en disant : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite; l'appendicite est une lésion chirurgicale,» ne veulent pas pour cela opérer toujours et de suite.

D'après eux, sitôt le diagnostic posé, le chirurgien doit être appelé, c'est lui qui doit prendre la direction du traitement, qui doit surveiller lui-même et souvent l'évolution du mal; et cela parce qu'il doit se tenir prêt à opérer, au besoin, toute affaire cessante. A leurs yeux le traitement de l'appendicite doit être toujours chirurgical, et ce n'est pas par peur du bistouri qu'ils retardent son entrée en jeu. C'est parce que les conditions de l'intervention immédiate sont, pour eux, moins favorables que celles de l'intervention retardée.

Les indications générales posées, l'auteur examine les détails relatifs au traitement chirurgical de chaque variété d'appendicite, et il décrit le manuel opératoire type, celui de la résection de l'appendice non adhérent, en quelques pages remarquables de précision et de clarté, que complètent huit figures faites d'après nature.

(1) In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 147. — MARDI 26 ET JEUDI 28 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. MARDI 26 ET JEUDI 28 DÉCEMBRE 1899. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN. { FRANCE. . . . . . . 15 FRANCS.
UNION POSTALE. 25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de soixante-quatre ans, après une courte maladie. Avec lui disparaît un des plus dignes représentants de notre profession. Clinicien consommé, habile thérapeute, savant et philosophe, Ferrand, dans sa nombreuse et brillante clientèle comme parmi ses confrères, ne comptait que des amis. Par la dignité de sa vie, par la sincérité de ses convictions, par l'élévation de son caractère, il a toujours su inspirer, même à ses adversaires, la plus respectueuse estime. Quant à ses qualités de cœur, de dévouement professionnel, il faut avoir été un de ses malades pour les apprécier comme elles le méritaient. Aussi est-ce avec le cœur plein d'affliction et de reconnaissance que nous adressons à la famille si cruellement éprouvée de notre cher ami, l'expression bien sincère de notre douloureuse sympathie.

A. B.

Les obsèques de notre regretté confrère ont eu lieu ce matin à dix heures en l'église Saint-François-Xavier. Des discours ont été prononcés par M. le professeur Hutinel au nom de l'Académie de médecine, le docteur Gouraud au nom de la Société médicale des hôpitaux, le docteur Bardet au nom de la Société de thérapeutique, enfin le docteur Potherat, représentant la Société médicale du VIIe arrondissement de Paris.

— Nous apprenons que la *France médicale* change de direction. Notre sympathique confrère, M. le docteur Chevallereau, qui la dirigeait avec distinction depuis dix ans, se retire et cède la direction à M. le docteur Albert Prieur.

L'incident du concours de l'Internat. — Au cours de la réunion que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, les délégués des salles de garde ont émis le vœu que le concours fût recommencé en entier.

Une députation a été envoyée à M. Waldeck-Rousseau, qui l'a reçue avec bienveillance. Le président du Conseil croit devoir encore étudier la question avant de prendre une décision.

D'autre part, M. Napias a affirmé aux délégués que le concours de l'Internat serait à l'avenir entouré de toutes les précautions nécessaires. Tout candidat convaincu de fraude sera exclu définitivement des concours.

Quant à l'enquête judiciaire elle est toujours stationnaire.

Distinctions honorifiques. — Par décrets en date des 24 et 25 décembre 1899 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Tachard, médecin principal de première classe ; Caillet, médecin principal de deuxième classe ; Martingo et Mazellier, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Finot, Durand, Février, Laffargue et Camentron.

MM. les médecins principaux des colonies Le Moine, Garnier, Simond et Marchoux.

M. le médecin de première classe des colonies Camail.

MM. les médecins de première classe Layet, Lacarrière, Carmouze, Chastang, Jouenne, Bousquet, Valence, Chové et Séguin.

M. le médecin de deuxième classe Parin.

Marine. — Par décision ministérielle du 20 décembre 1899, M. Gravot, élève à l'École du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

Par arrêté ministériel du 19 décembre 1899, ont été nommés médecins stagiaires des colonies, les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent : MM. Couvy, Brengues et Thérandel.

Par arrêté du même jour ont été nommés médecins auxiliaires des colonies les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. David, Thomas et André.

MM. Pons, médecin de première classe du cadre de Toulon, et Lebeaupin, médecin de deuxième classe du cadre de Cherbourg, sont désignés pour remplacer, le premier M. le docteur Brochet, aux batteries d'artillerie à Madagascar, le second, M. le docteur Renault, au deuxième régiment de tirailleurs malgaches dans la même colonie.

M. Foucaud, médecin principal du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer au 13e d'infanterie de marine à Madagascar, M. le docteur Curet.

(*Voir la suite des* Nouvelles, p. 1405.)

SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES D'ORIGINE PALUDIQUE

Par M. le docteur J. Tikanadsé,
Médecin du 3e bataillon de tirailleurs caucasiens.

Les troubles mentaux dans les diverses maladies infectieuses aiguës ne constituent pas un phénomène absolument rare. On peut même dire que, parmi les facteurs étiologiques qui produisent des désordres intellectuels, ces infections jouent un rôle assez important.

Au siècle dernier, Esquirol (1) fut le premier à remarquer les relations étiologiques existant entre les maladies fébriles aiguës et les psychoses.

En 1823, Sébastian (2) a démontré l'existence de l'aliénation mentale dans la fièvre intermittente. Après lui, Albers, Schlager montrent les rapports des troubles psychiques et du typhus abdominal ; en 1865, Véber a donné une excellente description du délire (collaps delirium) dû à l'abaissement de la température dans les maladies infectieuses. Dans les dix dernières années de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude des psychoses d'origine infectieuse en France et en Allemagne (Simon, Griésinger). En 1872, Vinter a publié un travail sur les psychoses typhiques, et presque en même temps ont paru les excellentes monographies de Kæpelin et Müller. D'après ces auteurs, il existe un lien intime entre les psychoses et les maladies infectieuses. Il se fait une véritable intoxication de l'organisme par les poisons bactériens. Quoique la nature chimique des toxines microbiennes et leur action physiologique ne soit pas encore bien connue, la ressemblance entre le tableau clinique des psychoses et celui que produisent certaines substances toxiques introduites dans l'organisme nous donne le droit de supposer que les toxines, se développant au cours des maladies infectieuses, doivent jouer un rôle important dans la pathogénie des maladies mentales [Corsacoff (3)]. L'influence de ces poisons sur l'organisme et par conséquent sur le système nerveux, sera d'autant plus évidente qu'il sera en état de moindre résistance ou incapable d'éliminer les poisons.

C'est ainsi que la fièvre typhoïde, l'influenza, le choléra, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, la rougeole, les fièvres intermittentes peuvent s'accompagner d'aliénation mentale.

D'après Mossé (4), sur les 2000 aliénés de Sigburgy, 43 avaient été atteints de folie à la suite de la fièvre typhoïde. Christian et Jacob (5) ont noté la fréquence de la folie dans ce cas. Sur 79 malades traités dans la division psychiatrique de l'hôpital militaire de Kiew, 5 entrèrent à la suite d'une fièvre typhoïde (6). Wasilieff (7), Jurmann (8), Lewtchatkin (9), Greidenberg (10), etc., ont signalé des psychoses à la suite du choléra. On en a également signalé au cours de la grippe (11). On a alors noté tantôt de la mélancolie, tantôt des hallucinations. D'autres auteurs (1) ont observé des troubles mentaux dans le rhumatisme articulaire aigu survenant de la troisième à la sixième semaine. Le Dr Zotoff (2) cite environ 11 cas de psychoses ayant succédé à la rougeole. La plupart d'entre elles avaient le caractère de manie. Plus rares sont les désordres mentaux au cours de la pneumonie, le professeur Bloumenaou (3) a pu en réunir 9 cas.

Tels sont les faits que j'ai pu réunir sur les psychoses infectieuses.

On connaît relativement peu de cas de psychoses d'origine paludéenne. Quelques-unes des observations appartiennent d'ailleurs à une époque où le paludisme n'était pas connu comme il l'est aujourd'hui, depuis que Laveran a montré l'existence des hématozoaires du paludisme. Encore quelques-unes des observations les plus récentes pèchent-elles par l'absence de l'examen du sang.

Sébastian (4) et Griésinger (5) indiquèrent les premiers que l'intoxication palustre pouvait causer des troubles mentaux. Sydenham (6) et Frerichs les avaient cependant mentionnés. Miexle (7) cite un cas de désordre psychique à la suite de l'infection malarique chez un soldat de vingt-cinq ans servant aux Indes et dans l'Afghanistan. Hammond (8) a eu l'occasion d'observer une femme de vingt-sept ans, qui, au cours de l'infection malarique, fut prise de mélancolie, d'hallucinations et d'idées de suicide. Fecénko (9) a observé un cas semblable chez une recrue le troisième jour après la disparition d'un accès de fièvre intermittente simple. Berthier, Lemoine et Chaumier ont décrit une démence paludéenne spéciale liée avec le paludisme chronique (10). Manson (11) cite l'observation d'un homme présentant des troubles intellectuels à son retour des Indes. Le malade fut interné, l'examen de son sang montra la présence des hématozoaires du paludisme et à la suite d'un traitement prolongé par la quinine il fut parfaitement guéri. Pasmanik (12), à la suite d'un certain nombre d'observations, divise les psychoses palustres en trois groupes :

1° Les psychoses paludéennes des enfants où dominent l'apathie, un abattement profond, et où on observe plus rarement du délire.

2° Les psychoses s'accompagnant d'agitations au cours de la malaria chronique.

3° Les psychoses par cachexie palustre s'accompagnant de mélancolie simple et de stupeur.

Adler, à son tour, subdivise les psychoses malariques en

(1) Cf. Arthur Adler. Ueber die in Zusammentrange mit acuter infect. auftret. Seisttentorungen, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, LIII, 5.

(2) Arthur Adler. Loc. cit.

(3) Prof. Corsacoff. *Cours de psychiatrie*, Moscou 1893.

(4) Cité par Brouardel et Thoinot, *La fièvre typhoïde*, trad. russe, Saint-Pétersbourg, 1898.

(5) *Ibid.*

(6) Gorschacoff. Sur la question des psychoses après la fièvre typhoïde. *Journ. de méd. milit. russe*, 1898, n° 7.

(7) Wasilieff. *Revue neurol. russe*, vol. I, fasc. I.

(8) Jurmann. *Vratch*, 1894, n° 34.

(9) Lewtchatkin. *Rev. neurol. russe*, 1896, vol. III, fasc. II.

(10) Greidenberg. *Vratch*, 1893, n° 31.

(11) Althaus, cité par Arthur Adler, op. cit. — Jutrosinsky. *Ibid.* — Vidal cité par Trouillet et Esprit, *Sem. méd.*, 1895, n° 21, et *Journ. de méd. milit. russe*, 1896, n° 9. — Grasset. *Ibid.* — Rostœwsky. *Medicin. Obozr.*, 1895. n° 24. — Tapersnicoff. *Journ. de méd. milit. russe*, 1896, n° 7.

(1) Mensnet cité par Meyer in *Recueil des travaux des médecins d'hôpital de Marie pour les pauvres à Saint-Pétersbourg*, 1892, fasc. I. — Griésinger. *Ibid.* — Trousseau. *Ibid.* — Blouménaou. *Gaz. des hôp. de Bolkin*, 1893, nos 42-43.

(2) *Gaz. hôp. de Bolkin*, 1899, n° 13.

(3) Loc. cit.

(4) Loc. cit.

(5) Cité par Laveran, *Traité du paludisme.*

(6) Sydenham. *Ibid.*

(7) Miexle. *Schmidts Jahrb.*, 1892.

(8) Hammond. *Schmidts Jahrb.*, 1892.

(9) Fecénko, *Medicin. Oboz.*, 1897, n° 16.

(10) Cité par Remlinger. Les déterminations du paludisme sur le système nerveux. *Gaz. des hôpit.*, 6 mars 1897.

(11) Cité par Laveran, loc. cit.

(12) Pasmanik. *Wiener Klinisch. Wochens.*, 1897, nos 12 et 13.

deux catégories. Dans l'une il range les malades qui ont des alternatives de folie et de bon sens, dans l'autre ceux dont l'état mental reste toujours atteint et qui ne sortent de leurs accès de manie aiguë que pour tomber dans l'apathie et la mélancolie. Les malades observés par Pasmanik ont présenté tous les états intermédiaires entre l'apathie et la manie aiguë. L'examen du sang fait malheureusement défaut dans ses observations.

M. le docteur Rey a bien voulu me communiquer l'étude très détaillée qu'il a présentée au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes à Toulouse (août 1897). Ses observations et celles du docteur Boinet portent sur 35 malades chez lesquels les troubles psychiques étaient en rapport avec l'infection paludique contractée au Soudan ou à Madagascar.

Cette étude est d'autant plus intéressante que ces auteurs ont fait l'examen du sang et constaté la présence des hématozoaires du paludisme.

Dans quelques cas, les troubles mentaux apparaissaient avec les accès fébriles, sous la forme de mélancolie, d'hallucinations de l'ouïe ou de la vue, avec tendance à l'homicide ou au suicide.

Dans les autres, plus fréquents, les troubles mentaux coïncidaient avec l'affaiblissement des symptômes fébriles; il s'agissait alors de mélancolie, avec des idées de persécution ou simplement d'un état de dépression extrême allant jusqu'à la stupeur.

D'après Müller, 4,5 p. 100 des désordres cérébraux sont dus à des maladies infectieuses aiguës, en particulier la fièvre typhoïde et la grippe.

D'après Emminghans, le pourcentage monte à 25 chez les enfants. Remlinger estime que les troubles mentaux d'origine palustre sont peu fréquents, et cite à l'appui de son opinion les observations de M. Meilhon (1) qui a constaté l'extrême rareté de l'aliénation mentale chez les Arabes d'Algérie qui fournissent, comme on sait, un énorme contingent de paludéens.

Sur 5412 cas de fièvre intermittente, traités par Pasmanik, il a observé des troubles mentaux chez 106 malades, ce qui fait environ 2 p. 100 de cas. Ces chiffres sont peut-être un peu exagérés.

Les désordres psychiques sous l'influence de l'infection malarique sont, d'après mes observations, relativement rares. Sur 444 soldats paludéens traités à l'infirmerie du troisième « drougine » (bataillon) de tirailleurs caucasiens (indigènes) au cours des quatre années dernières, j'ai pu constater un cas de psychose d'origine nettement malarique, ce qui constitue le 0,2 p. 100.

En outre, sur 1416 malades atteints de malaria, parmi les habitants du district d'Osourghethy (contrée assez malarique, particulièrement dans sa partie nord-ouest), de 1895 à 1898 j'ai observé seulement deux cas, soit 0,14 p. 100.

Je crois qu'il ne sera pas sans intérêt de rapporter ici l'histoire de ces trois malades.

L'un a été observé à l'infirmerie de la troisième drougine de tirailleurs caucasiens, les deux autres dans ma clientèle privée.

Observation I. — Marie G..., âgée de vingt-six ans, mariée, demeurant dans le village de Bankhwaoury (district d'Osourghethy). Bien constituée.

(1) Meilhon. L'aliénation mentale chez les Arabes, *Ann. médic. psych.*, 1896.

Le père légèrement alcoolique est affecté de paludisme chronique; la mère, femme nerveuse, est d'un caractère emporté. Elle a une sœur épileptique.

La malade est elle-même très nerveuse et irritable. Rien de particulier dans son enfance. Réglée à 15 ans, bien depuis. Mariée à 18 ans, elle a trois fils vivants. Un quatrième enfant est mort.

Pendant une semaine avant le début de la maladie elle avait eu quelques accès de fièvre intermittente. Les derniers accès furent accompagnés de crampes, avec sensations d'engourdissement et fourmillements dans tout le corps jusqu'à l'apparition de la sueur. Après un de ces accès apparurent les troubles mentaux.

L'examen fait le 17 novembre 1895 me montra la malade dans une disposition d'esprit extrêmement joyeuse, mais passant avec une mobilité extraordinaire aux idées les plus tristes. Sa physiononomie est fort animée, elle parle trop, à haute voix et vite. Avant de finir une phrase elle en commence une autre. Elle tient volontiers des propos érotiques, elle chante, elle rit aux éclats; souvent elle s'approche du miroir, elle coquette, arrange ses cheveux : « Ah ! n'est-il pas vrai que je suis belle ? » demande-t-elle; elle injurie son mari, l'accuse de trahison et veut le tuer. Elle me prie de la délivrer de cet athée (son mari); elle nomme les femmes avec qui elle le soupçonne de la tromper, et elle les accuse de vouloir l'empoisonner.

T. 38° 7, P. 96, la peau est chaude et sèche, les pupilles sont également dilatées, le réflexe à la lumière est conservé, la rate est étendue de la septième côte à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

La malade est constipée, elle a été réglée deux semaines auparavant et n'a aucun trouble du côté des organes génitaux. Elle refuse de se nourrir.

Pensant, à cause des accès de fièvre antérieurs, que ces troubles mentaux pouvaient être sous la dépendance du paludisme je lui ordonnai un bain chaud et une injection hypodermique de 0gr8 de bichlorhydrate de quinine, après avoir pris auparavant du sang pour en pratiquer l'examen.

Le 18 novembre, T. 36°6-37°8. Après le bain la malade transpire abondamment, puis elle dort quelques heures. A son réveil *elle est plus calme*, bien qu'elle ait encore des périodes d'excitation pendant lesquelles elle chante et tient des propos érotiques, parfois elle entre en fureur, déchire ses vêtements et menace son entourage.

L'examen du sang révèle la présence d'hématozoaires avec des pigments.

Même traitement.

Le 19, T. 36-37°2. Nuit agitée. Traitement : deux bains, injection de quinine.

Le 20. Après le bain, le calme et le sommeil reviennent. La malade est moins mobile et moins soucieuse, comme fatiguée elle ne répond pas aux demandes. Elle prend deux verres de lait.

Les jours suivants l'état de la malade s'améliore, et le 28 juillet elle reprend ses occupations.

Ainsi, chez une femme nerveuse à prédisposition héréditaire ayant déjà subi les atteintes de la malaria, des troubles mentaux ont pu se développer sous forme de manie (nymphomanie) et délire de la persécution.

Obs. II. — Hélène K..., 23 ans, habite la partie paludéenne du district. Elle appartient à une famille saine et elle est elle-même de constitution robuste. Réglée à quinze ans, régulièrement depuis, mariée à vingt et un ans, trois enfants, les dernières couches vingt jours avant le début de la maladie. Après l'accouchement la malade avait eu quelques accès de malaria traités par la quinine.

J'apprends par un de ses proches parents que quatre jours avant le début de la maladie, Hélène K... a éprouvé une forte commotion morale. Le même jour elle a été prise

d'un fort accès de fièvre avec du délire pendant toute la nuit.

Au matin, elle s'est sauvée hors de sa chambre, en chemise, en poussant des cris.

Le 29 août 1897, je l'examine. Je trouve une jeune femme anémiée, avec le facies malarique, T. 37°1, P. 76. La rate est augmentée de volume et dure comme du bois. Les autres organes abdominaux et thoraciques sont normaux. Quelques retards dans l'évolution de retour de l'utérus.

Les pupilles sont dilatées, mais réagissent à la lumière, les réflexes tendineux et cutanés exagérés. Il y a des troubles vaso-moteurs, la période de réaction dure quatre-vingts secondes.

La malade est excitée et joyeuse, elle a perdu la conscience du temps et de l'espace. Elle se croit en enfer où elle voit des bûchers sur lesquels brûlent ses ennemies. Elle prend l'entourage pour des esprits malins, son frère pour un prophète, elle se prend elle-même pour une reine couronnée et afin de montrer sa majesté, elle se met debout sur une chaise. Elle se plaint continuellement de sentir l'odeur de cadavres d'enfants qui brûlent. Elle refuse les aliments et les boissons disant qu'ils sont empoisonnés par une de ses ennemies. Elle va et vient sans raison.

L'examen du sang montre la présence de plasmodies avec et sans pigments.

Traitement : bains chauds et injections hypodermiques de quinine deux fois par jour.

Le 7 septembre. Dans la nuit sommeil agité, délire, puis au matin préoccupation. Mêmes hallucinations.

Bains, quinine, lavement.

Le 8. Nuit tranquille. Un peu de délire le matin. La malade ne répond pas aux questions et refuse les aliments.

Le 9. Sommeil tranquille. Le soir elle a bu un verre de lait. Il faut insister pour obtenir une réponse. Les jours suivants, sous l'influence du traitement, la malade s'améliore progressivement et retrouve son état mental normal au bout d'une semaine.

Dans ce cas, cette femme ayant eu après ses couches des accès de fièvre intermittente, puis ayant fait à la suite d'une commotion morale une rechute et presque simultanément avec troubles mentaux, semble avoir été atteinte d' « aliénation aiguë hallucinatoire » suivant la terminologie de Krafft-Ebbing.

Obs. III. — Sémen R..., cosaque de la 2e centaine du 1er régiment Khapiersky.

Le 2 août 1898, à deux heures de la nuit, je suis appelé à la caserne de l'administration du district pour donner mes soins à un cosaque tombé subitement malade. D'après l'agent de police qui était venu me chercher, ce cosaque était devenu fou.

Arrivé à la caserne, je trouvai le malade sur son lit, les pieds et les poings liés.

J'appris qu'il se trouvait depuis quatre mois seulement à Osourghethy et que depuis quelques jours il se plaignait de malaises, d'une lassitude générale et de perte de l'appétit. Il exprimait à ses camarades ses regrets d'avoir laissé sa femme et ses parents et d'avoir été obligé d'abandonner les travaux des champs.

Le matin du 2 août, le malade était allé avec ses camarades surveiller des chevaux au vert à deux ou trois verstes de distance de la ville et il avait dîné avec eux. Le soir en se couchant il commença à monologuer, à se mettre à genoux, à faire le signe de la croix et à dire des prières, invoquant la reine des cieux. Puis tout à coup il sursaute, crie, tempête et se jette sur ses compagnons. Ceux-ci crurent d'abord qu'il plaisantait, puis se voyant frappés ils le lièrent et le portèrent à la ville.

Le malade, né à Batalpachinsk, dans la province de Kouban, est âgé de vingt-trois ans, de haute taille, maigre. Son crâne dolichocéphale est normal, les oreilles sont peu développées, les dents petites et irrégulières, la voûte du palais est élevée, les moustaches et la barbe rares.

Les réflexes sont exagérés, les pupilles dilatées réagissent normalement. La peau est chaude et humide, mais le malade ne se laisse pas tâter. Il m'injurie : « Allez-vous-en au diable ! que voulez-vous de moi ? »

Quand je lui mets un thermomètre sous l'aisselle il se calme un peu : « Eh bien, avec Dieu, faites tout ce que vous voudrez, je suis un pécheur, la reine des cieux me punit pour mes péchés. » Il dit des prières.

T. 37°8. P. 74.

Je donne l'ordre de délier ses pieds, mais il ne le permet pas. « Non, vous ne les avez pas liés, ce n'est pas à vous de les délier ; je suis cause du malheur de ma famille, tourmentez-moi, tuez-moi. » Il se porte des coups à la poitrine.

Il continue à ne pas répondre et à ne pas avoir conscience de ce qui l'entoure. Il me prend pour un général, et l'aide du chef de district pour son commandant de compagnie. Quand on ne le touche pas il reste tranquille et soupire de temps en temps. Il refuse toute nourriture, serre les dents et si on lui verse de force du lait dans la bouche, il ne l'avale pas. « Il ne faut pas me donner à manger, la reine des cieux ne le permet pas. »

La rate déborde de deux travers de doigt les fausses côtes. Rien d'anormal dans les autres organes. Le malade est transporté à l'hôpital où l'examen du sang montre des hématozoaires du paludisme sous la forme de corps hémisphériques.

Traitement : deux injections hypodermiques de quinine, bains chauds, lavement.

Le 3 août T. 36° 6. Insomnie, le malade est tranquille et soupire de temps à autre. Quand on s'approche de lui il regarde autour de lui avec effroi. Même traitement.

Le 4 T. 37° 2. Après le bain abondante sueur. Peu de sommeil. Refuse toute nourriture. Il se salit sous lui.

Le 5. Même état. Les sclérotiques sont jaunâtres, la face maigre a la teinte terreuse caractéristique des paludéens.

Le 7. Rien de nouveau.

Le 8. J'ai trouvé le malade assis sur son lit. Il répond assez intelligemment aux demandes qui lui sont faites. Il regarde chacune des personnes présentes de la tête aux pieds. Il boit un verre de lait.

Le 9. Le malade a recouvré ses esprits. Il se lève en me voyant et répond à mes questions. Ses souvenirs sont vagues. Traitement : quinine 0 gr. 50 *per os*, bain.

Le malade reste encore une semaine à l'hôpital puis chaque jour vient à la visite des malades ; son état mental n'est plus altéré.

Je l'ai revu un an après en pleine santé. En résumé chez ce malade, pendant l'accès de fièvre il y a donc eu de l'excitation, il cherchait à se faire mal et à faire mal aux autres. En même temps il divaguait et avait des hallucinations. Après la chute de la température il est devenu tranquille, parfaitement indifférent à tout son entourage, et le tableau ressemblait plutôt à de la mélancolie avec stupeur.

Ainsi, chez mes deux premières malades, qui dès leur enfance ont habité des lieux où le paludisme est endémique, et ont subi plusieurs fois l'influence de l'infection paludéenne, j'ai observé chez l'une de la manie aiguë, chez l'autre de l'aliénation aiguë hallucinatoire. Chez le troisième malade enfin l'état mélancolique s'est développé au cours de l'accès de fièvre.

En parlant plus haut de la pathogénie des psychoses infectieuses, j'ai montré qu'on les attribuait à l'intoxication de l'organisme par des poisons bactériens.

Quelques auteurs cependant ne pensent pas ainsi. Adler met ces troubles sur le compte de la fièvre et Pasmanik les

attribue à l'épuisement général de l'organisme à la suite d'accès de fièvre répétés.

D'après Laveran, les hématozoaires du paludisme, au contraire des bactéries pathogènes, ne sécrètent aucune toxine, et tous les symptômes du paludisme seraient dus à l'action mécanique des parasites, et aux prédispositions héréditaires.

Roque et Lemoine (1) ont cependant démontré que l'urine acquiert après les accès de fièvre des propriétés toxiques.

On voit donc que les opinions les plus diverses ont été émises pour expliquer le rôle de la malaria dans les psychoses.

Actuellement je crois qu'on doit surtout tenir compte de la force de l'infection et du terrain que présente le malade, de ses prédispositions héréditaires ou acquises.

C'est du moins l'impression que j'ai retirée de mes observations. La première de mes malades appartenait en effet à la famille neuropathique, la seconde éprouva une violente commotion morale. Enfin le troisième présentait tous les caractères d'un dégénéré.

Cette prédisposition nerveuse n'a pas été notée par Pasmanik, Kæpelin l'a, au contraire, remarquée dans 25 p. 100 des cas.

Quant à la nature et à la forme des troubles psychiques dus au paludisme, elles ne peuvent être précisées d'après mes observations.

Kæpelin, Pasmanik, Rey ont observé le plus souvent dans la fièvre intermittente des psychoses à type mélancolique. La manie a été observée plus rarement, or l'une de nos malades présentait cette forme.

Le pronostic est considéré par les auteurs comme généralement favorable.

Quant au traitement, il doit être surtout constitué par de la quinine à haute dose et des bains chauds.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

26 DÉCEMBRE 1899

M. Laborde a fait une intéressante communication sur le **réflexe respiratoire et son mécanisme fondamental dans la fonction cardio-respiratoire démontrés par l'observation radioscopique**. Des expériences faites sur les chiens par M. Laborde révèlent le mécanisme respiratoire, tant dans son établissement primordial que dans son fonctionnement consécutif une fois établi; et confirment l'efficacité hors de pair du procédé des tractions rythmées de la langue.

De l'intoxication alcoolique latente (alcoolomanie); **recherches expérimentales sur le sérum d'animal alcoolisé (antiéthyline), essais cliniques**, tel est le titre plein de promesses d'un travail qu'a lu M. Sapelier en son nom et au nom de MM. Broca et Thibault; d'après les faits curieux et nouveaux signalés par les auteurs, l'alcoolomane traité par l'antiéthyline perd le goût de l'alcool, des boissons fortement alcoolisées qu'il peut même en avoir le dégoût et en perdre l'accoutumance. Il conserve le goût du vin, retrouve l'appétit et les forces.

Si ces intéressants résultats se confirment dans l'avenir, il faut reconnaître que MM. Sapelier, Broca et Thibault auront rendu un grand service à l'humanité.

Signalons deux communications faites par M. Poncet, l'une basée sur la présentation d'une photographie en couleur représentant avec une parfaite fidélité des **tumeurs épithéliales craniennes**, l'autre sur les **résultats éloignés de l'urétrostomie périnéale**, étude clinique basée sur 23 observations. (Sera publiée.)

M. Hennecart (de Charleville) présente en son nom et en celui du docteur F. Terrien (de Paris) une note sur un cas **de conjonctivite diphtérique primitive observée sur sa fille âgée de quatre mois, traitée et guérie par le sérum du docteur Roux.** En citant ce cas comme un type d'inoculation du bacille de Lœfler, il rappelle les dangers que le médecin fait courir à son entourage malgré toutes les précautions. Il insiste sur ce fait que la loi oblige, sous peine d'amende, le médecin à faire au maire la déclaration de certaines maladies épidémiques, la diphtérie entre autres, mais qu'elle n'oblige nullement les communes à assurer les moyens de désinfection; il déplore l'incurie de la ville de Charleville, de 20000 habitants, qui n'a pas encore d'étuve.

L'Académie a procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes:

Epidémies. — MM. Hérard et Railliet.
Eaux minérales. — MM. Gautier, Proust et Laveran.
Remèdes secrets. — MM. Hallopeau et Fernet.
Vaccine. — MM. Kelsch et Blache.
Hygiène de l'enfance. — MM. Ribemont-Dessaignes et Budin.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(22 DÉCEMBRE 1899)

C'est une bien curieuse observation d'**intoxication alimentaire** qu'a publiée M. Rendu. Elle mérite d'être rapportée de façon détaillée, car elle démontre que de graves accidents d'infection peuvent succéder à l'ingestion d'aliments douteux, et survenir d'une façon extrêmement précoce. Dès le deuxième jour, en effet, le malade eut, d'emblée, l'aspect d'un typhique (à cette différence près que les symptômes abdominaux faisaient encore défaut); mais la céphalée, l'hébétude, le subdélire, l'adynamie, la langue sale et la fétidité de l'haleine faisaient penser nécessairement à une grave intoxication intestinale. Dès le début, et pendant toute une première période, deux symptômes prédominèrent : un exanthème caractérisé par une angine et une éruption symétrique des téguments, d'aspect scarlatiniforme, limitée aux extrémités des membres; éruption fugace ayant disparu au bout de trois ou quatre jours.

« On sait — je cite textuellement les paroles de M. Rendu — que, depuis les travaux de Brieger et de Netter, et surtout depuis le mémoire si documenté de Juhel-Rénoy en 1893, la plupart des cas de botulisme s'accompagnent d'éruptions variées, depuis le simple érythème jusqu'aux exanthèmes confluents, polymorphes, vésiculeux et bulleux. Or, dans les formes atténuées de ces exanthèmes, ce qui prédomine, c'est précisément la localisation aux extrémités des membres et la symétrie de l'éruption. Sous ce rapport, l'observation de mon malade se rapproche singulièrement du premier malade publié par Juhel-Rénoy, mais elle diffère de ce qui a été décrit antérieurement par la marche de la température et du cycle fébrile... Chez mon malade, c'est le type nettement intermittent qui a régné constamment avec une périodicité qui rappelle à s'y méprendre le tableau de la fièvre tierce, chaque accès étant précédé d'un frisson et suivi

(1) Cités par CHARRIN. *Pathologie infectieuse*, trad. russe, 1894.

d'une crise sudorale. C'est l'intoxication alimentaire seule qui a déterminé ces accidents fébriles. »

C'est là un fait sans doute unique jusqu'à présent. On considérait jusqu'alors comme une preuve à peu près certaine du paludisme, le retour d'accès précédés de frissons et séparés des accès suivants par des intervalles réguliers, sans fièvre. L'endocardite et l'aortite infectieuse sont venues donner un premier démenti à cette loi pathologique. Et voici que des phénomènes toxiques d'origine alimentaire donnent naissance à un tableau clinique absolument comparable.

Quel est l'aliment que l'on pourrait incriminer? Il est impossible de le déterminer. Le malade vivait dans une profonde misère et se nourrissait de déchets sans nom. Il a maigri en quinze jours de 4 kilogrammes. C'est dire la gravité de l'intoxication.

M. Paul Claisse vient d'observer **deux cas de parotidite, l'un au cours d'une appendicite, l'autre chez un urinaire.** Dans ces deux cas, l'agent pathogène est le staphylocoque doré, qui a d'ailleurs un rôle prépondérant dans les infections salivaires (Claisse et Dupré). Ici, comme dans toutes les observations déjà publiées, il ne peut être question de métastase, et l'évolution ascendante de l'infection est indéniable.

L'invasion du canal a été précédée par une stomatite intense, par des lésions gingivales et dentaires à évolution rapide, contre lesquelles ont échoué les tentatives d'antisepsie buccale, et qui se sont, au contraire, rapidement amendées avec l'emploi du sérum artificiel. Ces accidents buccaux résultaient de la diminution de sécrétion salivaire, les malades étant, pour des raisons différentes, condamnés à une diète absolue. Dans de telles conditions, l'antisepsie radicale de la bouche étant irréalisable, M. Claisse pense qu'il faut avant tout se préoccuper de rétablir la sécrétion salivaire, et que le moyen le plus rapide et le plus sûr est l'injection hypodermique de sérum.

En somme, dans certains cas, où les infections salivaires sont particulièrement à redouter, par exemple chez les urinaires, dans la convalescence de maladies graves, pneumonie, fièvre typhoïde, etc., il faut surveiller tout spécialement les dernières molaires où se font d'abondants dépôts de tartre, capables de créer une irritation traumatique du canal de Sténon, et détruire soigneusement ces nids de microbes. Si, malgré les lavages antiseptiques fréquents de la cavité buccale, la langue reste sèche et les gencives enflammées, il faut employer le sérum artificiel, par la voie rectale et hypodermique, et peut-être pourra-t-on ainsi parfois conjurer le danger de parotidite.

M. Variot, en collaboration avec M. Chicotot, publie un mémoire intitulé : **Remarques sur la radioscopie des organes et observations radioscopiques pour servir au diagnostic différentiel de la broncho-pneumonie et de la pneumonie franche chez les enfants.**

Les auteurs concluent de leurs observations et de leurs recherches que, dans les conditions actuelles, la broncho-pneumonie bilatérale des enfants ne présente pas des signes radioscopiques aussi nets, aussi évidents que la pneumonie franche lobaire habituellement unilatérale. Une diminution bilatérale de la transparence est d'une appréciation difficile, car le parenchyme des poumons était plus ou moins traversé selon l'état de dureté ou de mollesse d'un même tube. Les ombres radioscopiques deviennent surtout visibles par contraste sur un champ plus éclairé ; c'est pourquoi les ombres unilatérales de la pneumonie franche sont généralement si nettes et si significatives, car la transparence du poumon du côté opposé est normale.

Les signes optiques fournis par la radioscopie, dans la broncho-pneumonie, sont donc d'une constatation délicate, mais ils n'en sont pas moins réels ; il consistent dans une diminution légère de la transparence des poumons, avec prédominance fréquente de cette diminution du côté où les lésions sont plus confluentes.

Il n'y a pas de corrélation entre les signes optiques et les signes auditifs dans la majorité des cas, mais il ne faut pas oublier que ce genre de recherches ne remonte qu'à quelques années.

FORMULAIRE

Pilules balsamiques.

Terpine....................	0g05 centigr.
Benzoate de soude...........	0g10 —
Goudron végétal.............	Q. S.

Pour une pilule n° 40. A prendre 10 par jour. (Delesquelle.)

FERRAND

Discours prononcé, au nom de l'Académie de médecine, par M. le professeur Hutinel.

Messieurs,

Je viens, au nom de l'Académie de médecine, adresser un suprême adieu à un homme de bien.

Tous ceux qui ont connu notre collègue Ferrand ont aimé en lui l'homme affable et bon, toujours heureux de rendre service à qui le méritait et ne ménageant pour cela ni son temps ni sa peine. Ceux qui l'ont approché de plus près ont apprécié et admiré des qualités plus hautes : Ferrand était un juste et un sage.

Il exerçait sa profession comme un sacerdoce. A l'hôpital, il prodiguait aux élèves qui se pressaient autour de lui son enseignement et ses conseils ; il les aimait et il en était aimé ; aussi n'était-ce pas sans quelque tristesse qu'il voyait approcher le moment où il faudrait se séparer d'eux. Médecin des hôpitaux depuis vingt-sept ans, il a toujours pris une part active à l'enseignement, tant par ses cours que par ses conférences.

En ville, les confrères avec qui les hasards de la pratique le mettaient chaque jour en rapport étaient unanimes à louer son aménité, sa droiture et à apprécier la sagesse de ses conseils. Il eut l'honneur, la même année, de présider la Société médicale des hôpitaux et la Société de thérapeutique.

Ses malades étaient ses amis. Il leur donnait non seulement ses soins, mais les conseils de son expérience. J'ai vu bien souvent se manifester l'estime profonde et méritée que son caractère avait imposée à tous.

Mais ce n'est pas seulement par sa bienveillance, par sa bonté et par sa droiture que notre collègue honorait notre profession et l'Académie de médecine ; Ferrand était non seulement un médecin instruit et sagace ; c'était un esprit délicat, et un penseur.

On le regardait comme un clinicien. Il y a des gens qui prennent ce nom parce que, aveuglément fidèles aux enseignements du passé, ils dédaignent les méthodes nouvelles d'investigation et les acquisitions de la science contemporaine. Ferrand avait une intelligence trop ouverte et trop éclairée pour avoir du rôle du médecin cette conception étroite. Il n'admettait la clinique qu'éclairée par la physiologie normale et par la physiologie morbide. S'il conservait

pieusement les traditions de ses maîtres, s'il n'admettait pas que l'observation attentive des malades et des faits cliniques, pût être reléguée au second plan par les découvertes récentes et par les théories qu'elles font éclore, il acceptait et il accueillait volontiers, mais sagement et sans hâte, ce qu'il croyait juste et profitable, tandis qu'il élaguait sans pitié ce qui ne lui paraissait pas avoir une valeur absolue.

Quand une méthode nouvelle de recherches ou de diagnostic affichait des prétentions à l'infaillibilité, il venait sans bruit, sans acrimonie, avec une bienveillance presque paternelle, apporter des exceptions à la règle et rappeler à l'auteur que l'infaillibilité est chose peu commune en ce monde.

Autrefois (c'était hier et pourtant cela nous semble aujourd'hui singulièrement lointain), quand l'anatomie pathologique et l'histologie prétendaient résoudre les difficiles problèmes de la nature des maladies, il ne s'en laissait point imposer même par les travaux les plus estimés, et je puis dire les plus justement appréciés. Il suffit de lire ses leçons sur les formes et le traitement de la phtisie pour en avoir la preuve. Jamais il ne fut le disciple de l'école en vogue; en toute circonstance il conserva et proclama son indépendance.

Le traitement des maladies était le sujet sur lequel « il fixait tout spécialement son observation ». Cette prédilection nous a valu plusieurs ouvrages où apparaît un grand sens pratique, et elle a motivé la nomination de Ferrand à l'Académie, dans la section de thérapeutique.

Il voulait faire de la thérapeutique, en médecin digne de ce nom, aussi s'appliquait-il — ce sont là ses propres expressions — à l'affranchir de toute suggestion routinière ou autre qui ne fût pas scientifique et à l'asseoir sur la physiologie normale et pathologique. Il classait les médications et les formules d'après les indications auxquelles elles étaient appelées à satisfaire. Ces indications, qu'elles fussent locales ou anatomiques, fonctionnelles au physiologiques, pathogéniques ou nosologiques, étaient minutieusement étudiées dans leurs signes, dans leurs degrés, dans leurs conséquences et dans leurs sources.

C'est que Ferrand avait été élevé à l'école de Cl. Bernard et de Béclard, qu'il avait vu à l'œuvre la méthode expérimentale et qu'il savait y recourir, non seulement quand il abordait les grands problèmes du sommeil et de la mort, mais quand il étudiait les effets de l'opium, du bromure de potassium, du chloral ou des phosphates, et quand il appliquait la méthode graphique à l'analyse des tremblements.

Il accueillait volontiers les remèdes nouveaux et il jugeait sagement leur action, mais il se méfiait des entraînements grâce auxquels il semble que les médications subissent, elles aussi, les influences de la mode. Lorsque R. Koch crut pouvoir annoncer au monde qu'il avait trouvé dans la tuberculine le remède de la tuberculose, Ferrand fit le voyage de Berlin et les conclusions du rapport qu'il lut à son retour devant la Société médicale des hôpitaux n'ont pas été démenties par les observations ultérieures.

Nos idées et nos théories se modifient et se transforment sans cesse. Que de changements en médecine depuis un demi-siècle! Il en résulte que la façon dont nous traitons aujourd'hui nos malades, diffère singulièrement de celle qu'avaient enseignée nos maîtres, dont cependant l'esprit observateur et critique est au-dessus de tout soupçon. Telle médication, jadis acceptée par tous, comme bienfaisante et salutaire, est maintenant abandonnée et décriée. Ferrand n'avait pas un caractère à laisser ainsi ses croyances flotter au vent du jour, il n'abandonnait les anciens remèdes que si leur impuissance lui était bien démontrée. Il le fit bien voir quand il vint à l'Académie plaider la cause du vésicatoire, si délaissé aujourd'hui, si vanté par tous, même par ses détracteurs actuels, il y a vingt ans à peine.

Ennemi de la routine, autant que des innovations aventureuses, Ferrand avait une thérapeutique pleine de ressources qu'il appliquait de la façon la plus sage. Il notait, et il ne s'en étonnait point, la place de plus en plus grande que l'hygiène prenait dans le traitement des maladies; il suivait sans regrets cette tendance parce qu'il la trouvait logique et pleine de promesses. Ses travaux en hygiène sont assez nombreux et ont une réelle valeur; mais je ne puis ici indiquer tous les sujets auxquels il a touché.

Nous venons de voir, dans Ferrand, un médecin soucieux de la guérison de ses malades, un clinicien doublé d'un physiologiste; il est un autre aspect sous lequel nous devons le considérer maintenant : c'était un lettré et un philosophe.

Il ne reculait pas devant les problèmes les plus ardus. La question des suggestions dans l'hypnose, l'aphasie et la physiologie du langage, l'analyse du plaisir et de la douleur, lui ont suggéré des études intéressantes. Il suffit de lire les pages qu'il a écrites sur la théologie morale et les sciences médicales pour trouver exposées avec sérénité et modération, en même temps qu'avec une conviction absolue, des idées qui, bien souvent, s'éloignent des idées en vogue.

Ferrand était, comme plusieurs de ses maîtres, non seulement un philosophe spiritualiste, mais un croyant. Croyant il l'était avec une indépendance absolue de caractère, et il ne s'offusquait point de ce que ses amis ne le fussent pas. Tout le monde respectait les convictions de cet honnête homme; personne ne songeait à les lui reprocher, même ceux qui souvent moins libéraux que lui en affichaient d'absolument opposées. On vit bien quelles sympathies et quelle estime, il avait su faire naître quand ses collègues des hôpitaux, à l'unanimité, réclamèrent pour lui une récompense que méritaient ses services et qu'un esprit étroit d'intolérance lui avait fait longtemps attendre.

Aujourd'hui, Ferrand n'est plus; il laisse dans la douleur une épouse, digne compagne de sa vie de dévouement et de sagesse, il laisse deux enfants que, du moins, il a eu la joie de voir grandir à ses côtés. A tous nous adressons l'expression de notre sympathie et de notre respect.

Quel bel héritage d'honneur il a légué à son fils, interne brillant de nos hôpitaux! quel exemple de droiture, de désintéressement et de fermeté, quel encouragement et quelle force il lui transmet!

Quand la mort vient terminer une carrière si bien remplie, de même qu'à l'ouvrier qui vient d'achever son labeur, on peut dire, tandis que pleurent tous ceux qui ont connu et ont aimé Ferrand : Repose maintenant, cher et regretté collègue, tu as achevé ton œuvre, et cette œuvre est noble et belle!

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 JANVIER 1900)

Examens de doctorat.

JEUDI 4 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Guyon, Albarran et Bonnaire. — *Faculté, salle n° 2* (2e série) : MM. Le Dentu, Hartmann et Wallich. — *Petit amphithéâtre* (3e série) : MM. Budin, Brun et Faure; — (2e partie) : MM. Hutinel, Widal et Ménétrier.

4e : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Charrin, suppléant

VENDREDI 5 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie) : *Faculté, salle n° 1* : MM. Brissaud, Déjerine et Gaucher.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Poirier

et Lejars; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Delbet; — (2e partie) : MM. Potain, Widal et Teissier; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. André, suppléant.

SAMEDI 6 JANVIER, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Quénu et Retterer.

2e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Gley et Weiss.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Brun, Bonnaire et Thiéry.

4e : MM. Pouchet, Letulle et Langlois; — M. Hanriot, suppléant.

5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Debove, Joffroy et Thiroloix; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Roger et Dupré; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Poirier et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(*suite*)

Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Chiray, Budin, Vincent (Clovis), Sauvé, Nandrot, Wagner, Aynaud, Moncany, Richou, Ameuille, Vielliard, Broca, Küss, Dureau, Bréchot, Roy (Paul), Wickersheimer, Cottard, Villandre, Clément.

21. Macé de Lépinay, Rouhier, Dupré, Jeannel, Desmoulins, Girod, Longuet, Delille, Gy, Pathaul, Lagrange, Lévy, Frankel, Chômet, Ducournau, de Martel de Janville, Delapchier, Demanche, Picot, Rendu, Truelle.

41. Monier, Guérin, Elloy, Moulu, Petiteau, Siégel, Trannoy, Bourretère, Bredier, Druais, Girault, Ferrand, Matry, Thuilleux, Blondin, Bourlot, Cottu, Froin, Mercadé, Pépin.

61. Germain, Besnier, Mme Grandjean, MM. Thébault, Hudelot, Chapoy, Reulos, Séjournet, Mlle Pascal, MM. Renaud, Guilly, Bazalgette, Borne, Binet (Maurice), Bourgeois (Paul), David (Louis), Zentler, Vidal, Barbin, Bornait-Legueule.

81. Delage, Lequeux, Lebreton, Aubourg, Descomps, Mlle Delporte, MM. Berthier, Chavé, Cresson, Cruveilhier, Devaux, Dieu, Duclaux, Dupuy (Paul), Faure-Beaulieu, Dainville (François), Gauckler, Hervoit, Jamet, Jarvis.

101. Juquelier, Le Louer, Loin, Louste, Mallet, Mesnil, Ribadeau-Dumas, Sébilleau, Molimard, Baron, Picard, Jouvin, Tixier, Villepelet, Cantonnet, Artarit, Amblard, Cubertafond, Bouchaud, Carel.

121. Door, Gaillard, Jacob, Durand, Noé, Jacobsohn, Flamencourt, Masson, Oppenheim, Janvier, Philippet, Degrais, Baumgartner, Ferry, Gardner, Daniel, Dobrovitch, Eonnet, Foisy, Jouhaud.

141. Petit (Maurice), Jullien, Halgan, Gascheau, Israëls, Guillaume-Louis, Heitz, Méret, Saison, Juy, Roy (Pierre), Périn, Sabaréanu, Viteman, Thomas, Tassin, Eschbach, Dieuzeide, Feuillié, Béné.

161. Lebret, Ramond, Saintive, Sari, Bauduy, Chazarain, Cotonnec, Billaudet, Héchemann, Burty (Henri), Corvington, Durand (Gaston), Cruet, Ciaudo, Gautherin, Lamoureux, Morlat, Martin (Georges), Fautrier, Michel.

181. Munch, Pelletier, Ribot, Rigaud (Léon), Schacher, Sibille, Schwarschild, Ferras, Decreuse, Duflos, Grillot, Ladevèze, Blavot, Goulard, Morisetti, Tardif-Bardinet, Fildermann, Grébault, Guillemin, Matsoukis.

201. Dupuy (Jacques), Fouqué, Guenot, Lemierre, Pied, Poujade, Legros, Marchand, Wagon, Rostaine, Yivier, Lemercier, Bachmann, Violle, Croste, Donnat, Feillard, Fruictier, Giroux, Labonnette.

221. Miquel, Mlle Roussel, MM. Bauchart, Bloch (René), Billon, Jean, Belot, Blatin, Bourcier, Bodolec, Dézarnaulds, Delange, Junès, Lemeland, Lecerf, Duprat, Harvier, Legras, Moreau, Mazuré.

241. Poisot, Mourlhon, Soulhard, Uteau, Tarit, Mlle Debains, MM. Barcat, Chastenet de Géry, Cruchaudeau, Metiéy, Philibert, Vacillant, Beauvy, Genevrier, Phellipon, Piot, Dommartin, Quillier, Philippe, Tridon.

261. Bloch (Maurice), Giraud (Maurice), Ledoux-Lebard, Mlle Volck, MM. Francina, Levesque, Kresser, Evrard, Valery, Adda, Bouyssou, Maurer, Panthès, Beaussinat, Clermonthe, Lautaret, Leborgne, Lemaire, Lucas, Millant.

281. Vincent (Jules), Rœderer, Duplay, Mermier, Vinsonneau, Blum, Lorenzo, Thorel, Nau, Bloch (Edmond), Joseph, Mollet, de Bosker-Duhamel, Landrin, Frossard, Mlle Tufesco, MM. Labrunie, Bourganel, Dupuy (Pierre), Hayem.

301. Bruzau, Faleur, de Gandt, Houdard, Hernandez, Jousset, Marque, Pappa, Quilliot, Semper, Vallet, Lévy (Henri), Lew, Minvielle, Martin (Fernand), Fiot, Sainmont, Sanson, Mlle Iscovescu, MM. Haret.

321. Maillard, Mlle Volovatz, M. Legrand, Mlle Boïarsky, MM. Lingois, de Nayville, Belgodère, Gravelotte, Challamel, Auby, Fayolle, Dupont, Barbé, Beauchef, Emanuel, de Saint-Paul, Delur, Dubois (Fernand), Etling, Ferté.

341. Jardry, Proust, Grandchamp, Huguier, Leroy, Nolot, Quisnot, Setbon, Vion, Vander Velde, Viollet, Alquier, Fatout, Bertrand, Vaïas, Lambert, Pellizza, Jouve, Delogé, Mlle Bonnin.

361. MM. Vialay, Rigaux (Armand), Klein (Alfred), Abramoff, Bozo, Signoret, Bonniot de Ruisselet, Hédouin, Bellemanière, Bonnel, Blain, Boudin, Daviau, Mesnager, Gilbert, Duq, Deytieux, Durandard, Germond, Fage.

381. Landry, Larmandieu, Malvy Le Houx, Michon, Singer, Very, Dreyfus-Rose, Devaux, Maur, Certes, Soubies, Louit, Guillet, Collet, Antoine, Gourdou, Fournier, Célérier, Chapeyron.

401. Garric, Hérisson, Puyo, Roblès, Ronneaux, Testart, Manet, Anger, Penel, Vaubourdolle, Huot de Saint-Albin, Lamy, Hélie, Bressille, Broudie, Izard, Laprade, Lebosse, Loumaigne, Marchal.

421. Mousnier, Prieur, Poisson, Lemerle, Klein (Salomon), Lévy-Valensi.

Écoles de médecine. — *Dijon.* — Un concours s'ouvrira le 11 juin 1900, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Médailles d'honneur. — Par arrêté, en date du 15 novembre 1899, les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies en 1898.

1° *Rappel de médaille d'or* à M. le docteur Pennetier de Rouen.

2° *Médailles de vermeil* à MM. les docteurs Boquin à Autun; Delacour à Rennes; Ollé à Saint-Gaudens.

3° *Rappels de médailles de vermeil* à MM. les docteurs Balestre à Nice et Vergely à Bordeaux.

4° *Médailles d'argent* à MM. les docteurs Baudin à Besançon; Noël à Reims; Legrain à Bougie; Legros à Rochefort; Loir à Tunis et Mordret au Mans.

5° *Rappels de médailles d'argent* à MM. les docteurs Cavaillon à Carpentras; Jaubert à Saint-Martin-de-Ré; Lesueur à Bernay; Magnant à Gondrecourt; Mantel à Saint-Omer; Marty à Belfort, Reumaux à Dunkerque et Rouget à Alger.

6° *Médailles de bronze* à MM. les docteurs Alirol au Puy; Aubry à Sétif; Billet à Lons-le-Saunier; Bruncher à Batna; Courtade à Outarville; Crèvecœur à Calais; Descosse à Sfax; Deumier à Lorient; Feraud à Philippeville; Ficatier à Bar-le-Duc; Joly à Temet-el-Haad; Lagrange à Chalon-sur-Saône; Lestocquoy à Arras; Misset à Dijon; Mougeot à Saïgon; Peltier à Sedan; Pillet à Niort; Piquet à Constantine; Quenouille à Sens; Queré à Guingamp et Schwartz à Arris.

7° *Rappels de médailles de bronze* à MM. les docteurs Bergasse à Valence; Dezautière à la Machine; Gauthier à Charolles; Paris à Maréville; Provendier à Guingamp et Tartière à Lyon.

Legs Ribourd. — Par décret en date du 16 décembre 1899, la Faculté de médecine de Lyon est autorisée à accepter le legs fait par M. Edme-Antoine dit Léon Ribourd, d'une somme de 50 000 francs dont le revenu sera employé à la fondation d'un prix quinquennal destiné au savant de Lyon ou ayant au moins cinq ans de résidence, soit dans les départements du Rhône, de la Loire, Saône-et-Loire, Isère et Ain, qui par ses travaux, ses découvertes ou son enseignement, aura rendu de réels services à l'hygiène, à la santé publique, au progrès des sciences médicales, surtout de celles qui ont pour but la protection de l'enfance.

La Société de biologie a tenu aujourd'hui mercredi, à deux heures, à la Sorbonne, séance solennelle à l'occasion du cinquantenaire de sa fondation.

Club médical de Paris. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos confrères de Paris et de la province que le projet tenté, à différentes reprises, de la constitution d'un club médical vient enfin de se réaliser sous la forme d'un groupe professionnel spécial du cercle national.

Son but est d'entretenir, entre tous ses membres, des relations cordiales et suivies, basées sur l'estime et la confiance réciproques, de créer un centre professionnel ouvert aux membres du corps médical parisien et d'offrir une courtoise hospitalité aux médecins de province et de l'étranger, en déplacement temporaire à Paris.

Son siège est, 5, avenue de l'Opéra, dans une dépendance particulière du cercle national.

Peuvent en faire partie, tous les docteurs en médecine reçus dans une faculté française (art. 7 du règlement).

ART. 8. — Le nombre de ses membres est illimité.

ART. 9. — La présentation d'un candidat doit être faite par deux membres du comité.

ART. 10. — L'admission est précédée de l'affichage 15 jours d'avance. Elle est prononcée par le comité après enquête et rapport, à la majorité des 4/5 des membres présents ou représentés.

ART. 13. — Des cartes spéciales seront délivrées, pour la durée de leur séjour à Paris, aux médecins de province et de l'étranger qui en feront la demande.

Un bureau spécial aura pour mission de prévoir et d'effectuer, à des prix convenables, la location et retenue des appartements pour les médecins visiteurs de l'Exposition, qui s'adresseront à lui.

Il fournira à ces médecins, pendant la durée de leur séjour à Paris, les renseignements professionnels et scientifiques sur les cours de Facultés ou autres, Services hospitaliers, Congrès médicaux, Sociétés scientifiques et médicales, etc.

POZZI, président; DE RANSE, FAISANS, vice-présidents; DOLÉRIS, secrétaire général; DESNOS, trésorier; CHASSEVANT, bibliothécaire; BAUDOIN, BOULOUMIÉ, BOURSIER, BRISSAUD, CHERVIN, CHEVALLEREAU, COUDRAY, DURAND-FARDEL, FLORAND, HUCHARD, JAMIN, JULLIEN, LABORDE, LATASTE, LEFÈVRE V.-Ch.; GÉRARD-MARCHANT, MAYGRIER, DE MOLÈNES, PEYROT, POYET, RICHELOT, VALUDE, membres du Comité.

Adresser toute demande d'admission au docteur DOLÉRIS, secrétaire général, 5, avenue de l'Opéra.

La fête de Noël à l'hôpital Broca. — A l'occasion de la fête de Noël, M. le sénateur Pozzi (ainsi d'ailleurs qu'il le fait chaque année) offrait dimanche dernier à trois heures une matinée-concert à ses malades de l'hôpital Broca.

Quelques remèdes de bonne femme. — A côté des médicaments nouveaux que l'on voit apparaître tous les jours, il est curieux d'en signaler quelques autres d'antique origine qui sont d'un usage plus courant qu'on ne peut le supposer.

Voici quelques-uns d'entre eux que nous rapporte le *Cosmos*.

Si une épine entre dans le doigt, appliquer de l'autre côté un morceau de peau d'anguille, l'épine ressortira spontanément.

On guérit un compère-loriot en le frottant avec un anneau de mariage.

En s'abstenant de cracher on guérit le mal d'yeux.

Pour guérir une morsure, prendre un poil du chien qui l'a faite, le placer entre deux tranches de pain beurré et l'avaler comme un sandwich.

En graissant un instrument, on guérit la blessure qu'il a causée.

Un marron d'Inde porté dans la poche guérit les hémorroïdes.

Une pomme de terre portée dans la poche du pantalon guérit les rhumatismes.

Une clef froide glissée dans le dos est un sûr remède pour le saignement de nez.

Si on frotte un morceau de lard sur une verrue et qu'on l'enterre sous une pierre, la verrue disparaîtra en même temps que le lard se décomposera.

Un point de côté causé par une marche rapide est guéri en s'asseyant sur une pierre sur le bord du chemin après avoir craché dessous.

On guérit le hoquet en gardant sa respiration pendant que l'on compte jusqu'à 50, à la condition de regarder pendant ce temps, avec la plus grande attention, le bout de l'un de ses doigts; à la fin de l'opération, une petite araignée apparaît au bout du doigt.

Une personne jeune ne doit pas coucher avec une personne plus âgée, car cette dernière lui dérobe une partie de sa vitalité.

Se laver avec la rosée nouvellement tombée au commencement de mai enlève les taches de rousseur.

Toucher la corde de pendu guérit des attaques d'épilepsie, etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1900, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 fr.; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 147. — SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1899. 72e ANNÉE. SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1899. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 49, rue Saint-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

A NOS LECTEURS

Par suite des dispositions prises par notre regretté Directeur, M. le docteur Ernest Le Sourd, qui, pendant trente-cinq ans, s'est dévoué à notre œuvre, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, dans le but de compléter l'acte de 1853, *les prix de la* Gazette des hôpitaux *seront ainsi modifiés, à dater du* 1er *janvier* 1900 :

ABONNEMENTS POUR UN AN.	FRANCE.......	15 FRANCS.
	UNION POSTALE.	25 —

L'abonnement pour les étudiants est de 10 *francs. Ces prix sont applicables* dès maintenant *pour les abonnements nouveaux et les réabonnements.*

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'URÉTROSTOMIE PÉRINÉALE

ÉTUDE CLINIQUE BASÉE SUR 23 OBSERVATIONS (1)

Par M. le professeur Antonin PONCET.

Au congrès de chirurgie de 1892, j'ai décrit, sous le nom d'*urétrostomie péritonéale*, une nouvelle opération, consistant en la création méthodique, au périnée, d'un méat contre nature, chez des rétrécis incurables.

Depuis lors, dans diverses publications, et entre autres dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Coignet : *De l'urétrostomie périnéale* (Thèse de Lyon, 1893), j'ai cherché à établir quels étaient les indications et les avantages de cette opération de nécessité.

Le moment me paraît venu de me placer aujourd'hui à un point de vue différent, et puisque nombre de ces interventions remontent à plusieurs années (sept d'entre elles datent de plus de sept ans ; deux, de cinq ans ; deux autres, remontent à plus de trois ans, etc.), d'entretenir l'Académie de leurs résultats éloignés.

Dans cette étude, je ferai de nombreux emprunts à la thèse récente d'un de mes élèves, le docteur E. Laplanche, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Cette thèse a été soutenue à la fin de novembre dernier devant la Faculté de médecine de Lyon. Elle fixe une date importante dans l'histoire de l'urétrostomie, d'autant mieux que tous les anciens opérés dont les observations y sont rapportées, ont été revus, examinés, par mon chef de clinique, le docteur X. Delore, avec qui j'ai publié, dans le courant de cette année, le *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques*.

Avant d'examiner les résultats définitifs de l'opération, je rappellerai, en quelques mots, sa technique et ses indications.

Comme son nom l'indique, l'urétrostomie périnéale a pour but la formation d'un méat artificiel, d'un méat contre nature, au périnée, en arrière des bourses.

Cet établissement d'une ouverture périnéale, persistante, du canal, vise le maintien de la fonction urinaire au même titre que la cystostomie sus-pubienne, ou création d'un méat hypogastrique chez les prostatiques. Mais ici, l'obstacle incurable siégeant sur l'urètre lui-même, à proprement parler, et non sur l'urètre prostatique qui, au point de vue de son obstruction, appartient à la vessie et non au canal lui-même, l'établissement d'un méat artificiel est pratiqué sur lui et non sur la paroi vésicale antérieure.

Il y a là, relativement à la fonction du nouveau méat, une différence capitale, qu'il suffit de signaler pour être compris. Tandis qu'en effet le méat hypogastrique peut, malgré l'existence d'un néo-canal de 3 à 4 centimètres de longueur, être incontinent, il n'en saurait être de même du méat périnéal, qui est nécessairement créé au-dessous du sphincter vésico-prostatique, et qui siège dans la région bulbo-membraneuse.

L'opération, dans ses premiers temps, n'est autre qu'une urétrotomie externe, avec, ou la plupart du temps, sans conducteur. Mais le canal, une fois largement découvert et mis à nu, est, de parti pris, sectionné perpendiculairement à sa direction sur tout son calibre, soit, suivant les circonstances, au-dessous de la ou des sténoses, soit en plein rétrécissement. Cette section divise ainsi l'urètre en deux bouts, l'un postérieur ou vésical, l'autre antérieur ou pénien. Le bout postérieur, après dissection préalable et section sur une hauteur de quelques millimètres de sa paroi inférieure, est alors méthodiquement suturé avec les bords cutanés de l'angle inférieur de la plaie, pour établir à ce niveau un méat définitif, tandis que l'orifice du bout antérieur ou pénien est fermé par quelques fils de catgut, ou abandonné à lui-même. Tel est, dans ses grandes lignes, le procédé opératoire de l'urétrostomie périnéale.

Un mot maintenant sur les indications de cette intervention.

Elle s'adresse uniquement aux pertes de substance, aux rétrécissements incurables de l'urètre, à ceux qui ne sont justiciables d'aucune des autres méthodes de traitement préconisées jusqu'ici : dilatation méthodique, urétrotomie interne, externe, urétroplastie, etc.

Dans un *Traité de l'urétrostomie périnéale*, qui sera publié

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 26 décembre 1899.

prochainement en collaboration avec le docteur Delore, nous envisageons longuement les indications du méat périnéal ; mais d'ores et déjà nous pouvons dire qu'il vise des cas relativement rares, que l'on rencontre, plus volontiers, dans la clientèle hospitalière.

Ses indications découlent des contre-indications des méthodes usuelles de traitement des rétrécissements, soit que ces méthodes thérapeutiques paraissent, d'emblée, insuffisantes, soit qu'employées à diverses reprises, ainsi que nous en rapportons plusieurs observations, elles aient été impuissantes à prévenir les récidives, à guérir les rétrécis.

Ainsi que nous l'avons montré, à propos de la cystostomie, la conservation *ad integrum* de la fonction urinaire comme miction n'est pas toujours possible. Vouloir, envers et contre tout, la maintenir dans son intégrité, c'est s'exposer à de graves mécomptes, c'est jouer parfois avec des accidents urinaires qui, après un temps plus ou moins long, donnent lieu à des complications mortelles.

L'urétrostomie trouve donc ses indications dans les destructions étendues du canal, par lésions traumatiques plus particulièrement : rupture de l'urètre, arrachement de la muqueuse, etc., dans des lésions inflammatoires diffuses : uréthrites phlegmoneuse, tuberculeuse, etc. Laplanche, dans sa thèse (*loc. cit.*), rapporte des observations de ce genre très probantes.

Les rétrécissements cicatriciels d'origine traumatique peuvent encore par leur diffusion, par leur profondeur, n'être plus justiciables de l'urétrostomie. Il en est de même de certains rétrécissements inflammatoires d'origine blennorragique, qui donnent lieu à une véritable sténose totale de l'urètre et qui ont résisté, récidivé après, souvent, plusieurs urétrotomies, suivies, cependant, de dilatation progressive, continue (rétrécissements multiples, scléreux, invétérés, en un mot, *incurables*).

Des faits de ce genre ne sont pas exceptionnels. Nous les avons particulièrement observés chez des sujets à méat, canal étroits, et chez lesquels une tendance individuelle à la sclérose se trouvait accrue par les faibles dimensions congénitales du calibre de l'urètre.

L'indication d'urétrostomiser se double fréquemment, alors, d'accidents infectieux, trahissant des lésions ascendantes, de lésions inflammatoires locales : infiltration urineuse, abcès, fistules multiples, périnée en pomme d'arrosoir, etc.

L'âge du malade, son passé urinaire ancien, l'insuffisance radicale, les dangers des modes de traitement habituels, etc., voilà encore tout autant de facteurs pathologiques qui peuvent et qui doivent militer en faveur de l'urétrostomie.

Un premier point mérite d'être mis immédiatement en relief : *la bénignité des suites de l'opération*.

Dans les vingt-trois observations mentionnées (plusieurs sont dues à la pratique de mes collègues MM. Pollosson, Rollet, Rochet, Delore, Coignet), la guérison est, en effet, survenue sans incident.

Cette particularité s'explique par la facilité avec laquelle se fait la miction, par la commodité des lavages de la vessie, lorsqu'ils sont nécessaires, par l'absence de sonde à demeure, de tentatives de cathétérisme, de manœuvres chirurgicales diverses, dont les effets sont loin souvent, surtout chez des urinaires infectés, de répondre au but fonctionnel et thérapeutique que l'on se propose.

Opération d'absolue nécessité, l'urétrostomie périnéale sacrifie, au point de vue fonctionnel, une longueur plus ou moins grande de l'urètre de l'homme. De ce fait, elle apporte une perturbation dans les dispositions anatomiques et le rôle physiologique de ce canal.

Ce sont ces modifications anatomiques et fonctionnelles de l'état normal, et les inconvénients qui leur sont inhérents, que nous voulons actuellement envisager.

Le néo-méat est, chez la plupart des opérés, distant de quatre centimètres de l'orifice anal. Ses lèvres sont formées d'un tissu cicatriciel blanchâtre, dur et rétractile, constituant parfois un anneau résistant, sorte de bourrelet appréciable au toucher.

Sa forme est tantôt celle d'une fente antéro-postérieure, à bords plus ou moins saillants ou de niveau avec les téguments voisins, tantôt, celle d'un pertuis, à contours arrondis et plus ou moins inversés. Le méat peut être dit, dans le premier cas, *linéaire* et *à fleur de peau;* dans le second, *punctiforme* et *infundibuliforme*.

Sa tendance rétractile exige, tout au moins pendant les premiers temps, le passage d'une sonde de temps à autre. Cette tendance à la coarctation tend à disparaître. Elle cesse même. Dans plusieurs de nos observations, des opérés ont abandonné toute dilatation depuis des années, sans que le nouvel orifice urétral ait subi de rétrécissement appréciable. Rien n'est plus facile, du reste, que de parer à ce danger, par l'introduction, de temps à l'autre, de l'extrémité d'un cathéter quelconque.

Chez les anciens opérés, les dimensions de l'ouverture périnéale étaient variables. Le calibre des sondes, qui pouvaient la franchir, variait de douze à vingt.

De nos recherches, il résulte nettement que c'est au niveau de son orifice cutané, et là seulement, que le conduit urinaire est susceptible de se rétrécir.

Quant au canal, sa longueur est, d'après de nombreuses mensurations, de 4 centimètres environ. Dans aucun cas, nous ne l'avons trouvé rétréci.

La miction reste volontaire. Les urétrostomisés retiennent leurs urines comme à l'état physiologique habituel, et cette constatation ne saurait nous étonner, puisque l'opération n'intéresse en rien le sphincter vésico-prostatique.

La projection des urines a lieu avec une force variable, suivant les sujets, mais toujours à plein méat. Le jet a l'exacte apparence du jet d'urine chez la femme. Transformé en hypospade périnéal, généralement l'opéré ne peut plus, désormais, uriner que dans la position accroupie. La miction le long des murs, dans les urinoirs publics, n'est plus possible pour lui.

Veut-il uriner dans la situation verticale, l'urétrostomisé ne le pourra, la plupart du temps, qu'à la condition de placer un vase entre les cuisses, le scrotum relevé en avant.

Il peut sembler, *a priori*, que cette déviation fonctionnelle doive constituer une véritable infirmité, que l'opéré ne supportera pas sans tristesse, et qui pourra agir péniblement sur son moral.

Il n'en est heureusement rien, ainsi qu'il résulte d'une enquête faite auprès de chacun d'eux. Et, à ce point de vue, leur mentalité est assez humoristiquement résumée par cette réflexion de l'un d'eux qui estime que « le tuyau est toujours assez long, pourvu qu'il soit en bon état, et que c'est un médiocre plaisir de se voir uriner par le bout de la verge, quand il faut se donner tant de peine et tant souffrir » (Laplanche, loc. cit.).

Les méatisés périnéaux, du reste, auxquels nous avons, dans la suite, proposé une intervention ayant pour but de les faire uriner par leur ancien méat, ont refusé catégoriquement, rappelant ainsi l'état d'esprit de certains fistuleux urétraux, auxquels ont fait allusion, lors de ma deuxième communication au Congrès de chirurgie (Paris, 1893), MM. Verneuil, Kœberlé et Sévéreanu. Chez ces sujets, une sorte d'urétrostomie périnéale spontanée était survenue à la suite d'accidents inflammatoires. Ils urinaient, depuis lors, par leur fistule, et aucun d'eux ne voulait entendre parler de la fermeture de son nouveau méat.

En somme, il résulte, de l'avis même des urétrostomisés, que leur mode spécial d'urination ne constitue qu'un faible inconvénient, d'ordre social, et non une imperfection

d'ordre physiologique, une infirmité proprement dite.

Quant à la fonction génitale, elle est gravement compromise, par suite de l'impossibilité de la fécondation, suivant son mode habituel. L'éjaculation se faisant, en effet, derrière le rideau scrotal, le liquide spermatique est expulsé au dehors.

Une telle déviation physiologique a une haute importance que l'on ne saurait méconnaître. Aussi, n'avons-nous jamais pratiqué l'urétrostomie que chez des sujets mis au courant du résultat fonctionnel cherché par l'opération, et des conditions fâcheuses dans lesquelles ils seraient placés, particulièrement au point de vue de la fécondation.

Cette considération, visant la conservation de l'espèce, a toujours, chez eux, cédé devant l'accomplissement possible, régulier, de la fonction, et, fait qu'il importe de signaler, aucun de ces anciens opérés n'a, dans la suite, établi de parallèle entre son état urinaire, devenu non douloureux, satisfaisant, normal en temps qu'évacuation parfaite de la vessie par un méat artificiel, et les inconvénients, les desiderata de l'éjaculation faussée dans sa direction.

A cet égard, la mentalité des anciens urétrostomisés s'explique assez volontiers. Tous avaient naturellement conservé leur ancienne virilité, les érections étaient devenues ou restaient normales; enfin, comme auparavant, l'éjaculation s'accompagnait des sensations spéciales qui la précèdent et l'accompagnent.

J'ai hâte d'ajouter qu'il est possible, dans une certaine mesure tout au moins, de parer à cette déviation du liquide spermatique.

Il suffit pour cela, comme je l'ai pratiqué chez quelques sujets, alors que l'urètre pénien n'était pas irrémédiablement compromis, de ne pas, lors de l'opération, sectionner le canal dans toute son épaisseur et perpendiculairement à sa direction. Il faut se contenter d'une simple urétrotomie externe qui conserve la continuité du canal, mais en ayant soin, pour obtenir un méat contre nature, de suturer les bords de l'urètre simplement incisé sur sa paroi inférieure, avec ceux de la peau.

L'urine, le sperme peuvent alors passer, en partie, par l'ancien et le néo-méat.

La création d'un méat périnéal est, je le reconnais volontiers, la banqueroute partielle d'une fonction; mais, en pareille occurrence, on doit toujours en revenir à la réflexion si juste, si topique de Diday, *qu'il faut tout d'abord conserver le fonctionnaire.*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(27 DÉCEMBRE 1899)

M. Phocas (de Lille) a adressé à la Société une note par laquelle il fait connaître le résultat de son expérience sur le **traitement de la coxalgie par la résection de la hanche.** Il manifeste d'abord son étonnement d'avoir entendu dire que la résection de la hanche, chez l'enfant, était une opération grave. Il n'a jamais eu une mort opératoire; c'est, pour lui, une opération bénigne pourvu qu'elle soit rapidement faite. Mais malgré sa bénignité, M. Phocas n'est pas partisan de cette opération dans le traitement de la coxalgie. Des six petits malades auxquels il a pratiqué cette opération, deux sont morts, dans la suite, de méningite; deux ont eu des récidives, deux ont guéri avec une boiterie très disgracieuse. Malgré ces mauvais résultats, M. Phocas estime que la résection de la hanche est pourtant indiquée, dans la coxalgie suppurée, comme étant le moyen le plus sûr d'empêcher les enfants de mourir de cette affection. En résumé, opération désastreuse au point de vue du fonctionnement ultérieur du membre, mais opération utile comme étant le seul moyen, dans certains cas déterminés, d'empêcher la mort.

M. Delbet a fait un long rapport sur une courte note de M. Jonnesco relative au **traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage et sans capitonnage.** Laparotomie, incision évacuatrice, extirpation de la membrane germinative, suture totale sans drainage, ni capitonnage, réduction, tels sont les différents temps de l'opération très simple, très bénigne, très sûre dans ses résultats que préconise M. Delbet pour le traitement de la plupart des kystes hydatiques du foie. C'est à cette manière de faire que s'est rallié M. Jonnesco — et d'autres encore.

M. Delbet fait ici l'historique des divers traitements chirurgicaux des kystes hydatiques du foie : Boberoff, une fois le kyste ouvert et vidé, injectait dans la poche de la glycérine iodoformée; il transformait le kyste hydatique en kyste iodoformé.

Il y eut des accidents d'intoxication iodoformique. La glycérine iodoformée fut donc remplacée par une solution salée physiologique, puis Boberoff finit par suturer la poche sans la remplir. Quant à M. Delbet, il a successivement appliqué trois moyens : la réduction sans suture, la réduction avec suture sans capitonnage, enfin la réduction avec suture et capitonnage. Le premier de ces moyens ne convient qu'aux kystes de petite dimension. Les kystes suppurés, ajoute M. Delbet, doivent être marsupialisés.

Le but principal de cette communication de M. Delbet est de montrer qu'il n'y a plus aujourd'hui de traitement médical des kystes hydatiques du foie; les ponctions suivies d'injections modificatrices de Debove et Hanot ne sont plus de mise. La suture totale sans drainage, tel est, d'après M. Delbet, le traitement de choix, le traitement idéal des kystes hydatiques du foie.

Chemin faisant, M. Delbet avait blâmé M. Tuffier d'avoir, dans un cas, fait le grattage de la poche. M. Tuffier répond à cela qu'il s'agissait d'un cas spécial dans lequel il n'avait pas pu enlever la poche.

Dans une des dernières séances, M. Potherat, dans un rapport, avait parlé, avec quelques réserves, de la médication thyroïdienne dans le traitement des fractures. M. Guinard s'associe à ces réserves en rapportant un cas dans lequel la médication thyroïdienne est restée sans aucun effet au point de vue de la consolidation d'une fracture. Après quarante jours de cette médication il n'y avait pas la moindre consolidation. MM. Poirier et Rochard ont aussi constaté des insuccès complets. Il va donc falloir en rabattre de l'emploi de la glande thyroïde dans ces cas comme dans bien d'autres.

Dans la dernière séance, M. Tuffier avait présenté une série de radiographies, ayant trait à des fractures diverses. M. Lucas Championnière revient sur cette présentation pour faire observer que, bien souvent, les chirurgiens sont les victimes de la radiographie. Rien, dit-il, n'est plus trompeur qu'une radiographie en matière de cals. Si l'on ajoute à cela l'ignorance habituelle des radiographes, on comprend tous les déboires qui peuvent en résulter pour les chirurgiens.

Tel malade, soigné d'une fracture par un chirurgien, se fait radiographier; le radiographe lui montre combien son cal est difforme et combien il a été mal soigné, et le malade vient reprocher au chirurgien sa conduite.

Le fait s'est, paraît-il, présenté plusieurs fois et c'est pour prémunir ses collègues contre ces faits que M. Championnière

insiste sur les renseignements défectueux fournis par la radiographie. Au reste, en matière de traitement des fractures, le cal, pour M. Championnière, est peu de chose ; ce qui lui importe par-dessus tout c'est le fonctionnement consécutif du membre, c'est pourquoi, depuis si longtemps déjà, il s'est rangé du côté des ankylophobes et a fait de bonne heure de la mobilisation et du massage dans le traitement des fractures.

Le propre de la radiographie, si parfaite qu'elle soit, c'est de déformer un cal déjà déformé par lui-même et de donner conséquemment des renseignements absolument fantaisistes et éloignés de la vérité. Mieux vaut un cal difforme avec un bon fonctionnement du membre qu'un cal parfait avec un mauvais fonctionnement. Voilà, en deux mots, le résumé de la pensée de M. Lucas-Championnière en matière de traitement des fractures.

M. Poirier a présenté un réséqué de l'estomac qui, il y a trente-six jours, pesait 48 kilogrammes et qui en pèse aujourd'hui 57. Il s'agissait d'un **épithélioma du pylore avec de nombreux ganglions du grand et du petit épiploon**. M. Poirier insiste sur la nécessité d'enlever ces ganglions pour avoir un bon résultat.

VARIÉTÉS

Comme quoi une femme peut engendrer sans avoir eu commerce avec l'homme.

Par le docteur Cabanès.

On vient d'enterrer ces jours derniers un homme de lettres qui eut son heure de notoriété — une notoriété qui n'alla pas sans quelque scandale. M. Yveling RamBaud avait écrit, il y a environ quinze ans, en collaboration avec un autre écrivain, Dubut de Laforest, un livre qui devait, par ses vues neuves et hardies autant que par ses théories troublantes, provoquer une sensation qui fut presque de la stupeur.

Le *Faiseur d'hommes*, tel était le titre de l'ouvrage, était la première œuvre littéraire où il fût question de ce passionnant problème de la fécondation artificielle, qui, depuis deux siècles au moins, préoccupait les savants. C'est la thèse de la légitimité de la fécondation artificielle que les auteurs du *Faiseur d'hommes* prétendaient exposer et défendre. Le roman, dit physiologique, de MM. Dubut de Laforest et RamBaud devait produire une émotion qu'il était aisé de prévoir.

Ce fut un bien autre tapage quand fut présenté devant l'aréopage de la Faculté le travail inaugural du fameux docteur Gérard.

Supprimer la paternité, oser substituer à l'un des agents de reproduction une vulgaire seringue, quel crime de lèse-Divinité ! Toutes les plumes se levèrent en rang de bataille.

« La science moderne entre dans une voie qu'on peut qualifier de charentonnesque, écrivait un homme d'esprit (1). M. Gérard imagine que désormais la femme peut se passer de l'homme pour devenir mère et que les enfants peuvent venir au monde de la même façon qu'on fabrique le papier ou le chocolat, ou le beurre de pré-salé. Je ne crois pas qu'il soit possible à la science d'émettre une prétention plus hardie, dans une tentative plus insolente, et, on peut le dire, plus criminelle. En supposant que le résultat annoncé par M. Gérard se produise une fois seulement, on se demande de quel châtiment il faudrait frapper celui qui l'aurait produit. »

« A dire vrai, écrivait un autre moraliste non moins chatouilleux, la thèse de M. Gérard est conçue en termes tel qu'elle devait forcément effaroucher les juges. Les détails les plus circonstanciés y sont donnés avec une crudité extraordinaire et parfois avec une chaleur d'expression qui n'a rien à envier aux romans les plus matériels que publie la Belgique.

« Un chapitre surtout, celui qui est intitulé : *Manuel opératoire*, a eu le don de faire rougir les docteurs qui n'ont cependant pas la réputation d'être bien pudibonds. Dans cette partie de sa thèse, M. Gérard expose les moyens pratiques de rendre les femmes mères avec le concours incomplet de l'homme ou même sans son concours. Publier le texte m'est impossible, en donner seulement une idée ne m'est pas moins défendu. Je cherche une figure... Voyons, imaginons, pour le premier cas, qu'un train, ayant mission d'aller de Paris à Creil, ne puisse, à l'aide de la vapeur, dépasser Chantilly. Ce sont alors des voitures particulières qui mèneront les voyageurs de Chantilly à Creil. Pour le second cas, il faut une autre image, mais laquelle? Laquelle? » Et il s'arrachait les cheveux de désespoir !

Dans cette joute d'un nouveau genre, la palme revient sans conteste au toujours éloquent, toujours vaillant Edmond Lepelletier.

Ce fut une grêle de flèches barbelées, qu'il décocha au brave docteur Gérard :

« Que d'avantages et quelle moralisation dans cette simple substitution d'un appareil Eguisier à un citoyen mâle et majeur !

« Comme la vie se trouverait simplifiée, améliorée, moralisée avec le système de l'injection procréatrice ! D'abord, pour les papas et les mamans ayant des filles à marier, que de tracas évités, que de soucis et de dépenses épargnés ! Il ne serait plus nécessaire de remorquer à travers les soirées et les fêtes, à Paris l'hiver, sur toutes les plages du littoral l'été, une grande perche rougissante qu'on essaie vainement de précipiter dans les bras de tous les épouseurs possibles, flairés à la ronde.

« Plus de dot à donner, plus de gendre avec qui se brouiller. Le calme de l'âge d'or retrouvé et l'innocente vie familiale de l'Éden avant la femme, reconquise enfin. On ne se querelle pas avec un irrigateur, on n'a pas de compte à régler avec un tube en caoutchouc.

« Plus de séparations scandaleuses, plus de divorces à craindre. Le jour où la jeune femme trouverait que la seringue qui sert de père à ses enfants ne se conduit pas bien, elle n'irait pas trouver un avoué, mais un pharmacien, et le soir même elle pourrait convoler, sans bruit comme sans déchirement, à de nouvelles noces.

« Le patriotisme même trouverait son compte à l'invention du docteur Gérard, car l'inquiétante dépopulation de notre pays serait bien vite arrêtée à l'aide du lavement générateur. Que d'entrailles féminines demeurant en jachère faute d'un labeur fécond, le laboureur n'ayant plus que des graines avariées, porteraient bientôt leur moisson ! Des sociétés de puériculture se formeraient partout ; il y aurait des comices hominicoles, des sociétés anonymes se monteraient pour l'ensemencement humain des départements peu peuplés ; on aurait des unions hydrauliques, où, jour et nuit, l'on pomperait la matière humaine. Des machines à vapeur et des moteurs électriques seraient installés, pour opérer plus vite économiquement. Voilà le progrès, Mesdames, sinon le plaisir... On avait déjà bien modifié les choses et donné de vigoureux coups de pouce à la nature jugée mal faite et qu'il fallait redresser, jamais cependant l'orthopédie scientifique n'avait osé aller si loin. On avait fait des truffes avec du mérinos, de la soupe à la tortue avec du veau, du vin avec des baies de sureau, du beurre avec du goudron, des roues de wagon avec du papier, de la crème avec de la cervelle de mouton délayée dans du blanc

(1) Alb. Millaud, dans le *Figaro* (1885).

d'Espagne; il nous était réservé de voir la science administrer un enfant à une femme comme une médecine... »

Le roman avait laissé certaines choses dans le vague. La thèse du docteur Gérard précisait terriblement. Ce n'était plus une hypothèse dérivant d'expériences plus ou moins concluantes tentées sur les espèces inférieures; c'était un chapitre qu'on proposait d'ajouter aux traités de physiologie humaine. Le docteur Gérard ne présentait pas seulement l'*homiculture* comme une déduction logique de l'ostréiculture ou de la pisciculture; il en indiquait la technique, l'instrumentation, il tentait d'en démontrer la moralité, la nécessité dans des cas déterminés, et appuyait ses assertions de faits destinés à corroborer ses conclusions.

On croit généralement que c'est pour immoralité que la thèse du docteur Gérard fut censurée par la Faculté; ce ne fut pas au moins le motif avoué de la proscription. Pajot, qui était président du jury, déclara que ses collègues et lui avaient refusé le travail qui leur était présenté parce « qu'il était basé sur des statistiques tout à fait extraordinaires » (*sic*). En réalité, Gérard ne rapportait avec des détails que *trois* observations personnelles, mais il prétendait n'avoir pas pratiqué moins de 140 fécondations artificielles, dont 102 suivies de couches normales, les autres, de fausses couches... C'est ce qui le perdit.

Le docteur Gérard était-il un novateur? Sa présomption n'alla pas jusqu'à prétendre qu'il n'eût pas eu de précurseurs. Dans Pline l'Ancien, où l'on trouve tout quand on sait le découvrir, il était parlé au XIIe livre de son *Histoire naturelle* du pollen des plantes transporté par le vent. Depuis lors, tous les naturalistes ont admis la fécondation des végétaux à distance.

Un anatomiste hollandais de la fin du XVIIe siècle, Swammerdam, Jacobi, Coste beaucoup plus tard, ont établi les règles qui doivent présider à la fécondation artificielle des poissons.

C'est l'abbé Spallanzani qui eut le premier l'idée de féconder une chienne à l'aide d'une injection de sperme du mâle. C'est à cette occasion que le philosophe naturaliste Bonnet (de Genève) lui écrivait une lettre, où se trouve ce passage prophétique : *Je ne sais même si ce que vous venez de découvrir n'aura pas quelque jour dans l'espèce humaine des applications auxquelles nous ne songeons point et dont les suites ne seraient pas légères.*

Encore quelques années à franchir et nous arrivons à l'expérience de John Hunter, restée historique. L'anatomiste anglais, consulté par un de ses clients atteint d'hypospadias, lui conseilla pour faire cesser la stérilité d'injecter délicatement lui-même, à l'aide d'une seringue, la liqueur spermatique dans le vagin de sa femme et, merveilleux hasard, l'opération fut suivie d'un complet succès...

Nous ne sommes pas jusqu'ici sorti du domaine de l'expérimentation, du domaine de la science. Si nous pénétrions un instant pour nous délasser dans celui de la fantaisie?

La fécondité sans copulation, mais avec le concours de l'élément fécondant, nous nous l'expliquons encore; mais la *génération solitaire*, voilà bien une de ces chimères qui ne pouvaient enchanter que des cervelles de métaphysiciens ou de poètes.

Le peuple, lui, a eu de tout temps des préjugés que son ignorance s'est plu à entretenir. Allez persuader, par exemple, aux femmes de Perse restées stériles, qu'elles ne deviendront pas fécondes en passant sous un cadavre mâle, vous vous heurteriez à un sourire de scepticisme qui serait fortement aiguisé de mépris. Elles se montrent plus sensées en traversant plusieurs fois l'eau, dans laquelle se sont baignés peu auparavant un grand nombre d'hommes : le voyageur Tavernier, qui rapporte le fait, assure qu'elles s'en trouvent bien, et nous n'irons pas nous inscrire contre.

Nous aurons plus de peine à ajouter foi à ce que nous raconte Virgile des cavales qui devinrent fécondes sans étalon, en se tournant vers l'Occident et respirant le vent qui arrive de ce côté. Mais on sait ce que valent les idées scientifiques de Virgile, bien qu'elles ne soient pas toutes dépourvues de bon sens. Et puis, les poètes n'ont-ils pas le privilège de créer des êtres, comme ils imaginent des fictions, privilège qu'ils partagent avec les dieux?

Dans le monde de l'Olympe, les conceptions ne sauraient être matérielles comme sur notre ronde planète. Ne sait-on pas qu'Hébé dut sa naissance à des choux et à des laitues, tandis que Junon devint mère de Mars par le seul attouchement d'une fleur que Flore elle-même lui indiqua? Vulcain ne dut-il pas le jour à un coup de vent? Et Minerve n'est-elle pas sortie — tout armée — du cerveau de Jupiter, tandis que Bacchus sortait de sa cuisse?

La naissance du fils de Danaë a donné lieu à une légende qu'on voudra bien nous laisser rapporter : elle sera nouvelle au moins pour ceux qui ne la connaissent pas ou qui en auraient perdu le souvenir.

Un ancien oracle avait prédit que le père de Danaé devait avoir la gorge coupée par son petit-fils. Pour éviter ce malheur, il enferma sa fille unique dans une tour d'airain. Aucun être humain ne pouvait l'approcher. La belle accoucha pourtant du grand Persée qui accomplit l'oracle. Les poètes ont expliqué la chose par la transformation de Jupiter en pluie d'or; mais parole de poète n'est pas, bien s'en faut, parole d'Évangile!

Au surplus, ce sont là récits fabuleux, allégories mythologiques, et nous sommes fixés sur la créance qu'il convient de leur accorder. Ce qui paraîtra plus surprenant que tout cela, c'est qu'il ait pu se trouver — au XVIIe siècle — des personnages graves, des magistrats pour décider, dans un arrêt resté mémorable, qu'à l'instar de Danaé, une femme, séparée de son mari depuis quatre ans, et qui n'avait eu « connaissance d'aucun homme », ait pu mettre au monde un enfant légitime, dont l'époux devait sans protester endosser la paternité!

Dans les premiers mois de 1637, courut à Paris, sous le manteau, une brochure, sans nom d'imprimeur, laquelle portait ce titre : *Arrest notable de la Cour du Parlement de Grenoble, donné au profit d'une damoiselle, sur la naissance d'un sien fils, arrivé quatre ans après l'absence de son mary, et sans avoir eu connoissance d'aucun homme.* Suivait le texte de l'arrêt que nous reproduisons ci-dessous (1).

---

(1) « Suivant le rapport fait en ladite Cour par plusieurs médecins de Montpellier, d'après femmes matrones, et autres personnes de qualité.

« Entre Oidiran de Montléon, seigneur de la Foy, et Charles de Montléon, écuyer de Bourglomont, gentilhomme ordinaire de la Chambre du roi, appellans et demandeurs en requête du 26 octobre, tendant à ce qu'il fût dit que l'enfant duquel était alors enceinte Magdeleine d'Auvermont, épouse de Jérôme de Montléon, seigneur d'Aiguemère, fût déclaré fils illégitime dicelui seigneur son mari; et qu'en en faisant ledit appellans et demandeurs seront déclarés seuls héritiers et habils à succéder audit sieur d'Aiguemère d'une part; et ladite Magdelaine d'Auvermont intimée et défenderesse, d'autre, etc.

« Vu les pièces, production et sentence dont est appel... qu'il y a plus de quatre ans que ledit seigneur d'Aiguemère n'a connu charnellement ladite dame Magdelaine d'Auvermont son épouse... ladite dame d'Auvermont... soutenant qu'encore que véritablement ledit sieur d'Aiguemère n'aye été de retour d'Allemagne et ne l'aye vû ni connu charnellement depuis quatre ans, néanmoins que la vérité est telle, que ladite dame d'Auvermont s'étant imaginé en songe la personne et l'attouchement dudit sieur d'Aiguemère son mari, elle reçut les mêmes sentiments de conception et de grossesse qu'elle eût pu recevoir en sa présence, affirmant depuis l'absence de son mari pendant les quatre ans n'avoir eu aucune compagnie d'homme, et n'en eut pourtant pas laissé de concevoir ledit Emmanuel, ce qu'elle croit être advenu par la seule force de l'imagination, et, partant demande réparation d'honneur, avec depens, dommages et intérêts... ladite déposition soutenant en outre que tel accident peut arriver aux femmes, et qu'en elles-mêmes telles choses leur sont avenues, et qu'elles ont conçu des enfants, dont elles sont heureusement accouchées, lesquels provenaient de certaines

Cet arrêt a été publié dans les annotations de la traduction des *Decisiones Gratianopolitanæ*, par Chorier, de Guy de la Pape (Grenoble, 1890, in-f°), publiée à Lyon en 1692, sous le titre : *La jurispudence de Guy Pape*.

Un jurisconsulte des plus estimés, Ferrières, l'a réédité dans son *Dictionnaire de droit et de pratique* (Paris, 1771).

Fournel l'a également introduit dans son *Traité de l'adultère*, et il ajoute que le Parlement de Paris, sans attendre qu'une réclamation ou un désaveu lui fussent parvenus de Grenoble, fit détruire tous les exemplaires de la brochure qu'on put rencontrer (1).

Une autre version a été donnée, qui pourrait bien être la véritable, disons tout au moins la plus vraisemblable, car elle constitue à toute cette histoire le caractère de mystification que nous avions dès l'abord soupçonné.

Mathieu Molé était à la tête du Parlement de Paris. A la date du 23 mai 1637, il écrivit à son collègue du Parlement de Grenoble pour le prévenir qu'il courait à Paris une brochure, dans laquelle se trouvait un arrêt attribué audit Parlement, arrêt qui lui a semblé si étrange qu'il a jugé nécessaire d'avertir ses collègues dauphinois de lui en envoyer une copie authentique afin de savoir la vérité et, s'il y a lieu, de faire châtier les coupables.

Au même moment, l'avocat général près le Parlement de Grenoble écrivait précisément à Mathieu Molé. Cette lettre était datée du 3 juin. Le procureur de Grenoble disait entre autres choses :

« ...Nous nous estonnons tous icy qu'il y ait bien des personnes assés hardies pour donner le nom d'arrest à une imagination... je vous conjure de faire faire une exacte recherche de l'autheur de cest imposture, pour luy faire souffrir les peynes qu'il mérite. Le nom de l'imprimeur qui manque à l'impresse qui nous a été envoyé, est une preuve suffisante de la calomnie. »

Mathieu Molé porta l'affaire devant le Parlement de Paris qui, par arrêt du 16 juin, interdit la publication de la brochure incriminée (1).

Le 13 juillet, les chambres du Parlement de Grenoble se réunissaient à leur tour, et adoptant les conclusions de son procureur général, le Parlement rendait une décision qui déclarait ledit arrêt « faux, supposé calomnieux et injurieux à l'honneur de la cour; ordonne que la copie imprimé du dict arrest sera remis entre les mains de l'éxéquateur de la haulte justice pour estre par lui biffée et lacérée, et les pièces jettées au feu et bruslées au devant de la grande porte du palais dans la place publique de Saint-André (2) ».

Les détenteurs des exemplaires, sans doute effrayés par les pénalités éditées par la Cour, durent obéir à ses injonctions, car la brochure originale de 1637 est devenue introuvable.

Ce qui pourra paraître étrange, c'est qu'il n'existe dans les archives de la Cour de Grenoble aucune trace de cet incident (3). Pendant longtemps nul ne songea à suspecter l'authenticité du document, reconnu depuis absolument apocryphe. Le nom de l'imposteur ne fut révélé qu'en 1840, lors de la publication d'une nouvelle édition des *Historiettes* de Tallemant des Réaux. Il s'appelait *Sauvage*.

Au tome III, p. 93, de l'édition in-12, de 1640, on lit au sujet de ce personnage la note suivante :

« La dernière imposture, qu'il avait faite, ç'a été un arrêt du Parlement de Grenoble, par lequel un enfant étoit déclaré légitime, quoique la mère confessât l'avoir conçu durant l'absence de son mari, et cela par la force de l'imagination, en songeant qu'il habitoit avec elle.

Les noms y étoient, et aussi ceux des médecins et de la sage-femme. Assez de bonnes gens le crurent. C'étoit le vrai style de Grenoble. Le procureur général de Paris écrivit à celui de Grenoble touchant cet arrêt, et ce parlement-là en donna en outre l'auteur, dont celui-ci se moqua.

Dans les écoles de médecine, on agita la question de savoir si la force de l'imagination pouvoit suffire pour faire concevoir. »

Cette dernière phrase vaudrait tout un commentaire. Mais le temps et la place nous manquent pour le développer à notre gré...

conjonctions imaginaires avec leurs maris absents, et non de véritable copulation.

« Vu l'attestation de Guillemette Jamier, Louise Dartault, Pérette Chaussages et Marie Laimant, matrones et sages-femmes, contenant leur avis et raisons sur le fait que dessus et dont est question; leçon dure faite aussi du certificat et attestation de Denis Sardinez, Pierre Merandez, Jacques Gassié, Jérôme de Revision et Eleonor de Belleval, médecins en l'Université de Montpellier : informations faites à la requête du Procureur général.

« *Tout considéré*, La Cour, ayant égard aux affirmations, certificats et attestations desdits femmes et médecins dénommés, a débouté et déboute lesdits de la Foye et Bourglemont de leur requête, ordonne que ledit Emmanuel est et sera déclaré fils légitime, vrai héritier dudit seigneur d'Aiguemère ; et, en le faisant, ladite Cour a condamné lesdits sieurs de la Foye et Bourglemont à tenir ladite d'Auvermont pour femme de bien et d'honneur, dont ils lui donneront acte... Fait au Parlement le 13 février 1637. »

(1) Le président de Montesquieu, l'illustre auteur de l'*Esprit des Lois*, fait, au sujet de cette décision, bien notable, en effet, les réflexions suivantes, écrites de *sa main* sur un exemplaire de *Lucina sine concubitu* (ouvrage de sir John Hill, sous le pseudonyme d'Abraham Johnson, traduction de Moet, s.d., 1750, in-12, et qui cite en note, p. 39 et suiv., le texte entier de l'arrêt en question) :

« Voilà une pièce curieuse, et qui méritait d'être tirée de l'oubli. On suppose que la dame d'Aigue..... fit ce songe une nuit d'été, que sa fenêtre était ouverte, son lit exposé au couchant, et sa couverture en désordre. On ne peut plus douter de la nouvelle découverte, physiquement, métaphysiquement (*sic*), politiquement et juridiquement prouvée. Quelle consolation pour les femmes éloignées de leurs maris ! Une fille était soupçonnée de galanterie pour avoir été mère avant l'hymen : quelle calomnie ! Elle avait pris l'air du couchant. Une jeune veuve accouchée d'un fils un peu trop posthume ; c'est cet air qu'elle avait respiré. *Jubilate, gentes !* vous allez renaître désormais sans difficultés; sans mariage, au moindre souffle de vent. Ce n'est pas qu'il faille abolir absolument l'ancien usage : on peut le laisser subsister pour l'amusement de quelques femmes bizarres qui préféreront peut-être encore les outrages des hommes aux plus tendres égards du zéphire amoureux. Ce que c'est que le préjugé ou la force de l'habitude ! on aura peine à leur persuader qu'un coup de vent puisse leur faire autant de plaisir qu'une caresse vulgaire.

« Mais que feront les hommes *sine concubitû?* Ma foy, le juge n'en dit rien. »

Et ailleurs :

« Cet arrêt du parlement de Grenoble, de 1537 (*sic*), est cité par Fontanon dans la Conférence des ordonnances, et par Nicolas Chorier dans son commentaire sur Guy Pape. » (Cf. *Journal de l'amateur de livres*, t. II, pp. 155-157.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Jeudi soir a eu lieu à l'amphithéâtre de l'École pratique une réunion de tous les candidats à l'Internat. A la suite d'une discussion très animée et encore plus bruyante, la motion s[uivante a été votée] :

« Les externes réunis, en présence d'[...] cause les plus graves préjudices, dema[...] rapide soit prise au sujet du concours. » [...]

C'est l'avis de tout le monde.

(1) *Revue historique du droit français et é[...]*

(2) « Faict punition et deffances... d'imp[...] acheter des coppis du dict arrest, à peyne [...] ceux qui en ont à présent en leur pouvoi[r...] quinzaine au greffe de la Cour, à payne de [...] et de formation corporelle contre ceux qui [...] le dict temps... Enjoint aux substituts du pr[...] main à l'exécution dicelluy, à peyne d'en rép[...] privés noms, et d'en certifier la Cour de qui[...] de suspension de leurs charges. » Bibl. nat[...] *de Colbert*, t. VI, nos 399 et suiv.

(3) Cf. *Intermédiaire*, 16 octobre 1874.

Le Directeur-gérant : [...]

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, R[...]